

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Marta Abatepaulo de Faria

**ESCOLHA OU DESTINO FEMININO:  
REPENSANDO CONCEPÇÕES DE CORPO E REPRODUÇÃO ENTRE  
MULHERES USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM CURITIBA**

Porto Alegre

2008

Marta Abatepaulo de Faria

**ESCOLHA OU DESTINO FEMININO:  
REPENSANDO CONCEPÇÕES DE CORPO E REPRODUÇÃO ENTRE  
MULHERES USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM CURITIBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Profª Drª Ceres G. Victora

Porto Alegre

2008

Para Zulmara Posse. Alguém que a  
vida foi generosa em colocar no  
meu caminho.

Pela memória de Luiza Abatepaulo e  
Daphne.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto da colaboração de diversas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua realização.

Meu especial agradecimento à equipe da Unidade de Saúde Santa Efigênia que me acolheu durante a pesquisa de campo.

Às minhas informantes que me escolheram para contar suas histórias e permitiram que eu as compartilhasse.

Aos funcionários do Distrito Sanitário Boa Vista pela colaboração e prestatividade. Entre eles, a autoridade local, Neucimary Amaral; Elbanesa Tiepo Borges; Silvia Kasikawa e Yara C. Schluga; Elaine Gracia Q. Nascimento e Carla A.M. Neves.

A Raquel Uhlig e Márcia Krajden, do Programa Mãe Curitibana, e a Agda J. S. Moreira, da Coordenação de Recursos Materiais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelo fornecimento de dados e assistência.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social que contribuíram para a minha formação. Gratidão especial às professoras Daniela R. Knauth, Ceres G. Victora, Claudia Fonseca e Ondina F. Leal cujas discussões propiciadas em sala de aula ou nas conversas de corredor possibilitaram muitos dos *insights* presentes nesta pesquisa.

Aos amigos e colegas da pós-graduação: Ana Luísa Gediél, Beatriz Kanaan, José Miguel Nieto, Lucia Scalco, Juliana Macedo, Débora Allebrandt, Pedro Nascimento, Patrícia Fasano, entre outros, pelas muitas horas de estudo que passamos juntos e por todos os comentários que fizemos uns aos trabalhos dos outros. Mais do que isso, a todo o afeto, amizade e apoio ao longo destes dois anos.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de mestrado que colaborou para que eu me dedicasse com exclusividade a este projeto.

À Vera Baena, pelo entusiasmo e pelas correções de português.

A Ricardo de Toledo, pelo auxílio com a formatação na versão final.

À minha orientadora, que mostrou o quanto posso ir mais longe.

Aos meus amigos que torceram pelo meu sucesso.

À minha família pelo apoio e por me ensinar que dessa vida só se leva o que se é e o que se aprende.

“O homem unidimensional é aquele que se especializa numa única linguagem e vê o mundo somente por meio dela. Para ele, o mundo é só aquilo que os jogos de sua linguagem registram como verdade. O resto é irreal.”

*Herbert Marcuse*

## RESUMO

Este estudo pretende refletir sobre as escolhas de métodos contraceptivos feitas por mulheres em idade fértil, usuárias de uma unidade de saúde básica na cidade de Curitiba, e sobre as concepções que estas têm de seu corpo e sua fisiologia reprodutiva. Trata-se de um trabalho etnográfico no qual procedeu-se à observação participante e entrevistas com 21 mulheres ao longo de três meses. As lógicas do ponto de vista biomédico, do ponto de vista das políticas da saúde e do ponto de vista das mulheres que fazem uso de tecnologias contraceptivas se justapõem aqui, demonstrando como a reprodução, que possui uma concepção biológica e também social, pode ser traduzida por estas diferentes visões de mundo. Observa-se que as tecnologias contraceptivas, mesmo modificando o comportamento reprodutivo, parecem não ter modificado o papel tradicional feminino, mas elas têm permitido que estas mulheres tenham um maior controle de seu corpo e de suas vidas. Ao escolher um método contraceptivo, estas mulheres atuam como agentes que moldam suas próprias vidas reprodutivas, apesar de restritas às opções do serviço público de saúde. Estas opções podem não ser necessariamente adequadas às concepções reprodutivas das mulheres, mas este estudo mostra que elas buscam respaldo na autoridade médica e no modelo biomédico, ao mesmo tempo em que o processam de um modo que seja coerente com sua lógica – o que pode ser percebido através das imagens gráficas do aparelho reprodutor. Estas imagens gráficas não refletem a aceitação crescente dos métodos contraceptivos injetáveis, mas trazem à reflexão como uma nova opção oferecida pelo serviço público de saúde vem fazendo com que as mulheres repensem a relação com seu corpo em busca de segurança contraceptiva e autonomia. Também está evidenciado o fato de a visão biomédica não possuir a habilidade de entender o outro ou outra lógica diferente da sua, nem sabe relativizar seus conhecimentos, o que acaba criando dificuldades no relacionamento e atendimento dos usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: contracepção; gênero; saúde reprodutiva; antropologia da saúde.

## **ABSTRACT**

This study intends to discuss the choices of contraceptive methods made by women in fertile age who use the public health service in Curitiba, and the representations these women have about their bodies and their reproductive physiology. It is an ethnographic work in which participant observation and interviews with 21 women were made during three months. The logics of the biomedical, health politics and the women's point of view who use contraceptive technologies are overlaid here, showing how reproduction, which has a biological conception as well as a social one, can be translated by these different world views. We can observe that the contraceptive technologies, even modifying reproductive behavior, do not seem to change the traditional female role, but they have allowed these women to have more control over their bodies and their lives. By choosing a contraceptive method, these women act like agents that shape their own reproductive lives, despite the limited options of the public service. These options may not be necessarily adequate to women's reproductive conceptions, but this study shows they seek support on medical authority and on the biomedical model at the same time they process it in a coherent way to their own logic - what can be observed through the graphic images of the reproductive system. These graphic images do not reflect the increasing acceptance of the injectable contraceptive methods, but they make us think how a new option offered by the public health system has been making women think about their relationship with their body in search of contraceptive safety and autonomy. It is also evident that the biomedical view does not have the ability to understand the other or another logic apart of its own, nor knows how to make its knowledge relative, which creates difficulties in relating and attending users of the health systems.

Key words: contraception; gender; reproductive health, health anthropology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – IGREJA DE SANTA EFIGÊNIA .....	14
FIGURA 2 – RUA LUDOVICO GERONAZZO E SEU INTENSO COMÉRCIO.....	15
FIGURA 3 – RUA ANITA GARIBALDI EM UM DE SEUS PONTOS MAIS ALTOS...	16
FIGURA 4 – RUA ANITA GARIBALDI.....	17
FIGURA 5 – PEQUENA PROPRIEDADE NA RUA LUDOVICO GERONAZZO.....	18
FIGURA 6 – HETEROGENEIDADE DAS MORADIAS DO BAIRRO .....	19
FIGURA 7 – RUA FERNANDO DE NORONHA, NOS LIMITES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE .....	20
FIGURA 8 – ACLIVES E DECLIVES DA REGIÃO.....	20
MAPA 1 – LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE SANTA EFIGÊNIA .....	21
FIGURA 9 – UNIDADE DE SAÚDE SANTA EFIGÊNIA E FAROL DO SABER AO FUNDO .....	22
FIGURA 10 – RUA VOLTAIRE.....	22
FIGURA 11 – ÁREA FÍSICA DA UNIDADE SANTA EFIGÊNIA.....	25
TABELA 1 – QUANTIDADE DE CONTRACEPTIVOS ORAIS E INJETÁVEIS, PRESERVATIVOS E DIUs DISTRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE SAÚDE .....	61
FIGURA 12 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE E.N.A.G.....	83
FIGURA 13 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE J.D.C. ....	84
FIGURA 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE W.A.W. ....	85
FIGURA 15 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE M.C.S.S.....	85
FIGURA 16 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE V.M.O.....	87
FIGURA 18 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE E.R.J.S.....	87



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO: REPENSANDO CONCEITOS</b> .....	1
<b>1. ENTRANDO EM CAMPO</b> .....	6
1.1. Escolhendo caminhos.....	6
1.2. A região da Barreirinha.....	13
1.3. A Unidade de Saúde Santa Efigênia e minha inserção.....	21
<b>2. SER MULHER, ESPOSA, MÃE: ESCOLHA OU DESTINO FEMININO</b> .....	33
2.1. O significado da maternidade .....	43
<b>3. AS MULHERES E SEUS CORPOS</b> .....	53
3.1. Menstruação: sangria inútil ou equilíbrio com a natureza feminina?.....	68
3.2. As representações gráficas .....	80
<b>4. POR TRÁS DO JALECO BRANCO: como é construída a racionalidade médica</b> .....	91
4.1. Que tipo de ciência faz a Medicina? .....	99
4.2. Adentrando o campo biomédico: aprendendo uma nova visão de mundo.....	104
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: SAINDO DO CAMPO</b> .....	115
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	120
<b>APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	129
<b>ANEXO – MAPA DE CURITIBA</b> .....	132

## **INTRODUÇÃO: REPENSANDO CONCEITOS**

Atualmente, tanto o controle da fertilidade como a reprodução artificial são processos medicalizados que servem para demonstrar da maneira mais dramática a medicalização dos corpos e o exercício do biopoder. Mas o lento avanço das modernas práticas contraceptivas deve ser entendido como um processo complexo de aceitação, resistência e acomodação. Termo inicialmente cunhado por Foucault (2003), o biopoder pode ser entendido como “um campo composto por tentativas racionalizadas de intervir sobre as características vitais da existência humana”. Rabinow e Rose (2006, p.28) esclarecem que o conceito de biopoder na atualidade deve conter os seguintes elementos: discursos de verdade sobre o caráter vital dos seres humanos e autoridades que sejam consideradas competentes para falar desta verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; e modos de subjetivação onde os próprios indivíduos são levados a atuar sobre si mesmos através da autoridade, discursos da verdade, etc.

Para entender as preocupações reprodutivas das mulheres em qualquer sociedade, é preciso considerar suas vidas usando noções expandidas de tempo, tanto individual quanto coletivo, pois ao longo da vida, as preocupações das mulheres mudam e os métodos que estas utilizam para evitar uma gravidez também. Estes momentos propriamente biológicos da mulher (gravidez, parto e amamentação), que igualmente possuem inúmeros componentes sociais, marcam a relação destas com a saúde e com a medicina porque estes momentos são geralmente medicalizados e é neste encontro que o modelo biomédico é posto em questão por estas mulheres. Vieira (2003) afirma que, no processo de medicalização, ocorre aumento da exposição à subcultura médica e incorporação fragmentada e descontextualizada de seus valores e que a medicalização também se expressa pelo uso de métodos de alta tecnologia, ao invés da humanização, educação e informação. Mas, este processo não é tomado pelos usuários de forma

tão passiva, pois eles fazem uso de estratégias para burlá-lo ou adaptá-lo à sua realidade.

Pesquisas como a realizada por Caprara e Rodrigues (2004) refletem fatos corriqueiros de um serviço de saúde, em que a desatenção e a dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e usuários é uma constante. Nem sempre trabalhar com determinada população significa compreender a sua realidade, pois como afirma Gilberto Velho (1978, p. 39), “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não necessariamente conhecido”. O profissional de saúde vê os usuários de um serviço de saúde através do seu olhar – que, para ele, é o mais correto.

Foi com esse olhar que, em março de 2006, deixei o serviço público de saúde em Curitiba para retornar, em julho de 2006, olhando-o então através das lentes da Antropologia – em meu primeiro encontro com a equipe da Unidade de Saúde Santa Efigênia no bairro Barreirinha, onde me apresentei para realizar a pesquisa que resultou na presente dissertação de mestrado.

Meu primeiro contato com a Antropologia foi em 2001 quando, depois de nove anos atuando como médica ginecologista, iniciei o curso de História em uma faculdade de Curitiba. O que poderia ter sido somente a realização de um antigo desejo, tornou-se a chave para abrir muitas portas que, mais do que dar muitas respostas, levantou inúmeros questionamentos – principalmente a respeito de minha profissão. A decisão de fazer a pós-graduação em Antropologia tem significado a busca da solução destas questões que, infelizmente, a Medicina não tem como responder. Não por falta de meios, mas porque do lugar onde ela se coloca, somente uma perspectiva é bem vista (tanto no sentido de ser visualizada, como de ser bem aceita): a biológica.

As discordâncias entre o discurso médico e as práticas relacionadas ao planejamento familiar das usuárias dos serviços públicos de saúde levantam uma série de questões a respeito dos fatores envolvidos na escolha de um método contraceptivo e se estas tecnologias garantem uma prática contraceptiva que seja culturalmente adequada.

O interesse por este tema é proveniente da minha experiência profissional como ginecologista em uma unidade de saúde pública em Curitiba há alguns anos. Apesar das inúmeras pesquisas existentes sobre contracepção, este é um tema que

me parece não se esgotar nunca, pois as mulheres usuárias destes serviços de saúde continuam tendo dificuldades de adaptação aos métodos e continuam buscando um que lhes seja ideal dentre os muitos existentes. Os profissionais de saúde, por sua vez, estão sempre se queixando de que as mulheres trocam freqüentemente de métodos, usam-nos de modo inadequado e acabam engravidando. Soma-se a isso o fato de serem introduzidos no mercado novas formas de contraceptivos todos os anos e a própria idéia de tamanho de família que vem se modificando ao longo do tempo. Se questões continuam surgindo, é porque o tema ainda tem muito a ser discutido e cada pesquisa pode trazer uma nova contribuição.

Ciente das inúmeras críticas existentes quanto aos trabalhos de saúde reprodutiva que enfocam apenas as mulheres, não me considero portadora do que Gutmann (2006) define como uma espécie de cegueira frente ao masculino. A participação masculina na vida sexual e reprodutiva das mulheres é digna de nota, mas a centralidade de meu estudo nas mulheres é um recorte escolhido por mim, vinculado à minha própria vivência profissional – o que eu espero que só venha a valorizar o tema, ao invés de limitá-lo.

Do ponto de vista das mulheres, que podem advir de diferentes contextos, pouco se compreende sobre o processo que as leva – ou ao casal – a fazer uma escolha de determinado método contraceptivo em um certo momento de suas vidas. Também não está clara a reação das usuárias aos métodos sugeridos pelos médicos.

O conhecimento biomédico, anatômico, é considerado a única opção “legítima” de saber e priva, portanto, os médicos de compreender que existem outros saberes com outros significados. A racionalidade ocidental não é o principal critério pelo qual outros conhecimentos culturais devem ser avaliados, de acordo com Nader (1996), porque a tradição ocidental dominante da ciência é uma entre muitas tradições. Por conseguinte, a ciência não é autônoma da cultura a qual pertence, pois fatos são interpretados e alocados nos sistemas de conhecimento dos indivíduos – o que serve tanto para cientistas quanto para leigos.

Pretende-se com este estudo refletir sobre a mudança de hábitos na escolha de contraceptivos na rede pública em Curitiba, considerando as ofertas de métodos contraceptivos. Esta reflexão traz novos questionamentos cujas respostas, apesar

de não estarem totalmente elucidadas, apresentam-se como pano de fundo para tais reflexões como, por exemplo, se a mudança de hábitos na escolha de contraceptivos na rede pública de Curitiba seria causada pelas tecnologias contraceptivas que modificaram as concepções de corpo destas mulheres ou se seria uma mudança nessas concepções que provocaria a demanda por novas tecnologias.

Pode-se pensar também que o uso de tecnologias contraceptivas mais efetivas, apesar da medicalização do corpo, seria uma forma das mulheres se empoderarem e se libertarem da dominação masculina no que tange a reprodução. Para tanto, utiliza-se como instrumento o discurso sobre as concepções de corpo das mulheres usuárias de uma unidade de saúde básica em Curitiba que fazem uso de métodos contraceptivos e sua compreensão sobre a fisiologia reprodutiva e o modo de apreensão do discurso biomédico.

Devido à diversidade de meu objeto de pesquisa, foram utilizados vários autores para explicar a pluralidade desta realidade, como Clifford Geertz, Pierre Bourdieu, Luc Boltanski, Marshal Sahlins, além de conceitos provenientes da Antropologia Médica, descritos por Cecil Helman, Arthur Kleinman e Byron Good, da Antropologia da Ciência, com Paul Rabinow, Nikolas Rose, e Antropologia da Prática, com Sherry Ortner e Michel De Certeau.

Para tanto, a dissertação está dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, descrevo minha inserção em campo, cito as dificuldades e o que significa um médico estudar Antropologia. Neste momento também são descritas as opções metodológicas e o universo de pesquisa.

No segundo capítulo, é evidenciada a relação entre as informantes e suas famílias e como este vínculo influencia a construção do ser mulher e do ser mãe, bem como a valorização da maternidade.

No capítulo seguinte, são analisadas as escolhas contraceptivas das informantes, seu entendimento sobre os anticoncepcionais e sua ação, a compreensão acerca da fisiologia reprodutiva e o significado da menstruação. Finalizando este capítulo, encontram-se as representações gráficas realizadas pelas informantes que tiveram o intuito de averiguar o tipo de conhecimento que estas mulheres possuem sobre seu próprio corpo.

No último capítulo procuro relacionar a construção da racionalidade médica durante a formação profissional com a negação de outros sistemas de pensamento. Algo que se institui na dificuldade de comunicação entre médicos e pacientes e como isto é visto pelos usuários do serviço de saúde.

Faz-se necessário indicar algumas convenções utilizadas ao longo deste trabalho: textos que encontram-se recuados referem-se tanto a partes de uma entrevista como citação de outro autor. Nas expressões em itálico está representada a minha fala nas ocasiões em que há diálogos com as informantes, cuja fala encontra-se entre aspas. As citações de outros autores estão referenciadas no final da frase em questão.

Com a finalidade de preservar as informantes do reconhecimento público, estas são designadas pelas iniciais de seu nome completo e os funcionários da unidade de saúde são representados pela letra do primeiro nome (no caso da equipe de enfermagem) ou letras aleatórias (no caso dos médicos). Ainda referente às questões éticas, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e as informantes foram esclarecidas a respeito da pesquisa e concordaram voluntariamente em participar da mesma, procedendo ao preenchimento e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Assim, a pesquisa de campo aqui apresentada foi realizada com mulheres em idade reprodutiva usuárias de uma unidade de saúde básica em Curitiba, onde trabalham profissionais de saúde, conscientes (ou nem tanto) de sua posição na hierarquia médica e que ainda necessitam exercer competência técnica, aprender a ouvir o paciente, perceber as diferenças culturais e adaptar a prática clínica – algo que nem sempre é ensinado na sua formação. Situação corriqueira enfrentada por muitos profissionais (eu, inclusive há alguns anos) na qual não é tão simples assim perceber que os pacientes possuem (sim) autonomia sobre seus corpos e suas vidas e que são faladas linguagens diferentes que pertencem sistemas de pensamento distintos. A redoma que se ergue ao redor do médico, produto da sua formação, o impede de ver que, mais próximo do que ele possa imaginar, existe um outro universo simbólico e está logo a frente da mesa do consultório.

## **1. ENTRANDO EM CAMPO**

O que se propõe neste capítulo é discutir as escolhas metodológicas contextualizando-as com o universo da pesquisa na qual estão inseridas as informantes. Optei por iniciar com as escolhas metodológicas e algumas dificuldades encontradas, seguida de uma descrição do contexto geográfico e social da região onde está localizada a Unidade de Saúde Santa Efigênia em Curitiba. A última parte deste capítulo consiste na descrição de minha entrada em campo, onde relato algumas reflexões sobre o estranhamento produzido pela minha inserção, não apenas por parte da equipe de saúde que me via como médica exercendo uma atividade não usual, mas também de minha parte como mestranda em Antropologia Social entre profissionais da área de saúde.

### **1.1. Escolhendo caminhos**

A Antropologia tradicionalmente identifica-se com métodos de pesquisa conhecidos como qualitativos. A etnografia é o seu método por excelência para a coleta de dados e está baseada no contato intersubjetivo entre o pesquisador e o seu objeto. A observação participante, a entrevista aberta, o contato direto e pessoal com o universo investigado são uma espécie de marca registrada (VELHO, 1978). Foi Malinowski (1976) em “Argonautas do Pacífico Ocidental” quem inaugura uma nova proposta de etnografia através de uma detalhada observação participante, e acaba sendo seguido por vários autores que também demonstraram como a etnografia é um encontro de alteridades.

Buscando captar da melhor forma as experiências das pessoas, adota-se aqui, conforme preconizado por VÍCTORA et al (2000), o uso de técnicas combinadas que permitem tornar a coleta das informações em campo mais completa. Foram escolhidas algumas das técnicas mais usuais em pesquisas qualitativas de saúde,

amplamente testadas em projetos de Antropologia Médica e julgadas as mais apropriadas para analisar o objeto da pesquisa e atingir os objetivos propostos.

Dentre estas está a observação participante que pode ser entendida como a coleta de dados através da participação do pesquisador em determinado contexto com a finalidade de descrevê-lo – neste caso, o cotidiano da unidade de saúde e as visitas domiciliares às informantes. Segundo Schwartz e Schwartz a observação participante é:

[...]um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ e SCHWARTZ, apud CICOUREL, 1980, p.89)

Foram entrevistadas 21 mulheres com idades entre 18 e 50 anos, usuárias de algum tipo de método contraceptivo e que freqüentam a Unidade de Saúde Santa Efigênia em Curitiba. Estas concordaram voluntariamente em participar da pesquisa após ser-lhes explicado sobre o que ela versa e da assinatura do termo de consentimento informado. Por se tratar de uma pesquisa com orientação etnográfica, foi privilegiada a relação entre pesquisador e informante, o que permitiu acesso a informações de diferentes ordens, desde o discurso da informante até a descrição de elementos da situação da entrevista. Apenas em dois casos as entrevistas não foram realizadas na residência da informante: em um, a informante solicitou que eu fosse até seu local de trabalho no seu horário de almoço, e no outro, a informante preferiu ir até a unidade de saúde porque estava consultando o ginecologista com regularidade.

As entrevistas eram semi-estruturadas num roteiro onde foram abordados: dados sócio-econômicos, história ginecológica e sexual, escolha do método anticoncepcional, participação de outras pessoas na escolha do método, modo de uso, entendimento de seu modo de ação, entendimento de período fértil e período menstrual, explicação (das usuárias) para os efeitos colaterais, sentimento quanto ao uso do método (como aceitação, repulsa, desconforto, insegurança). Tais entrevistas foram registradas em meu diário de campo e não foram gravadas por



entender que a abordagem de determinados assuntos de foro íntimo, diante de um aparelho de gravação, poderiam constranger as informantes.

A tentativa de formação de redes de relações sociais por “snowball”, onde um informante indica um seguinte, não se mostrou eficiente. Victora et al. (2000, p. 68) descrevem estas redes como “um conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas, e as características desse conjunto podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas.” As informantes sempre se mostravam muito solícitas quando eu pedia que elas me indicassem alguém conhecido, mas no encontro subsequente o que eu mais escutava era: “Ela ficou interessada, mas anda muito ocupada...” Sendo assim, as informantes eram escolhidas quando compareciam à unidade de saúde para realização de algum procedimento.

Complementarmente, também foi solicitado às entrevistadas que elaborassem desenhos onde representassem graficamente as estruturas anatômicas do seu aparelho reprodutor. Estes desenhos foram classificados baseados nas características principais, a fim de compor tipologias e foram trabalhados juntamente com dados gerais das entrevistadas, levando-se em conta o ambiente cultural em que estão inseridas e a medicação contraceptiva utilizada pelas mesmas.

Os dados foram sistematizados com base no roteiro de entrevista que possibilitou a elaboração de unidades temáticas de narrativas significativas e a composição de um banco de dados qualitativo com sistematização e interpretação dos dados obtidos.

Visitar estas mulheres em suas casas e, de certa forma, ter acesso ao seu mundo, poder ouvi-las falar sobre sua família, sua trajetória e suas angústias foi uma experiência muito rica. Algo que me fez refletir sobre que tipo de relacionamento um médico consegue estabelecer com um paciente em um encontro que dura, cerca de quinze minutos (que é o tempo preconizado para uma consulta médica no serviço público). E foi entre muitas conversas nos quartos, nas salas de estar, cozinhas e quintais, sentadas embaixo de árvores; entre refrescos, chás e fatias de bolo; entre lavar a roupa e colocar o filho para dormir que estas mulheres permitiram que eu entrasse por alguns instantes em suas vidas e compartilhassem comigo suas experiências.

Em algumas ocasiões, esses encontros funcionaram como uma espécie de catarse para essas mulheres: problemas conjugais ou com os filhos surgiram nessas incursões, mesmo sem menção ao assunto.

“...não quero nada com ele. Mas sabe, acho que é porque eu tô é ficando com raiva dele... ele não ajuda em nada! Não dá bola pro filho! Eu é que fico aqui embalando ele pra dormir até a uma da madrugada. E nesses últimos dois dias, que o nenê tava com dor de ouvido, ele gritava tanto que acordou até os vizinhos, mas o meu marido não acordou! Pode uma coisa dessas? Então, acho que é por isso, ele não me ajuda em nada, eu também não faço as coisas pra ele. Não faço comida, nada. Faço as coisas só pro meu filho agora.” *E você nunca pensou em procurar ajuda?* “Já, mas ele não quer ir junto de jeito nenhum. E eu ir sozinha, acho que não adianta muito. Ele disse que psicólogo é coisa pra gente idiota e que ele não precisa disso! Mas ele também não quer conversar comigo. Sabe, eu cansei e já desisti de tentar levar ele junto. Paciência! A coisa vai ficar desse jeito. Ele diz que eu faço tudo pra esse menino. E faço mesmo! Ele fala, assim, na boa, não é reclamando nem nada, mas aí eu digo que eu trato bem meu filho porque o dia que a gente separar, aí ele vai querer ficar comigo (risos).” (A.F.S., 25 anos)

Outra informante, E.R.F.M., 46 anos, me convidou para tomar um lanche logo que terminamos a entrevista. Ela começou a me contar dos filhos até que a conversa tomou um rumo que eu não estava compreendendo direito, quando percebi que ela estava falando que a filha é homossexual. Ela disse que precisou ir ao psiquiatra para fazer terapia e que agora está aceitando melhor o fato porque ela percebeu que a filha está feliz com a namorada. Já faz 5 anos que elas estão juntas e ela disse que a moça é uma ótima pessoa. “Deus faz as coisas do jeito que tem que ser... entreguei nas mãos dele. Não era o que eu esperava de uma filha, mas ela é feliz assim.”

Caldeira (1980) relata experiências semelhantes ao entrevistar mulheres em que assuntos de foro íntimo surgiam durante perguntas sobre assuntos concretos, como por exemplo, o uso de anticoncepcionais. Esta autora levanta duas hipóteses para tentar explicar o fato: primeiro, parece ser mais fácil falar desses assuntos com alguém estranho do que com um vizinho, pois o distanciamento permite uma aproximação ou um pedido de conselho. Chama mesmo a atenção o desembaraço dessas mulheres ao falar de sua vida sexual. No início, pensei que fosse ter dificuldades em obter tais dados, mas a experiência em campo mostrou o oposto. Quando terminei a entrevista com A.F.S. (acima), em que me contou que não queria

mais ter relações sexuais com o marido, ela falou que até gostaria de procurar um psicólogo, mas que achava difícil falar dessas coisas com quem não conhecia. Porém quando perguntei como, então, ela tinha acabado de me contar tudo aquilo, ela respondeu: “É... falei, mas achei que com você, eu podia. Tinha que achar um psicólogo que eu não ficasse sem jeito de falar essas coisas...”. Percebo que talvez o problema não seja encontrar um psicólogo em si, mas ir até a unidade de saúde e marcar uma consulta para solicitar um encaminhamento (que pode levar meses). O problema ainda se agrava porque muitos funcionários e agentes comunitários moram na região e são conhecidos da pessoa que pode se sentir constrangida em falar destes assuntos com eles.

Em segundo lugar, Caldeira (1980) aponta que a entrevista é uma oportunidade de refletir sobre seu mundo à medida em que se fala dele, o que ocorre principalmente com mulheres por ficarem restritas ao universo doméstico. Não é incomum também que se agradeça pela oportunidade de falar ou se expresse contentamento ou alívio devido à entrevista. Muitas vezes, as informantes relataram ter gostado muito falar comigo, apesar de inicialmente ficarem um pouco ansiosas com a entrevista; muitos também foram os abraços longos e apertados em nossas despedidas.

“Nossa, foi uma terapia pra mim falar de todas essas coisas! *Nossa! Quer dizer que não vai precisar tomar o antidepressivo hoje?* (Ela riu)... Acho que não!” (E.R.F.M., 46 anos)

Além de refletir sobre seus relacionamentos e sua trajetória de vida, as entrevistadas também externaram crenças que possuem sobre seus corpos e o funcionamento deste. A primeira resposta que eu recebia quando pedia às informantes que me explicassem sobre a menstruação ou sobre os efeitos da medicação que usam era: “Nossa! Sabe que eu nunca tinha pensado nisso?”, mas depois de explicar que a pesquisa não era um teste de conhecimento e sim, uma forma de compreender como as mulheres entendem o funcionamento de seu aparelho reprodutivo, elas se esforçavam em tentar explicar. Este também era o intuito dos desenhos: fazer com que a representação gráfica promovesse uma reflexão e facilitasse a expressão das informantes. Nenhuma delas se recusou a fazê-lo, apesar de relutarem inicialmente. À medida que desenhavam, eu pedia que

elas me explicassem o que estavam fazendo, para que aquela estrutura servia, como ocorria a menstruação, como e quando ocorria uma gravidez e como elas explicariam a ação do método contraceptivo que utilizam.

Outros estudos que se utilizaram desta metodologia (VICTORA, 1991, 2001; VICTORA e KNAUTH, 2001; MacCORMACK e DRAPER, 1987) demonstraram que as imagens gráficas são um tipo de fala que possui uma lógica específica e que identifica as sensações corporais ou atividades fisiológicas a um funcionamento particular, diferente do corpo de outra pessoa. MacCormack e Draper (1987) afirmam que, a nível simbólico, a imagem de corpo e os significados atribuídos à menstruação dão pistas de níveis profundos de identidade e do que significa ser mulher. A imprecisão dos limites do corpo observada nestes estudos é uma característica comum entre os grupos populares e está acompanhada de uma dinâmica própria de fluidos, como no exemplo da mãe do corpo (VICTORA, 1996) e que também foi relatado por algumas informantes, como no diálogo que tive com E.R.F.M. onde ela me explicava o que deve ser evitado após o parto.

“[...]Também não pode varrer a casa.” *Por que?* “Porque senão a mãe do corpo não volta... daí fica sentindo a barriga mexer.” *Como assim ‘não volta’? Ela sai do corpo?* “Sai com aquela ‘sujurada’ do parto e ela tem 7 dias pra voltar... nesse tempo, não pode varrer a casa, senão ela não volta.” *Tá... mas se ela sai, como é que ela volta? Por onde que ela entra?* (silêncio) “Acho que, na verdade, ela não sai. É só jeito de falar. Eu imagino que ela fique escondida em algum canto lá dentro e depois de 7 dias, ela começa a procurar o lugar dela de novo. Se ela não acha, ela fica andando lá dentro... por isso que sente a barriga mexer. Também não pode mostrar nenê recém nascido pra quem não é da família por 7 dias.” (E.R.F.M., 46 anos)

Esta fala demonstra o quanto os corpos incorporam as noções de tempo, espaço e organização doméstica. A mãe do corpo pode ser entendida como uma espécie de órgão que cuida do bebê durante a gravidez (e não corresponde à placenta ou ao útero, como acreditam alguns médicos) e que fica vagando pelo corpo a procurá-lo depois do nascimento. Esta mãe do corpo teria o mesmo papel que uma mãe deve ter e deixa claro o quanto o corpo é influenciado pelo meio externo.

A minha preocupação em conseguir estabelecer as conexões entre o corpo, seu funcionamento e o meio externo não pareceu, a princípio, ser entendido com

dificuldade pelas informantes quando elas me questionavam sobre o que era a pesquisa. Muito pelo contrário, elas achavam essa ligação bastante interessante. A maior curiosidade delas era tentar entender porque eu estava fazendo a pesquisa – principalmente porque era pleno verão e elas entendiam que alguém que (teoricamente) está de férias deveria estar passeando, na praia, e não andando pelo bairro e conversando com as pessoas.

“Mas essa pesquisa é pro posto?” *Não, é pro curso que eu estou fazendo.* “Mas ela é pra quê? Você vai escrever um livro? Aparecer na TV?” *Numa dessas...* (risos) “Olha, se você aparecer na TV, vê se não se esquece da gente, viu?” (J.D.C., 27 anos)

“Mas pra que que é esse trabalho? Falei, falei, falei e não entendi nada! (risos)”. (V.M.A.P., 25 anos)

A apreensão de que o material da pesquisa fosse disponibilizado aos funcionários da unidade de saúde era uma constante, mas sempre era deixado claro que os dados eram confidenciais e os nomes não iriam aparecer na escrita final do texto. Isto reforça o que já foi comentado anteriormente de que a distância existente entre o pesquisador e o entrevistado permite com que algumas intimidades sejam reveladas. Em alguns casos, os maridos encontravam-se em casa quando marcávamos nossas conversas. Muitas informantes não queriam a presença do marido no momento da entrevista e conversávamos a portas fechadas ou no quintal da casa. Ou o próprio marido pedia licença e desaparecia, voltando ocasionalmente para oferecer um suco ou um café.

Machado (2003), em sua pesquisa sobre masculinidades, reforça o quanto parece constrangedor aos homens falar com alguém de fora da comunidade sobre intimidades de suas vidas, principalmente sendo uma mulher. Estes homens entendem que “falar da vida para alguém” é algo tipicamente feminino e a relacionalidade entre eles ocorre em lugares específicos como o bar e o clube – locais de sociabilidade masculina. Está implícita uma segregação de espaços que é uma construção social dos gêneros: existem lugares de homens e lugares de mulheres e há coisas de homens e coisas de mulheres. Conversar sobre sexualidade, contracepção, menstruação é considerado “coisa de mulher” e faz com que os homens se afastem. Esta divisão entre os sexos organiza a realidade e a sua

representação, fornecendo formas de classificação com as quais são construídas as visões de mundo de cada grupo.

## **1.2. A região da Barreirinha**

A Unidade de Saúde Santa Efigênia, onde foi realizada esta pesquisa, está localizada no bairro Barreirinha, em Curitiba. Este bairro nasceu da Colônia Abranches, uma área de assentamento de famílias polonesas que estava localizada em território pertencente aos municípios de Curitiba e Almirante Tamandaré. Este território encontra-se em um planalto regular, mas apresenta um relevo mais ondulado do que o existente no município de Curitiba. Os poloneses foram o último grupo de imigrantes a se estabelecer na cidade, o que lhes conferiu uma situação bastante peculiar em meio à heterogeneidade étnica já presente. As primeiras 32 famílias assentadas na região chegaram em 1871, reemigrantes das colônias Dona Francisca (Joinville-SC) e Príncipe Dom Pedro (Brusque-SC), provenientes da região polonesa da Silésia. Em 1876, foi criada a colônia Lamenha, situada 3 quilômetros ao norte deste assentamento inicial, que abrigou outras 139 famílias polonesas prussianas. O boom da imigração polonesa em Curitiba deu-se entre 1890 e 1914 quando a Polônia encontrava-se sob a tripla dominação da Rússia, Prússia e Áustria (WACHOWICZ, 1976; BUCHMANN, 1995). Segundo Buchmann (1995, p.87), “a representação do Brasil como terra de muitas facilidades correspondia às necessidades do polonês cuja identidade cultural sofria sérias mutilações e que aqui poderia talvez restaurá-la.”

Estes imigrantes acabaram se dirigindo para atividades econômicas não essenciais ou àquelas já saturadas por outros grupos de imigrantes, propiciando o desenvolvimento de resistências por parte dos outros grupos étnicos – algumas tentando limitar a mobilidade social dos poloneses ou impossibilitando sua ressocialização plena (IANNI, 1976; BUCHMANN, 1995). As principais atividades da comunidade eram a produção agrícola, principalmente milho, centeio, feijão preto e batatas, assim como a fabricação de cal e o estabelecimento de olarias, barricarias, ferrarias, sapatarias e fábricas de carroças (WACHOWICZ, 1976).

Com a crescente urbanização nas primeiras décadas do século XX, as colônias existentes ao redor de Curitiba foram integradas à cidade e os

descendentes dos colonos buscaram urbanizar-se. A imigração deixou fortes marcas na cidade que podem ser vistas na arquitetura dos casarios ornados por lambrequins, no calçamento das ruas, na organização das sociedades culturais e nas chácaras que existem ao redor da cidade, cuja organização espacial foi se estruturando, ao mesmo tempo que mantinha as características culturais próprias das diversas etnias que foram se estabelecendo (KOZEL, s/d). Na região em questão, foi construído pela Cohab em 1969, o conjunto habitacional Santa Efigênia para abrigar 740 famílias, homônimo da paróquia estabelecida na região e à unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa.

FIGURA 1 – IGREJA DE SANTA EFIGÊNIA



NOTA: A casa verde clara à direita é a casa mais antiga da região e pertencia à família de uma das minhas informantes. Hoje, a casa é tombada pelo Patrimônio Histórico e abriga a sede dos Alcolicos Anônimos da região.

De acordo com o Censo Demográfico realizado pelo IBGE no ano 2000<sup>1</sup>, a população do bairro Barreirinha é de 16.937 habitantes, sendo que 49,96% são provenientes de outros estados ou de outros países, 36,34% provenientes do interior do Paraná e apenas 13,17% de habitantes intra-metropolitanos. Destes, 88,45% são

<sup>1</sup> Fontes: IBGE - Censo Demográfico 2000 (Microdados); FASE/IPPUR/IPARDES/PUCMINAS – METRODATA. Estes dados referem-se ao número de imigrantes de 5 anos e mais de idade que tenha realizado migração no período compreendido entre 1995 e 2000.

de cor branca, 2,9% são pretos, 8,26% são pardos, 0,33% são de cor amarela e 0,06% são indígenas. A maioria de pessoas de cor branca na região é condizente com o que foi constatado na pesquisa de campo, onde apenas duas das 21 informantes eram pardas e as restantes eram brancas. Com relação à crença religiosa, 70,25% da população declarou-se católica, 18,3% declarou-se evangélica, 2,82% relatou ter outra religião e 8,63% não declararam religião alguma ou não responderam. Entre as informantes desta pesquisa, a maioria declarou-se evangélica. A maior parte dessa população concentra-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos, tanto para homens como para mulheres.

A principal atividade econômica do bairro é o comércio, correspondendo a 40,47% dos estabelecimentos (principalmente o comércio varejista e reparação de objetos pessoais e domésticos), seguido pelo setor de serviços que corresponde a 30,29% (prestação de serviços a empresas e alojamento e alimentação), pela indústria com 14,5% (a maior parte sendo da construção civil) e outros (14,74%)<sup>2</sup>.

FIGURA 2 – RUA LUDOVICO GERONAZZO E SEU INTENSO COMÉRCIO



Dos 4.252 domicílios que pertencem à área de abrangência da Unidade de Saúde Santa Efigênia, 99,81% são particulares e destes, 85,98% correspondem a casas. Quanto à condição de ocupação, 69,87% são imóveis próprios e quitados, 9,55% estão em processo de aquisição, 15,76% são alugados e o restante é cedido

<sup>2</sup> Fonte: SMF/ Cadastro de liberação de alvarás, 2005. Elaborado pelo Banco de Dados do IPPUC (Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba).



ao morador. Todos os domicílios contam com abastecimento de água (0,14% deles apresentam poço ou nascente na propriedade) e somente 0,16% deles não possui esgotamento sanitário<sup>3</sup>.

Andar pela região foi uma experiência muito agradável. Apesar de não ser muito distante de onde eu moro, nunca havia estado lá antes, a não ser por uma área já mais próxima ao bairro Boa Vista. A região tem grandes áreas verdes, nascentes e muitos morros e, em alguns lugares, nem parece que se está dentro da cidade. Existem dois grandes parques nos arredores: o Parque da Barreirinha e o Parque São Lourenço. Podem-se identificar duas vias principais de intenso comércio: a rua Ludovico Geronazzo, que faz a ligação com o bairro Boa Vista, e a rua Anita Garibaldi, que atravessa o bairro São Lourenço e segue até o município de Almirante Tamandaré. Mesmo nestas vias, existem grandes terrenos que lembram pequenas chácaras e dão um certo ar bucólico à região, juntamente com as casas de colonos que resistem em meio a construções mais contemporâneas.

FIGURA 3 – RUA ANITA GARIBALDI EM UM DE SEUS PONTOS MAIS ALTOS



NOTA: Ao fundo pode-se ver o centro de Curitiba que fica a aproximadamente 10 quilômetros.

---

<sup>3</sup> Fonte: Distrito Sanitário Boa Vista/ SMS, 2005.

FIGURA 4 – RUA ANITA GARIBALDI



NOTA: De um lado da rua, uma antiga casa de imigrantes com seus lambrequins de madeira que fica ao lado de uma loja de carros e, logo em frente, um terreno desocupado onde vacas pastam soltas.

Perto da Igreja de Santa Efigênia, existe uma área, próximo ao trilho do trem e que dá fundos ao Parque São Lourenço, que é formada basicamente por pequenas propriedades de antigas famílias de moradores e que vem sendo alvo de grande especulação imobiliária. Muitas dessas áreas têm sido compradas por grandes incorporadoras que as transformam em condomínios de luxo “escondidos” em meio às ruas estreitas e sinuosas. Algumas informantes relataram esse acontecimento e mostraram preocupação com a valorização dos terrenos no bairro.

“... a gente até tá procurando outro lugar, mas tá difícil... você vê, essa casa, desse tamanho, a gente paga 270 reais! É muito caro pra uma casa dessas e o resto que a gente viu, é tudo mais. É duro aqui... a gente paga pelo bairro e não pela casa.” (V.M.A.P., 25 anos)

“Esse terreno é do meu sogro. Bom, já era do pai dele. O terreno antes ia até quase a outra rua de trás. Daí ele foi vendendo, vendendo e sobrou isso aqui [...] Muitos vizinhos foram vendendo tudo. Você viu o prédio enorme que estão construindo ali pra baixo? Meu marido pediu pra entrar lá pra ver, diz que tem um bosque enorme pra trás e tem até quadra de tênis!” (E.C.R., 22 anos)

*Nossa, mas tem vários desses condomínios por aqui, né?* “Você viu esse aí da frente? Cada casa! Como eu já trabalhei em imobiliária fiquei curiosa e fui perguntar: tem casa ali que custa um milhão de reais!” (E.L., 28 anos)

FIGURA 5 – PEQUENA PROPRIEDADE NA RUA LUDOVICO GERONAZZO



NOTA: se não fosse pelo ponto de ônibus em frente, ficaria difícil dizer que se está em uma área urbana.

Por toda a região existe uma heterogeneidade com relação às moradias: casas simples de alvenaria e de madeira são entremeadas com casas grandes e conjuntos de sobrados de classe média e alta. Essa característica também é apontada pelos moradores mais antigos.

“Sem contar que aquela ali é a igreja dos ricos do bairro. A gente vai na missa lá assim, normal e todo mundo repara na roupa que você usa e começa a fofoçar dentro da igreja. Onde já se viu uma coisa dessas? Já aqui na capelinha que tem aqui pra baixo é melhor. Vai menos gente e o padre dali é bem brincalhão. Você não reparou que aqui pra baixo só tem mansão? Tem dois vereadores, um deputado e o vice-governador que moram aqui...” (S.M.P., 50 anos)

“Os pobres da rua somos nós e mais até a quinta casa aqui grudada na nossa; são os moradores mais antigos.” (E.R.F.M., 46 anos)

O fácil acesso ao centro da cidade, a tranquilidade e áreas verdes contribuem certamente para este acontecimento. Entre as vias principais, existem inúmeras ruas cobertas apenas com anti-pó – o que não permite que os carros trafeguem em alta velocidade e contribui para o aspecto calmo do bairro. Muitas dessas ruas existem apenas no mapa da cidade: invariavelmente, precisei mudar de caminho para chegar até a casa de algumas informantes. Deparei-me com muitos muros, ruas sem saída ou bosques de mata nativa no lugar das ruas indicadas nos mapas. Muitas

ruas também não possuem uma numeração ordenada, o que dificultou encontrar algumas casas. Às vezes, os próprios moradores dão o número da casa pela seqüência existente na rua transversal à sua ou os números das ruas não seguem ordem alguma (pelo menos, não que eu conseguisse descobrir), como aconteceu quando fui até a casa de minha informante V.M.O., cujo número era 29 e eu não o encontrava, mas ele estava escrito à mão em um poste entre as casas de número 66 e 90. Um desafio à lógica!

Confusão semelhante pode ocorrer com a rua onde se encontra a unidade de saúde, que é uma das várias ruas em “U” existentes na região e dá de fundos para uma praça, uma escola e um Farol do Saber (biblioteca comunitária existente em vários bairros da cidade e recebe esse nome inspirado na famosa biblioteca do Farol de Alexandria). A unidade está na curva onde, logo em seguida, a rua muda de nome.

FIGURA 6 – HETEROGENEIDADE DAS MORADIAS DO BAIRRO



NOTA: Pode-se ver à direita um conjunto de sobrados. Ao fundo, a rua termina em uma área de mata nativa.



FIGURA 7 – RUA FERNANDO DE NORONHA, NOS LIMITES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE



FIGURA 8 – ACLIVES E DECLIVES DA REGIÃO



Esta breve exposição sobre as características do bairro abrange algumas de minhas impressões e mostrou-se vital para compreender o cotidiano de seus





FIGURA 9 – UNIDADE DE SAÚDE SANTA EFIGÊNIA E FAROL DO SABER AO FUNDO



FIGURA 10 – RUA VOLTAIRE



A unidade de saúde foi inaugurada em 14 de março de 1988 e possui uma área de abrangência que atinge parte dos bairros Boa Vista, Barreirinha, Abranches e São Lourenço, totalizando 4.252 domicílios e uma população alvo de 14.221

habitantes<sup>4</sup>. Destes, 5.984 são mulheres acima dos 15 anos de idade, sendo que se estima que 4.228 mulheres façam uso de alguma forma de planejamento familiar.

No que tange o Programa de Saúde da Mulher, a unidade realiza uma média de 39 exames de prevenção de câncer de colo uterino (Papanicolaou) por mês e atende por volta de 200 gestantes inscritas no programa de pré-natal. Os ginecologistas atendem, aproximadamente, 210 consultas por mês<sup>5</sup>. A maioria das consultas é pré-agendada: os usuários passam por uma avaliação da enfermagem onde são aferidos dados vitais e é averiguada a queixa que está levando a pessoa a consultar. O sistema de atendimento ao usuário em todas as unidades de saúde é informatizado (existindo em cada sala de atendimento, pelo menos, um computador e impressora) e está conectado em rede com a Secretaria de Saúde.

A unidade de saúde funciona de segunda à sexta, das 7:30 às 19:30h e conta, em seu quadro de funcionários, com duas enfermeiras, 13 auxiliares de enfermagem, oito médicos (três clínicos gerais, três pediatras e dois ginecologistas), cinco odontólogos, seis auxiliares de consultório dentário, três técnicos em higiene dental, um fisioterapeuta, um psicólogo e um auxiliar administrativo. A área física da unidade apresenta-se conforme descrito na Figura 11.

Minha primeira visita à Unidade de Saúde Santa Efigênia foi no final de julho de 2006. Após contato telefônico com a autoridade sanitária, ficamos de nos encontrar lá para que eu fosse apresentada à equipe. Certamente, o fato de ser médica facilitou (e muito) minha entrada em campo, mas, ao mesmo tempo, trouxe também uma das maiores dificuldades que enfrentei: como fazer com que os funcionários da unidade de saúde entendessem o que eu estava fazendo ali? Fato que gerou várias situações inusitadas. Fui apresentada à equipe como uma médica que estava fazendo uma pesquisa, mas que tipo de médica é essa que não usa jaleco, não carrega maleta, não está interessada nos exames das pacientes, não receita nada e só quer conversar? Tive que me explicar inúmeras vezes... E a coisa só piorava quando eu dizia que o meu curso não era na área da Medicina, mas na Antropologia. (“Antropologia!? Que é isso?”).

---

<sup>4</sup> Todos os dados desta seção foram fornecidos pelo Distrito Sanitário Boa Vista e correspondem ao levantamento realizado em 2005.

<sup>5</sup> A cobertura média de consultas médicas por habitante/ano é 1,85.



“Mas é uma especialização isso?” *É... é um tipo.* “Você vai fazer obstetria?” *Não, R., não é residência... isso eu já fiz e faz tempo!!* (R., auxiliar de enfermagem)

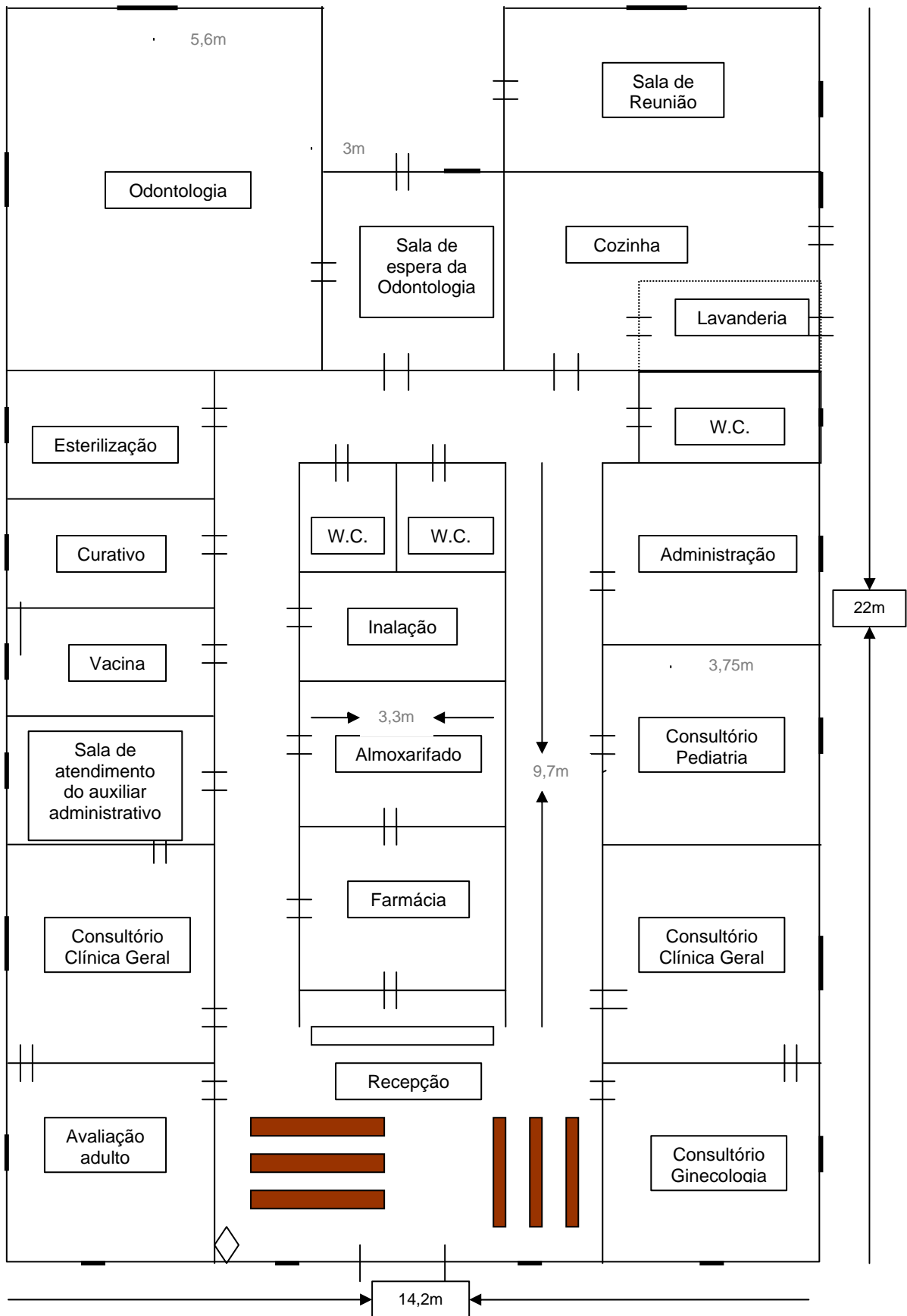
*Você nunca percebeu que, às vezes, quando explica alguma coisa pra um usuário do posto, ele pode entender aquilo de um modo diferente? “É... às vezes parece que eles não entendem o que a gente fala mesmo.” Você nunca pensou que ele pode entender o corpo dele de um jeito diferente do que você entende?* (silêncio) “É mesmo, né, a gente nem se toca disso! A gente acha que o que a gente sabe é o certo e que tá todo mundo entendendo. É mesmo, que bom que você tá estudando isso. É interessante mesmo!” (E., auxiliar de enfermagem)

“Nossa, mas é assim? Quer dizer que a gente reflete a sociedade? E o corpo também? E você vai ter que explicar isso? Não parece pouca coisa... mas vai ser complicado esse negócio!” (R., técnica em enfermagem)

Mesmo sem compreender exatamente do que se tratava, as funcionárias se esforçavam em me ajudar e inúmeras vezes vinham ao meu encontro com a receita de anticoncepcional de alguma usuária na mão (“E essa serve pra pesquisa?”) ou rastreavam a recepção atrás de possíveis informantes para a minha pesquisa (“Olha aquela moça ali, sentada com a criança, não tem uma cara boa pra pesquisa? Vamos catar alguém aqui hoje!”).

Após alguns dias, acabei sendo integrada ao cenário da unidade. Isto se deu pelo local que escolhi para fazer minhas observações. Depois de ter experimentado, as salas de avaliação, o corredor e os bancos da recepção, acabei percebendo que o melhor lugar seria mesmo o balcão da recepção: é por ali que passam todas as pessoas que adentram a unidade, seja para marcar consulta, solicitar exames, pedir informações ou pegar medicação. As pessoas pegam uma senha numa mesa lateral e aguardam serem chamadas no balcão, quando então falam às funcionárias da enfermagem o tipo de atendimento que desejam. Como o meu objetivo era entrevistar usuárias de métodos anticoncepcionais, ali me pareceu o melhor local para rastreá-las. Posicionei-me sentada bem atrás das auxiliares de enfermagem e, por cima de seus ombros, conseguia ver que tipo de receita ou requisições os usuários lhes entregavam.

FIGURA 11 – ÁREA FÍSICA DA UNIDADE SANTA EFIGÊNIA



Apesar da pretensa neutralidade e objetividade científica, a posição do pesquisador nunca é o que Caldeira (1980) chama de “mosca na parede” (ou, no meu caso, “disfarce de cadeira”). Longe de passar despercebida, mais de uma vez acabei “socorrendo” funcionárias novas (que não sabiam nomes e horários dos médicos da unidade, nomes dos outros funcionários ou o fluxo de atendimento) e antigas (em dias de muito movimento, eu colaborava lendo os códigos na requisição de exames dos pacientes para as auxiliares para agilizar a fila na recepção). Os usuários também notaram minha presença, seja para dar boas-vindas (“Balcão novo, gente nova atrás do balcão.”) ou para reclamar do atendimento em dias mais tumultuados (“...e você aí no canto só escrevendo, não vai escrever nada de mim!”). São estas relações estabelecidas em campo, conforme a autora acima citada, que demonstram os espaços de cada ator, sua posição e suas dificuldades.

A unidade é construída nos moldes antigos da Secretaria de Saúde, o que eu chamo “casa de sítio” porque parece uma residência como outra qualquer, com um avarandado na frente onde existem bancos e um telefone público. Na frente, há um pequeno estacionamento para os funcionários.

A recepção não é muito grande e possui 6 bancos de madeira onde os usuários aguardam serem chamados e bem em frente fica o balcão da recepção. Um aparelho de televisão encontra-se ligado no canto esquerdo da sala durante a maior parte do dia e existem várias revistas espalhadas pelos bancos. Nas paredes, cartazes sobre a orientação para coleta de preventivo de câncer de colo de útero, tuberculose, HIV, contato com o Centro de Valorização da Vida, teste do pezinho e de um centro de planejamento natural da família que fica no centro da cidade (entidade que estabeleu uma parceria com a secretaria de saúde para o acompanhamento de mulheres e casais que queiram obter uma gravidez). Dois corredores saem de cada lateral da recepção levando aos consultórios, administração, salas de procedimento, banheiros e serviço de odontologia. Nos fundos, ainda há uma cozinha, uma lavanderia, uma sala de reuniões e um pequeno quintal.

Neste primeiro contato, busquei me interar da rotina da unidade e conhecer os funcionários e agentes comunitários. Apesar dos procedimentos serem padronizados por protocolos da Secretaria de Saúde, cada unidade possui suas particularidades e adapta estas orientações à sua própria realidade. Mesmo tendo

trabalhado como médica por alguns anos no serviço público, isso não significa que eu tenha conhecimento de todo o funcionamento da unidade.

O burburinho no ambiente é constante: crianças brincando no pátio, pessoas conversando, outras prestando atenção no programa mostrado na televisão. A recepção é um lugar de troca de idéias entre os usuários: sempre alguém tem uma história pra contar... as experiências com os filhos, alguém que foi a um culto diferente, trocas de receitas de remédios caseiros.

Deixando a minha identidade de médico “dentro do armário”, retornei à Unidade para iniciar a pesquisa de campo propriamente dita no início de dezembro de 2006. O tornar-me antropóloga tem sido um exercício árduo e constante. Uma das primeiras dificuldades com que me deparei foi reaprender a ouvir o que as pessoas (no caso da minha pesquisa, mulheres) têm a dizer. O ouvir médico “seletivo” treinado apenas para captar sinais e sintomas que pareçam “relevantes” e o modo de encarar os sentimentos do paciente como subjetivos e incertos ou de transformá-los em patologias que se encaixem em uma linguagem biomédica têm sido repensados e modificados. Hoje, entendo que tudo o que uma pessoa tenha a dizer é importante e que isto faz a diferença entre procurar um problema, uma patologia, e tentar encontrar soluções ou explicações, trazer contribuições.

Juntamente com o ouvir, vem a preocupação do escrever. Transformar os relatos sintéticos e objetivos da narrativa médica por uma descrição detalhada, extensa e subjetiva de um diário de campo não é uma tarefa fácil, é todo um novo aprendizado, uma nova forma de pensar, uma nova forma de fazer pesquisas. É preciso valorizar todas as narrativas e seus contextos, reorganizar conceitos então naturalizados através do discurso biomédico e traduzi-los para uma perspectiva antropológica. Velho (1978, 1980) discorre sobre como o antropólogo enfrenta seus limites dentro de sua cultura, classe, segmento ou grupo social, uma vez que sua visão de mundo está marcada e afirma que seu trabalho é de natureza interpretativa, sendo necessário perceber a abrangência destes sistemas de classificação e representações.

O movimento mais dramático coloca-se quando o pesquisador volta-se para o seu próprio cotidiano nesse processo de *estranhamento*. Isto é possível, sem necessariamente levar à loucura, porque a vida social e cultural se dão em *múltiplos planos*, em várias *realidades* que estão referidas a *níveis institucionais* distintos. O indivíduo na sociedade moderna move-se entre esses planos, realidades, níveis e constitui sua própria identidade em função desse movimento. (VELHO, 1980, p.18)<sup>6</sup>

Este processo não é de todo pacífico (eu mesma levei algum tempo para deixar de chamar as usuárias da unidade de “pacientes” para tratá-las como “informantes”), mas mesmo tendo compartilhado até então muitos dos significados da visão biomédica, o viés antropológico permitiu manter a distância e o estranhamento com o que se passava à minha volta e comigo mesma, necessários para a realização deste trabalho.

Foi através da dispensação de medicação que tive acesso às minhas informantes. Cada vez que uma mulher chegava até a recepção com uma receita de medicação contraceptiva, eu a abordava e explicava sobre a pesquisa que estava realizando. Uma das minhas maiores preocupações era não me identificar como médica por crer que isso alteraria sobremaneira minha relação com as informantes. Apesar de existir uma relação de poder entre pesquisador e pesquisado que a possibilita e a sustenta, permitindo o seu funcionamento (CALDEIRA, 1980; MINTZ, 1984; ABU-LUGOD, 1991; GEERTZ, 2005), existe uma preocupação constante do pesquisador em não silenciar seu informante: o que Geertz (2005) chama de “virada interpretativa”. Ou seja, uma posição que procura assumir as limitações do campo, onde a subjetividade faz parte da relação (e da posterior escrita do texto) e onde defende-se a prevalência da igualdade nesta relação. Uma assimetria que não há como ser comparada com a existente na relação médico-paciente, onde há o apagamento da figura do paciente e sua submissão. Algo incompatível com a pesquisa antropológica.

Concordante com os relatos de Machado (2003), muitas vezes não consegui entrevistar as informantes que desejava, mas sim aquelas que concordavam com a entrevista, aquelas que me escolhiam para contar sua experiência<sup>7</sup>. Muito poucas,

---

<sup>6</sup> Grifos no original.

<sup>7</sup> A respeito das escolhas dos informantes, ver Mintz (1984), onde o autor relata que não foi ele quem escolheu o informante, mas ele é que teria sido escolhido e como através desta experiência, ele teria descoberto mais sobre si mesmo.

neste primeiro contato, afirmavam não desejar participar da pesquisa. Uma outra parte relatava que desejava participar, mas não tinha tempo, trabalhava demais ou até porque a sogra poderia não gostar. Outras concordavam em participar mas no dia da entrevista avisavam que estavam doentes, combinavam de ir até o posto e não apareciam, forneciam endereço e telefone inexistentes ou estavam viajando. Numa das vezes em que telefonei para confirmar nosso encontro, a moça simplesmente desligou o telefone quando me identifiquei. Esses episódios que me frustraram no início da pesquisa, mas com o passar do tempo, aprendi a lidar tanto com a decepção de não conseguir uma informante quanto com o fato de me certificar que os endereços eram verdadeiros (checava no mapa da cidade, telefonava com antecedência confirmando o encontro e, em último caso, conferia na unidade de saúde se a pessoa possuía cadastro e se o endereço era o mesmo que havia me fornecido). Estas muitas táticas utilizadas para escapar da pesquisa indicam o poder de agenciamento (“agency”) que estas pessoas possuem, ou seja, a forma com que o sujeito da ação se mantém dentro de um contrato social, mas se movimenta no seu interior mantendo sua individualidade e certa autonomia que lhe permite usar um instrumental cultural para agir (ORTNER,1994).

“Agency” é um conceito (às vezes traduzido como “agenciamento” ou utilizado em inglês) utilizado pela Antropologia da Prática, cuja orientação teórica está focada na prática, na interação, na ação e naquele que as produz (agente, ator ou sujeito presente na pesquisa etnográfica). Esta proposta etnográfica envolve cultura, a história particular do grupo estudado e as relações de poder. O “agency” é um espaço nas lacunas da estrutura através do qual o sujeito age, utilizando as ferramentas conceituais que possui - o que demanda reflexão, consciência e intencionalidade. Apesar disso, a ação é controlada pelos modos de definição de mundo ditados pela cultura – que é pensada como um processo que possui fissuras, falhas e incoerências, na qual a idéia de escapar dela é algo inerente – e é nesses interstícios que os atores demonstram seu “agency”, utilizando estratégias para driblar o sistema. O sujeito está dentro dos mesmos limites destas condições das quais ele é produto: os atores são modelados pelos princípios organizacionais e, ao mesmo tempo, reforçam estes princípios no mundo público e no discurso (visando a manutenção de seu status quo) (ORTNER, 1994).

De Certeau (1996) discorre sobre isto que ele denomina o “poder do fraco” e sobre como modos de fazer são limitados e estão incluídos em uma lógica de ações que dependem das circunstâncias: são táticas possíveis dentro de um esquema dado (onde o contexto de uso é conhecido) e servem como repertórios de ação numa tentativa de reverter a ordem estabelecida. Não se limitam a determinada faixa de população ou classe de renda. Os meios populares não necessariamente utilizam as culturas difundidas pelas elites produtoras como estas imaginam, pois elas são modificadas segundo interesses e regras próprios. Esses processos populares utilizados burlam mecanismos de disciplina e se reapropriam do espaço organizado usando suas práticas cotidianas. Aquilo que é produzido pelos consumidores não tem uma trajetória previsível: suas maneiras de produzir jogam com os acontecimentos. Isto e as práticas cotidianas são entendidas como táticas e elas estão longe do que os produtores de cultura idealizaram como práticas efetivas. Estas táticas são definidas como ações calculadas que não distinguem o outro numa totalidade visível; os acontecimentos dependem da ocasião e das oportunidades do momento (DE CERTEAU, 1996).

Assim, dentro da unidade de saúde, os usuários entendem que precisam agir de determinada maneira para obter o que desejam, submetendo-se às relações de poder subentendidas, mas fora dali as práticas dessas pessoas nem sempre são compatíveis com o que a instituição ou seus funcionários almejam, o que significa que nem sempre orientações e prescrições são seguidas. Mesmo não me identificando como diretamente ligada à unidade de saúde, só o fato de eu estar lá dentro fez com que muitas pessoas me tratassem da mesma forma e concordavam comigo num primeiro momento para posteriormente se negarem a participar da pesquisa se utilizando das mais variadas desculpas. Outras, não só concordaram em conversar comigo, mas também pareciam lisonjeadas em participar de uma pesquisa, principalmente quando eu mencionava que o curso que eu fazia era no Rio Grande do Sul.

“Nossa! Lá longe!”.

“Mas pra que é essa pesquisa? *É pro meu curso de mestrado...* Ah! (sorrindo) Mas eu gosto muito de conversar! Me liga depois do feriado que você pode ir lá em casa...”

A entrevista confere aos entrevistados importância e identidade: o depoimento adquire significado para quem o solicita e também para quem o fornece, já que ele é revivido através do discurso (CALDEIRA, 1980).

Em meio a este cenário, que durante o meu período em campo foi se descortinando com suas particularidades, iniciei minha pesquisa etnográfica e pude também perceber o que mais me chamou a atenção: o grande número de usuárias de contraceptivo injetável nessa área.

As práticas de controle de fertilidade levam-me a discutir, a partir do modelo de família por elas elaborado, o significado da maternidade e a relação entre dominação e subordinação, pois a família ocupa um lugar de destaque na vida destas mulheres e, como outras instituições relativamente estáveis da nossa sociedade, ela é considerada como “natural”. No caso da família, essa naturalização é reforçada porque se trata de uma instituição que diz respeito à regulamentação social de atividades de base biológica, isto é, o sexo e a reprodução (DURHAM, 1983). Esta naturalização também inclui a divisão sexual do trabalho que a organiza internamente e se constrói através da tendência de separação da vida social em uma esfera pública e uma doméstica que visualiza os papéis femininos como derivados de sua função biológica.

A definição da família “natural” como indivíduos aparentados vivendo sob o mesmo teto é uma invenção recente. Esta unidade doméstica cria normas que valem no seu interior, além de uma sensação de unidade e de afeições obrigatórias e que estão afastadas das leis do mundo econômico, construindo uma realidade social própria que serve de base para outras representações e ações que a reproduzem como categoria social. Bourdieu (2005) afirma que sob a aparência de descrever uma realidade social, a família acaba prescrevendo um modo de existência que é a própria vida em família: uma construção social que também é construída socialmente. Mas esse autor ressalta que família é uma categoria, um princípio coletivo de construção da realidade coletiva que é, ele mesmo, socialmente construído e comum a todos os agentes socializados de um modo semelhante e faz parte do seu *habitus* – o que permite que a família apareça como a mais natural das categorias sociais e institua sentimentos que asseguram a integração. O *habitus* deve ser entendido “como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma



matriz de percepções, apreciações e ações e torna possível cumprir tarefas infinitamente diferenciadas, graças à transferência analógica de esquemas adquiridos numa prática anterior.” (BOURDIEU, 1972/1977, p.261 apud WACQUANT, s/d). Portanto, a estrutura familiar não é algo que possua uma estrutura independente. Pelo contrário: sua estrutura encontra-se associada a um tipo específico de estrutura comunitária e esta estrutura se modificará com a sociedade em geral.

Parece que o modelo de família “natural” ainda é o almejado por estas mulheres que casam e recasam tantas vezes, buscando manter o status de “mulher casada”. Este modelo “natural” também é o preconizado pelo Estado (porque garante a sua reprodução) que encara como uma espécie de aberração as famílias que não se encaixam nele, independentemente das condições sociais e do que os indivíduos julgam melhor para si (FONSECA, 2004).

Bourdieu (2005) defende que há um trabalho simbólico que transforma a obrigação de amar e a disposição amorosa e promove um “espírito de família”, criando uma imagem da família como entidade unida e estável que é reafirmada através das afeições obrigatórias e obrigações afetivas do sentimento familiar. Esse trabalho cabe principalmente às mulheres que devem manter as relações internamente, permitindo que a família mantenha a ordem social (na reprodução biológica e social) e, por conseguinte, a reprodução da estrutura do espaço social e das relações sociais.

Portanto, a família (assim como os muitos significados de sociedade) é um arranjo como outro qualquer e pode ser investigada. A versão atual que vivemos é fruto de modificações históricas. É preciso ter sempre em mente que este conceito está encerrado dentro de determinado contexto e, assim, deve ser pensado de modo mais flexível.

## 2. SER MULHER, ESPOSA, MÃE: ESCOLHA OU DESTINO FEMININO

Como relatado anteriormente, foram entrevistadas 21 mulheres entre 18 e 50 anos (sendo a metade delas entre 18 e 24 anos). Todas possuíam um parceiro estável na ocasião da entrevista e todas utilizavam algum tipo de método anticoncepcional (sendo praticamente a mesma quantidade de mulheres que usavam o contraceptivo oral, o contraceptivo injetável mensal e o contraceptivo injetável trimestral). Apenas cinco informantes não têm filhos e, entre as que têm, somente duas tiveram mais que dois filhos.

Quase todas são procedentes de Curitiba e suas famílias já moravam na região. Onze informantes cursaram o ensino médio, sendo que quatro não o completaram, duas estão realizando curso universitário. Dentre as que abandonaram os estudos, observei que dois foram os principais motivos: ou pararam para trabalhar e ajudar nas despesas da casa ou engravidaram. Atualmente, dez informantes dedicam-se exclusivamente aos cuidados da casa, duas exercem trabalho autônomo em casa, somente uma delas estuda e oito trabalham fora (respectivamente como recepcionista de hotel, educadora infantil, auxiliar de produção em uma agência de publicidade, doméstica, agente de negócios, auxiliar administrativo, vendedora e promotora de vendas). A maioria destas mulheres que trabalha fora recebe até dois salários mínimos e apenas duas recebem mais do que cinco salários. Todas as informantes relataram que trabalhar fora é importante para adquirir independência e ajudar nas despesas da casa e dos filhos.

*Você acha importante trabalhar fora?* “Acho. Eu quero trabalhar mais pra ajudar meu marido. A gente quer comprar uma casa, até já deixou o nome no Cohab e só tá esperando. A gente até já foi ver umas casinhas em Colombo com o preço bem acessível.” *Você quer sair daqui?* “Ah, é... aqui não dá, né... não tem espaço pra nada! E tem a sogra...” (K.C.M.P., 24 anos)

*E você acha que é importante trabalhar fora?* “Acho.” *Por quê?* “Ah, pra ter um dinheiro e não depender do marido. Você vê, ele dá as coisas pra minha filha, mas ele não tem obrigação. E tem coisas que ela quer, que ele não entende, tipo um creme, um perfume da Avon. Então, eu ganho 240 reais e disso eu tiro sempre 100 reais pra casa, comprar comida, gás, luz. Apesar que agora eu fiz o cartão do bolsa família e a gente não paga mais luz e eu ganho 15 reais, mas mesmo assim é uma despesa! Até porque a gente quer passar bem, comer bem. Sempre tem que ter uma carne, pão, uma ‘mortandela’. Às vezes a gente compra um suco e bem de vez em quando um iogurte, mas tem que ter fruta, verdura e com esse resto do meu dinheiro, eu compro as coisas dos meus filhos: roupa, sapato, uniforme do colégio... ih, como tem gasto!” (V.M.O., 37 anos)

*E você acha que é importante trabalhar fora?* “Acho. Hoje o mundo é diferente. Você tem que ter um escape, uma independência, não dá pra depender de alguém pro resto da vida porque você nunca sabe o dia de amanhã, né. Mas ele pode falar o que quiser porque eu vou arrumar um emprego esse ano ainda. As aulas das meninas começam essa semana e logo eu vou sair pra procurar. Mas eu já sei do meu marido, ele usa as crianças como desculpa. Mas com o tempo eu fui me espertando e agora eu fiquei ligada.” (V.M.A.P., 25 anos)

Mesmo trabalhando fora, a ocupação é muitas vezes definida como uma “ajuda” ao marido e continua preservado o modelo tradicional (DURHAM, 1983; VICTORA, 1992). A este respeito, Victora (1992) e Fonseca (2004) ressaltam que muitas mulheres acreditam que trazer dinheiro para casa faz com que os homens sintam-se menos comprometidos com a família, somado ao fato que elas só teriam a perder porque continuam responsáveis pelas tarefas domésticas. Mas cabe aqui lembrar que existe a possibilidade de que o relacionamento seja rompido para que seja iniciado um novo – o que já é uma realidade para algumas das informantes que estão no seu segundo ou terceiro relacionamento estável (entendido como “casamento”) e é uma possibilidade para outras (“... não dá pra depender de alguém pro resto da vida porque você nunca sabe o dia de amanhã, né...”). Das que não exercem nenhuma atividade remunerada no momento, apenas uma afirmou que não sente vontade de trabalhar fora. Entre os principais motivos que impedem o trabalho fora de casa estão o cuidado com os filhos e os ciúmes do parceiro (cujas ocupações são as mais variadas, como dono de lava-car, padeiro, vendedor, pedreiro, guarda municipal, agente imobiliário, agente penitenciário, autônomo). A renda obtida é investida basicamente na casa e conforto da família. Em algumas das casas que visitei não faltavam eletrodomésticos como aparelhos de som e DVD,

televisão, freezer, videogame, computador, sem contar outras comodidades como TV a cabo e internet.

As informantes referem ter tido entre um e dois parceiros antes do atual (apenas duas relataram outros três parceiros e uma não soube quantos). Elas consideram parceiros aqueles com os quais se estabelece um relacionamento de uma união estável. Os ditos “rolos” (relacionamentos ocasionais de curta duração) ou namoros não são considerados pelas informantes como parceiros, mesmo que tenham ocorrido relações sexuais. Todas as que têm filhos, têm pelo menos um com o atual parceiro, com exceção de uma informante que afirmou que pretende engravidar em breve. Metade delas têm, em média, quatro anos de relacionamento com o atual parceiro e apenas quatro têm mais que 10 anos.

Outro elemento bastante característico entre as informantes é o fato de elas morarem em terrenos comuns a outras casas que podem pertencer à mesma família ou não. Em alguns casos, existem duas ou três construções no mesmo terreno e estas são locadas.

*Você mora aqui faz tempo?* “Aqui faz três anos, mas eu já morei com a sogra, já morei com a mãe e já morei sozinha.” *E essa gente que mora nessas outras casas quem são?* “São só vizinhos, não são meus parentes. Esse terreno aqui é alugado.” (V.M.A.P., 25 anos)

“A gente mora nessa casa faz dois anos, de aluguel. Mas a gente tá procurando um lugar pra comprar. Eu não gosto daqui. A casa é muito úmida e os donos são muito chatos. Tinha uma outra moça que morava ali embaixo, mas ela saiu mês passado.” (E.L., 28 anos)

Mas a grande maioria mora junto com a família do parceiro, podendo ser em uma casa separada construída no mesmo terreno ou ainda, dividindo a mesma casa com os sogros e, até mesmo, com outros cunhados. Neste último caso, a casa é dividida por cômodos. A casa de E.R.J.S, 23 anos, foi dividida ao meio, separada por uma porta: o sogro mora na parte da frente da casa, onde seria a sala e ela, o marido e a cunhada ficam com a cozinha, o banheiro e dois quartos. Como a casa pertence ao sogro, ela prepara as refeições e sempre vai até lá “ver se ele não precisa de nada”.

A casa de S.F.S., 20 anos, tem cinco cômodos e é dividida entre ela, o marido, o filho; o cunhado, a cunhada e a sobrinha e a sogra. Cada família ocupa um quarto da casa, e a cozinha/sala e o banheiro são de uso comum. O que mais

me chamou a atenção neste caso foi que os quartos não possuem portas, mas cortinas: portas de madeira, só no banheiro e na frente da casa. O terreno onde ela mora também é comum: pertencia à família do sogro e hoje está dividido entre as famílias de outros cinco parentes que construíram suas casas ali formando um longo beco.

Esta proximidade entre os moradores cria uma estreita relação social e aponta para uma noção diversa de privacidade, já que os limites entre os cômodos e mesmo entre as casas são muito tênues. Esta característica aqui descrita já foi observada em outras pesquisas sobre grupos populares (CARVALHO e CRAVO, 1990; VICTORA, 1991; FONSECA, 2004). Durante a conversa com S.F.S. na frente da sua casa, enquanto ela lavava roupa, certamente os vizinhos podiam ouvir tudo o que falávamos. Em um local assim, não há como ter segredos.

As crianças também circulam de um ambiente para o outro e os cuidados com elas são revezados entre as mulheres da família e os agregados. Desde cedo, as crianças participam da rotina das famílias, da realização das tarefas e aprendem a se comportar neste meio. A família, portanto, é o local de socialização básica de crianças de ambos os sexos e transmite as normas, símbolos, valores e representações sociais do grupo. Assim, segundo Duque-Arrazola (1996), as crianças internalizam as relações de gênero, constroem sua identidade e iniciam a vivência de sua sexualidade. O cotidiano doméstico da casa mostra uma temporalidade sexuada que reforça uma “natural desigualdade”: as meninas têm a confirmação de sua “inferioridade”, já que as tarefas e trabalhos<sup>8</sup> das mulheres são ‘pouco importantes’ e ‘não produtivos’; e, ao mesmo tempo, confirmam a ‘natureza’ do seu corpo, do seu ser mulher e da maternidade - uma ‘fragilidade’ que confirma a dependência de uma figura masculina. O sair de casa para essas mulheres, muitas vezes, é sentido como início de uma trajetória de libertação.

Fato interessante entre as informantes é que metade delas casou para sair de casa e/ou casou grávida<sup>9</sup>. Elas relatam pais rígidos ou alcoólatras ou problemas de relacionamento com outros membros da família (como irmãos ou padrastos/madrastas). Muitas destas mulheres são provenientes de famílias com pais separados e que também se engajaram em outros relacionamentos.

---

<sup>8</sup> Trabalho é entendido como atividade remunerada, um emprego, que exija maior esforço.

<sup>9</sup> O casar-se, aqui, não se refere necessariamente a uma união oficial, mas ao estabelecimento de uma co-residência.

“[...] não agüentava mais meu pai. Casei só pra ficar livre dele. Casei com esse meu marido que foi meu primeiro namorado. Tava louca pra ir embora de casa. Eu conheci ele na fábrica de móveis que foi um emprego que meu pai arrumou pra mim. A gente se conheceu, começou a namorar, ficou noivo e casou... tudo em um ano (risos)”(E.R.F.M., 46 anos)

“Na verdade, eu saí de casa fugida. Minha mãe tinha problema com bebida, era alcoólatra. Aí eu fui falar umas coisas que eu não achava certo... ela ficava mostrando os ‘peito’ na janela. Eu fui falar e ela quis bater em mim. Quase tentou me matar! Me derrubou no chão e ficou com o pé no meu pescoço, aí foi ele que me salvou.” *Ele já era teu namorado?* “Já, ele era mais velho que eu e me esperava na saída do colégio. Beijinho pra cá, beijinho pra lá. Aí quando ele falou pra eu ir com ele, é claro que eu fui, né? Tava louca pra sair de casa e experimentar outras coisas, com essa situação, né, claro que eu fui com ele!” (J.D.C., 27 anos)

“Morei um pouco ali, um pouco aqui. Eu saí de casa com 15 anos. Não me dava bem com o padrasto.” *Saiu de casa e foi pra onde?* “Ficava na casa de um, de outro, me virava.” *Mas tua mãe nunca foi atrás de você?* “Não. Eu fiquei um tempão sem falar com ninguém, minha mãe não acreditou em mim.” *Por quê? Teu padrasto tentou, chegou a fazer alguma coisa?* “Tentou, chegou, daí eu fui embora.” (K.C.P., 21 anos)

O casamento ou um relacionamento estável representa a esperança de liberdade e de mudança de status. A saída de casa marca a introdução da mulher na vida adulta, colocando em prática o ideal do casamento e da maternidade, onde a mulher adquire uma nova função social: de filha passa para esposa/mãe (VICTORA, 1991, MONTEIRO, 1999, FONSECA, 2004). Segundo Monteiro (1999), essa passagem não está associada à autonomia financeira resultante da profissionalização, comum na realidade feminina das camadas médias e altas, e sim à reprodução do papel feminino tradicional. Durham (1983) afirma que o princípio das famílias é o estabelecimento de vínculos sociais criados através de representações (idéias, sistemas e símbolos) incorporadas nas noções de parentesco e instrumentalizadas pelo casamento. O casamento, deste modo, é concebido como pré-requisito para a legitimação da prole de uma mulher.

Nesse sentido, a família deve ser definida como instituição, no sentido de Malinowski, isto é, em sua referência a um grupo social concreto, que existe como tal na representação de seus membros, o qual é organizado em função da reprodução (biológica e social) pela manipulação, de um lado, dos princípios formais da aliança, da descendência e da consangüinidade e, de outro, das práticas substantivas da divisão sexual do trabalho. (DURHAM, 1983, p.26)

Portanto, a família pode ser entendida como um padrão cultural, no sentido atribuído por Geertz (1989), no qual estes padrões são modelos de e modelos para o comportamento social, isto é, são representações de ordenações presentes na vida social e ordenações para a vida coletiva. O modelo de família em nossa sociedade é composto por marido, mulher e filhos – algo já afirmado por Áries (1981), que destacava o fato de a atenção às crianças ser um dos traços específicos da família moderna, assim como a triangulação mãe/pai/filho que reside na estruturação interna da nossa sociedade. Este é considerado o modelo ideal que ordena o comportamento e o padrão, estipulando que cabe à mulher a responsabilidade pelo trabalho doméstico e pelas crianças.

A história de S.F.S. é um exemplo deste fenômeno: devido ao desentendimento com a madrasta, ela casou legalmente, com a autorização do pai, aos 10 anos.

“Ninguém gostava desse meu namorado. Na primeira vez que minha vó viu ele, disse na cara dele que ele não prestava. Mas eu gostava muito dele e nem ouvi ninguém. Eu brigava muito com a minha madrasta e queria ir embora de casa.” *E vocês ficaram junto quanto tempo?* “Uns 10 anos. Pois, casei com 10 anos, de papel passado e tudo. Meu pai autorizou. Ele tinha 17 anos. Mas quando eu casei, eu não tinha relação, eu era muito nova, né. Eu só fui ter relação com 14 anos e com 15 já tava grávida.” *E o marido esperou quatro anos?* “Esperou. Ele entendia que eu era nova, nesse meio tempo ele ia me ensinando umas coisas. Ele esperou eu dizer que já podia. Eu já sabia bastante, sabe. Meu pai era auxiliar de cozinha e me ensinou a cozinhar e desde nova, eu já cuidava da casa. Com 10 anos, eu já sabia manter uma casa em ordem, lavava, passava, cozinava, fazia tudo direitinho.” *Mas e você já sabia coisas sobre sexo?* “Quando casei? Não, mas meu marido ia me contando.” (S.F.S., 20 anos)

“Saber bastante” significa saber cuidar de uma casa, lavar, passar, cozinhar, ou seja, reproduzir o papel tradicional da mulher voltada para o lar. S.F.S. sente-se orgulhosa ao contar que já sabia cuidar da casa aos 10 anos de idade, o que

demonstra como a mulher pode se apropriar desta imagem de esposa e mãe, reproduzindo a relação de comando-subordinação com o homem e promovendo um distanciamento das coisas que “não competem ao homem” (cuidados com a casa, comida e crianças). Para Luz (1982), esse relacionamento pode ser entendido através de um “pacto”: o homem cede parte do seu corpo aos cuidados da mulher (roupas, alimentação) em troca do comando do lar e da relação do casal (quando a mulher cede seu corpo nas relações sexuais). Este modelo se estrutura no século XIX formado pela estrutura ideológica da paixão e do amor eterno... E continua bastante atual. É interessante notar que, mesmo com todas as transformações na sociedade, o lar, a maternidade, o casamento e as relações homem-mulher não são questionados.

Outro elemento que se sobressai na fala de S.F.S. e que é recorrente em outros discursos é o fato de o período entre o início da atividade sexual e a primeira gravidez ser de aproximadamente um ano. Isso ocorreu com dois terços das informantes. A média de idade da primeira relação sexual foi de 17,1 anos e da primeira gestação, 18,8 anos. Isso indica que essas mulheres dificilmente utilizaram algum método contraceptivo regularmente durante o início da vida sexual e só vieram a fazê-lo depois do nascimento do primeiro filho.

*Mas você não cuidava e não tinha medo de engravidar? Não usava nem camisinha?* “Não usava nada! Eu não sei por que, mas eu achava que eu nem podia engravidar...” (A.F.S., 25 anos)

*E não tava usando nada quando engravidou?* “Não. A gente até usava camisinha.” *Toda vez?* “É...” *Quando lembrava?* “É... era quando lembrava! (risos) (M.C.S.S., 25 anos)

*Mas você já tava tentando engravidar desde que casou?* “Não... mais ou menos. Eu já tomava comprimido quando casei, mas eu tomava um mês sim, outro não, às vezes tomava tudo errado...” *Mas por que você fazia assim?* “Ah, é porque eu queria engravidar,” (R.E.S., 19 anos)

Por desconhecimento sobre métodos contraceptivos ou pelo desejo de ter filhos, essas mulheres não utilizavam métodos contraceptivos de modo efetivo - o que podia ser até mesmo proposital como relatou R.E.S. (“...tomava um mês sim, outro não, às vezes tomava tudo errado...”) ou de forma velada, como M.C.S.S. que usava a camisinha “quando lembrava”. Um estudo do Programa de Saúde do



Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo descrito por Takiuti (1996), demonstrou que entre 200 adolescentes com atividade sexual, apenas 5% utilizava algum tipo de contraceptivo. Isto mostra que não basta conhecer os métodos para poder usá-los. Para esta autora, a falta de maturidade emocional, sentimento de culpa pela sua sexualidade ativa, mito da virgindade e outros tabus impedem a utilização de contraceptivos e ainda, a maioria das meninas acredita que nada acontecerá. A possível gravidez é não planejada, mas raramente é indesejada – o que corrobora com a reprodução e manutenção dos papéis tradicionais femininos.

A iniciação sexual, em estudo realizado por Heilborn em 1999, ocorria entre os 15-17 anos, o que reflete a modernização dos costumes nas camadas médias urbanas se comparadas com a geração anterior, mas a prevenção e a contracepção permanecem um problema feminino (as mulheres são informadas, mas não se previnem). Esta média de idade vem se mantendo desde 1996, sendo reafirmada por Heilborn et al. (2006) através da pesquisa GRAVAD<sup>10</sup> sobre gravidez na adolescência, na qual a média de idade de iniciação sexual feminina foi de 17,9 anos. O exercício da sexualidade entre as entrevistadas da pesquisa supracitada só faz sentido quando ligado a estratégias matrimoniais e de integração em uma rede social. Mas controle familiar, a categorização moral do sexo e papéis tradicionais de gênero ainda não desapareceram.

Em todos os casos em que a informante engravidou antes de casar, a família recebeu a notícia com tranquilidade. O único caso que apresentou particularidades foi o de V.M.A.P., de 25 anos, em que a família dela a apoiou e não a obrigou a casar, mas a família do namorado teve uma reação inusitada: o pai foi “tirar satisfações” com a família dela.

---

<sup>10</sup> O projeto *Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil* (Pesquisa GRAVAD) foi elaborado originalmente, por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, Paris), Estela Aquino (MUSA, UFBA) Daniela Knauth (NUPACS/UFRGS) e Ondina Fachel Leal (NUPACS/UFRGS). A pesquisa está sendo realizada por três centros de pesquisa: Programa de Gênero, Sexualidade e Saúde, do IMS/UERJ; Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA; e o Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, da UFRGS. O grupo de pesquisadores compreende Maria Luiza Heilborn (coordenadora), Estela Aquino, Daniela Knauth, Michel Bozon, Ceres G. Víctora, Fabíola Rohden, Cecília Mc Callum, Tânia Salem e Elaine Reis Brandão. O consultor estatístico é Antonio José Ribeiro Dias (IBGE). A pesquisa é financiada pela Fundação Ford e conta com o apoio do CNPq.

*E como é que foi quando você ficou grávida? Qual foi a reação da tua família?* “Eu contei pra minha mãe e ela disse que ia contar pro meu pai. Eu falei que ela podia falar, mas eu queria estar longe. Fui pra casa de uma amiga. Depois, meu pai foi me buscar. Ele já sabia, não falou uma palavra no caminho e ficou três dias sem falar comigo. Daí, quando falou, disse que eu não precisava casar se não quisesse, que ele até registrava o nenê como se fosse dele. Sabe o que aconteceu daí? Eu falei pro M. que meu pai disse que eu não precisava casar se não quisesse. O pai dele era sargento e foi lá na minha casa armado falar com os meus pais pra fazer eu casar com o filho dele! Já viu isso? (risos) Foi ao contrário!”

A questão da honra aqui está deslocada: o pai do rapaz devia entender que, para que seu filho fosse respeitado como homem, isto significava que ele não deixaria de assumir a criança e nem deixaria desamparada a namorada grávida<sup>11</sup>. Portanto, ela não poderia negar-lhe esse “direito” (ou obrigação).

Casamento e maternidade podem ser valores centrais nos projetos de vida das mulheres que buscam uma vida familiar com apoio, segurança e companhia e, segundo Durham (1983), o que coincide com a interrupção dos estudos e acaba mantendo as mulheres no espaço privado. Muitas das mulheres desta pesquisa abandonaram os estudos porque ficaram grávidas, porque precisaram começar a trabalhar para auxiliar nas despesas da casa ou porque o pai não permitiu que continuassem os estudos.

“O pai era muito rígido, dizia que mulher não precisava ficar estudando pra lavar fralda. Minhas outras irmãs também não estudavam. Daí eu parei de trabalhar pra fazer o trabalho de casa. Minha mãe era benzedeira e tinha muito serviço. A casa aqui vivia cheia! Ela não dava conta e tinha que ajudar porque era isso que sustentava a casa. Mas minha mãe sempre me dava um dinheirinho.” (S.M.P., 50 anos)

“Foi quando eu fiquei grávida e eu não conseguia ir pra aula. Tinha muita preguiça, muito sono e enjôo, não agüentei. Mas eu quero continuar a estudar... quando o nenê ficar maior. Eu ainda quero fazer uma faculdade, arrumar um bom emprego.” (M.C.S.S., 25 anos)

---

<sup>11</sup> O fato de assumir publicamente uma gestação, ou seja, reconhece-la socialmente, faz com que uma tentativa de aborto seja condenável – o que recairia sobre a mulher, neste caso, que não quis aceitar um marido. Sobre o reconhecimento social de uma gravidez ver Leal & Lewgoy (2001).

“Fui só até o 1º ano do 2º grau. Mesmo quando eu soube que tava grávida, eu continuei. Eu tentei voltar depois que tive nenê, mas não consegui. Não consegui terminar por causa das crianças...” (V.M.A.P., 25 anos)

Entre as mais jovens é constante a idéia de retomar os estudos em algum momento no futuro e cursar uma faculdade – algo compatível com o discurso amplamente difundido em nossa sociedade, mas nem sempre passível de realização nos grupos populares. Mesmo entre as que possuem um menor grau de instrução, o retorno aos estudos é uma preocupação para conseguir um emprego melhor – ou, pelo menos, fazem questão de não deixar que as filhas deixem a escola, como o relato de V.M.O.

*Teus irmãos também pararam de estudar?* “Todos. São sete irmãos comigo. Nenhum terminou. Eu, com 13 anos já comecei a trabalhar. Trabalhava em casa de família. Nada muito pesado, mas passava a semana lá e vinha pra casa posar no fim de semana. Sempre trabalhei, assim a gente também ajudava a mãe, sabe, ela era de família muito pobre.” *Mas a tua filha, você quer que estude?* “Ah... ela sim. Também tá meio atrasada, mas faço questão que termine.” (V.M.O., 37anos)

O objetivo principal ao sair de casa, portanto, é formar o seu próprio grupo familiar, mas mesmo continuando a manter contato próximo com outros consangüíneos, quase a totalidade das informantes define “família” como seu parceiro e filhos e, quando muito, sua mãe.

*E quem você considera tua família?* “Minha família é meus filhos e meu atual marido.” (E.N.A.G., 43 anos)

*Quem você considera tua família então?* “Meu marido, meus filhos e meus pais. A família do meu marido tá num nível mais baixo...” (E.C.R., 22 anos)

*E você tem contato com a tua família?* “Só com o meu irmão. Não falo mais com eles. Fiquei muito magoada. Não é porque é família que é todo mundo bonzinho. Tem muita falsidade e a gente faz amizades melhor. Pra mim, não existe esse negócio de porque é família tem que aceitar... acho que é por isso também que eu penso muito na responsabilidade de ter filho. Você cria de um jeito e o mundo molda de outro e ainda tem mais a personalidade.” *Então, quem você considera que é tua família?* “Meu marido. Família é quem a gente pode contar.” (E.L., 28 anos)

Ter sua própria família funciona como uma forma de se desvincular da família de origem e isto não implica necessariamente em ter filhos, como no caso de E.L. A família assim é entendida como o modelo nuclear. Mesmo nos casos onde a casa e o terreno são compartilhados com outros parentes, eles não são considerados “família”. O que diverge de alguns estudos, como o de Victora (1991), no qual a maior proximidade espacial indica uma maior importância dos parentes e a família se define em contato com a unidade doméstica. Esta divergência pode ser explicada pelo fato das informantes desta pesquisa não pertencerem à classe de renda baixa, mas sim, consideradas, no geral, classe de renda média baixa<sup>12</sup>. Para estas mulheres, assim como para as informantes do estudo de Victora, ter seus próprios filhos complementa o que se entende como o “ser mulher”, pois a maternidade é central na vida dessas mulheres, mas passou a ser um desejo programado devido ao uso de métodos contraceptivos.

## **2.1. O significado da maternidade**

Mais do que um processo corporal, a gravidez e a maternidade, de acordo com Paim (2001), são condições para a realização da mulher como sujeito em um universo simbólico. A criação dos filhos é vista como uma tarefa “naturalmente” feminina e a mãe, segundo Moraes (1985) e Victora (1992), renuncia à sua autonomia pra se realizar no outro: a criança passa a ser uma extensão do seu eu. Quando as informantes foram questionadas se sempre pensaram em ter filhos e sobre o que significa ser mãe, elas expressaram a maternidade como algo que completa e dá sentido às suas vidas, ao mesmo tempo que uma tarefa de grande responsabilidade.

---

<sup>12</sup> Informação dada pela autoridade sanitária da unidade de saúde a partir dos dados sócio-econômicos da região.

*E você sempre quis ter filhos?* “Ah, sempre, mas eu só jogava [futebol] e não tinha tempo mais pra nada. Minha mãe cobrava de mim que eu tava ficando velha e que tinha que ter filhos logo.” *E você gosta de ser mãe?* “Gosto. Meus filhos são tudo pra mim, mas minha vida mudou.” *Mudou como?* “Ah, quando a gente é solteira assim não pensa nessas coisas, não tem tanta responsabilidade. Com filhos, a gente tem uma responsabilidade enorme porque eles dependem da gente pra tudo: pra comer, pra se vestir, é uma responsabilidade grande”. *Você acha que toda mulher tem que ter filhos?* “Eu acho que sim.” *Por quê?* “Ah, porque tem que ter... é assim.” (W.A.W., 37 anos)

*E você sempre quis ser mãe?* “Sempre, mas só esse. Não quero ter mais nenhum.” *E o que é ser mãe pra você?* “Ah, acho que é um negócio meio mágico que acontece na vida da gente. Filhos são um presente!” *E o que muda na vida?* “Muda tudo! Acabou a minha liberdade!” *E o que você acha de mulheres que não tem filhos?* “Minha vó já dizia que mulher sem filhos não é mulher madura. Eu concordo com isso. Não que não tenha mulher que não seja madura sem filhos, mas quando a gente tem filhos, amadurece mais... é diferente.” (S.F.S., 20 anos)

*E você sempre quis ser mãe?* “Sempre, só que não pensava que ia ser tão cedo (risos).” *E o que é ser mãe pra você?* “Nossa, não sei nem explicar, ser mãe é tudo! Eu não consigo imaginar minha vida sem meus filhos. Se fosse pra voltar atrás, eu ia fazer tudo de novo do mesmo jeito.” *E você acha que toda mulher tem que ter filhos?* “Ah, eu acho, é coisa da mulher isso. Homem não vai ter como passar por isso, né? (risos).” (E.C.R., 22 anos)

Ser mãe, para estas mulheres é “tudo”, é um “dom” ou um “presente”, algo mágico que ocorre na vida de uma mulher e que, ao mesmo tempo, tira sua liberdade e faz com que sua vida mude por completo. Concomitantemente, ser mãe é algo que faz parte do ser mulher e é o sonho de todas cumprir seu destino biológico. Algo que, só pelo fato de existir a possibilidade, as enaltece frente aos homens (“Homem não vai ter como passar por isso, né?”) e frente às outras mulheres que não têm filhos (“Minha vó já dizia que mulher sem filhos não é mulher madura. Eu concordo com isso.”). É preciso perfazer o ciclo da vida para estar “completa”.

Isto de dá porque o caráter ideológico da maternidade em nossa sociedade pode explicar a ambigüidade dessas falas: se por um lado, a maternidade é valorizada, por outro lado, não são dadas condições materiais para sua realização. E, em consequência dessa falta de condições materiais objetivas, a maternidade como prazer acaba sendo também um privilégio de classe. (SCAVONE, 1985, p. 43)

Sentimentos ambíguos e contraditórios de desejo e fardo também se manifestam na maternidade: as informantes descrevem os filhos como um presente, ao mesmo tempo que declaram que a vida muda e que acaba a liberdade e aumenta a responsabilidade. MacCormack e Draper (1987), em seu estudo realizado na Jamaica, também observaram que onde há poucos papéis economicamente significantes para homens e mulheres, sexo, nascimento e a educação de crianças são um modo alternativo de buscar status adulto e melhorar a identidade pessoal.

O entendimento sobre o que é ser mãe implica na eternização de ações e sentimentos, responsabilidade na educação dos filhos, dificuldade em conciliar as tarefas domésticas com as atividades profissionais – uma das maiores razões para justificar o fato de não trabalhar fora é justamente não ter com quem deixar as crianças. Desta forma, as mulheres se esforçam no cumprimento do que consideram seu papel e dedicam-se ao encaminhamento da vida doméstica e em manter a dinâmica familiar sob controle. Fonseca (2004) aponta que a mulher só se realiza plenamente quando possui sua própria família, sendo que o casamento deve trazer uma satisfação afetiva e um status respeitável.

Um estudo realizado por Hoga et al. (2000) sobre o papel das mães nas famílias de baixa renda, demonstrou que as mães assumem o papel de pessoa constantemente preocupada e zelosa pela felicidade dos filhos e essas funções são cumpridas quase que como uma obrigação (o que acarreta em culpa quando não há o cumprimento desse papel). A realização do papel materno é uma das grandes aspirações da vida dessas mulheres e tomam para si toda a responsabilidade, onde o direcionamento correto dos filhos espelha o próprio êxito pessoal. A existência destes ideais amplamente difundidos sobre a mulher e seu papel histórico de mãe e provedora de cuidados, segundo Russo (2006), é que definem o que é ser mulher e o que é ser uma boa mãe e permanece como uma questão moral crucial em nossa cultura.

Outras pesquisas, como Quintas (1986), MacCormack e Draper (1987), Victora (1992), Paim (2001) e Blanc (2001), demonstram o quanto o fato de ter filhos modifica o poder relativo de uma mulher em um relacionamento e na comunidade, pois ela passa por uma auto-afirmação como mulher e o obtém o reconhecimento disto na forma de respeito. É atribuído à mãe um status superior em relação à mulher que não tem filhos: as dificuldades enfrentadas no parto e na criação das

crianças fazem com que a mulher perceba-se como alguém especial – o que também encontra-se presente nas falas das informantes. Esta importância atribuída à maternidade na configuração da identidade do gênero feminino está ligada ao seu papel tido como biologicamente definido e, para sentir-se completa, a mulher deve ser mãe. Costa et al. (2006) afirmam que a ausência de filhos configura uma patologia e isto é concordante com os achados de MacCormack e Draper (1987), no qual a sexualidade é considerada “natural” e não ter filhos, pois uma mulher sem filhos é objeto de pena e a mulher é considerada vazia no sentido de que lhe faltam papéis e é definida como doente.

A maternidade portanto, faz parte das fases da vida de uma mulher que acontecem, segundo MacCormack e Draper (1987) e Victora (1991), na direção de um status social mais elevado: a primeira menstruação, a primeira relação sexual e a chegada do primeiro filho. Todo o processo é um misto de biologia e experiência social: estas fases estão ligadas à reprodução e são traduzidas na maternidade como uma condição social importante que complementa o sentimento de ser mulher.

Filhos, como o casamento, significam responsabilidade e esta relação é dada e não escolhida. Pais que criam e cuidam são merecedores de retribuição, sendo um sinal de ingratidão o não reconhecimento dessa contrapartida. Muitas informantes se referiram aos filhos como uma segurança para o futuro ou uma companhia: filhos nunca lhes faltarão, ao contrário do parceiro.

[...] os filhos vão estar sempre com a gente pro que a gente precisar. Não dá pra se imaginar sem filhos. Quando fica velho, é pra eles que a gente recorre, né. Se não forem os filhos...” (G.A.F., 18 anos)

“Acho que é importante pra você ter alguém. Filho nunca deixa a gente, sempre vai estar por perto quando você precisar.” (G.A.O., 19 anos)

“A vida sem filhos deve ficar vazia. Até uma certa idade é bom, depois que casa, mas pro futuro, acho que a gente tem que ter uns pequeninos pra cuidar.” (P.M., 24 anos)

Dos filhos é esperada uma retribuição, um amparo na velhice, uma segurança. Sarti (1996) afirma que as relações entre pais e filhos são as que estabelecem vínculos mais fortes e onde as obrigações morais são as mais significativas. É esperada uma retribuição que existe como compromisso moral. Para

essa autora, “A família como ordem moral, fundada num dar, receber e retribuir contínuos, torna-se uma referência simbólica fundamental, uma linguagem através da qual os pobres traduzem o mundo social, orientando e atribuindo significado a suas relações dentro e fora de casa.”(SARTI, 1996, p.63).

Verifica-se pois, que a identidade feminina parece estar mais associada à esfera doméstica, cujas tarefas estão vinculadas à própria condição feminina. O feminino é definido relacionalmente ao masculino que ocupa o espaço público e de forma hierárquica. Esta constatação suscita a discussão sobre a dominação masculina e a atribuição dos papéis sexuais na nossa sociedade. Os dados da pesquisa de campo aqui apresentados mostram que as mulheres pertencentes ao grupo em questão valorizam a maternidade e a consideram inerente ao fato de serem mulheres (algo descrito como “natural”, “que faz parte da mulher” e que “é o sonho de toda mulher”).

Segundo Ortner (1979) e Bourdieu (2005), são as transformações das diferenças anatômicas em representações que justificam as diferenças sociais. Esta desvalorização da mulher pode ser explicada através da corrente do determinismo biológico, na qual seus defensores afirmam que o macho é geneticamente dominante e que a maternidade é a experiência mais satisfatória da vida feminina. Mas estas diferenças só adquirem significado dentro de uma estrutura de valores culturalmente definidos.

Os discursos das informantes condizem com as observações destes autores de que o corpo feminino está relacionado aos processos naturais da reprodução da espécie e a sua consciência desta função faz com que ela aceite sua própria desvalorização e endosse o ponto de vista cultural. A consciência e o diálogo social fazem com que a mulher seja reconhecida como participante da cultura, mas em uma escala inferior ao homem. Esse processo social demarca os espaços público e privado como próprios para cada sexo – sendo o espaço privado considerado próprio da dita natureza feminina e o público, da masculina. Duarte (1986) também identificou o feminino subordinado ao masculino em seu estudo sobre as classes trabalhadoras urbanas. O homem é visto como o provedor e responsável pela respeitabilidade da família e a mulher, pelas atividades domésticas e o cuidado com o marido e os filhos. Estes papéis distintos permitem a reprodução social.



Como foi apresentado anteriormente, a maioria das mulheres entrevistadas não exerce atividade remunerada e dedica-se a cuidar da casa. Elas apontam a importância de ter um trabalho, mas continuam confinadas ao espaço doméstico na dependência do parceiro provedor. Portanto, o modelo da mulher voltada para o lar continua sendo reproduzido e as tarefas ditas “femininas” não são colocadas em questão – nem mesmo pelas informantes que exercem atividade remunerada que também assumem para si toda a responsabilidade do cuidado da casa e dos filhos.

Bourdieu (2005) relata ainda que não é possível pensar as categorias sexuais em si porque perde-se a cosmologia sexualizada, enraizada num corpo socializado e que é revestido de significação social. A divisão das coisas em masculinas e femininas recebe assim, sua necessidade objetiva e subjetiva através da inserção em um sistema de oposições homólogas. Logo, esta divisão entre os sexos está presente em todo o mundo social em estado objetivado nas coisas e é incorporada nos corpos e habitus dos agentes, funcionando como esquemas de percepção, pensamento e ação.

Este autor afirma que as próprias formas de pensamento através das quais pensamos e vemos o mundo também são produtos da dominação que são incorporadas pelas estruturas históricas da ordem masculina. Já Mariza Corrêa (1999) afirma que “o princípio da dominação, em qualquer sociedade, é acessível, em princípio, a ‘homens’ e ‘mulheres’ – se for socialmente necessário, politicamente desejável e economicamente ‘rentável’, ‘homens’ ou ‘mulheres’ podem, e sempre o fizeram, ocupar o lugar da dominação.” (CORRÊA, 1999, p. 49), o que refuta a idéia da universalidade da dominação masculina e nem sempre é condizente com a lógica ocidental.

As estruturas de dominação, para Bourdieu (2005), são um produto de um trabalho histórico incessante de reprodução que possui agentes específicos e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado. Ocorre a produção de habitus diferenciados segundo o princípio de divisão dominante e a ordem masculina se inscreve nas coisas e nos corpos através das rotinas da divisão do trabalho ou de rituais objetivos ou privados. As mulheres ainda são socializadas voltadas para o mundo privado, para o casamento e a maternidade e que pode ser justificado inclusive com base na crença religiosa, como demonstra o depoimento de J.S.M.:

“Ah, pra que mexer no que tá certo? É tudo tão certo... Deus fez o corpo da gente tão perfeito, não é mesmo? É da mulher...”.

O modelo mais “tradicional”, segundo o autor, encontra-se em categorias em que o casamento continua sendo, para as mulheres, um meio privilegiado de obter uma posição social – o que é concordante com outros estudos (QUINTAS, 1986; VICTORA, 1992; PAIM, 2001; BLANC, 2001; COSTA et al., 2006). A representação romântica não está isenta de uma forma de racionalidade que é, muitas vezes, amor ao destino social e assim, o efeito da dominação simbólica (de qualquer tipo) se exerce através de esquemas de percepção, de avaliação e ação constitutivos dos habitus e que fundamentam decisões de consciência e controles de vontade. Mas além do status, os dados desta pesquisa sugerem que as mulheres buscam no casamento a liberdade que não possuem dentro do grupo familiar. Para algumas das informantes, a gravidez foi a forma encontrada para atingir este objetivo, porém, uma vez realizado, elas assumem o controle da sua fertilidade e as gestações seguintes (se porventura vierem a acontecer) são cuidadosamente planejadas. Elas exercem o papel de esposa e mãe que lhes são designados, ao mesmo tempo em que os negociam.

Estas formas de pensamento e as percepções estão estruturados conforme as estruturas da relação da dominação que é imposta e os atos de conhecimento da dominação passam a ser atos de reconhecimento, de submissão.

Longe de as necessidades da reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e, progressivamente, de toda a ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, e particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e de suas funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente natural à visão androcêntrica da divisão de trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, a partir daí, de todo o cosmos. (...) ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada. (BOURDIEU, 2005, p.33)

Bourdieu deixa claro que não acredita que as relações de dominação sejam aceitas tão facilmente. Esta dominação é um exemplo da submissão paradoxal que é resultante da violência simbólica exercida por vias simbólicas de comunicação e de conhecimento. Esta relação social permite apreender a lógica da dominação que

é exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido através de alguma propriedade distintiva.

Françoise Héritier (em entrevista concedida a Szturman e Nascimento em 2004) também concorda com a idéia de que são as diferenças visíveis entre o masculino e o feminino que constroem o pensamento e que não há como negar o fator biológico porque deste fato é que surgem as formas de dominação. Esta autora relata que estão surgindo novas formas de romper com a dominação, a partir do momento que as mulheres obtiveram o controle sobre a sua capacidade reprodutiva com o uso dos anticoncepcionais.

Se o que determina a forma de ver o mundo são as diferenças anatômicas ou o olhar que já se encontra generificado, como defende Scott (1995) - onde a natureza está marcada por um olhar generificado e o próprio modelo masculino/feminino é uma construção social -, o importante é ter em mente que a dicotomia dominação-submissão não é uma “camisa de força”, mas que existem múltiplas combinações que permitem o exercício de autonomia.

O que a análise da diversidade cultural demonstra é a necessidade de dissolver a definição das relações entre homens e mulheres em termos da dicotomia dominação-submissão e começar a pensar numa complexa combinação de área de influência ou autonomia, de graus diversos de imposição e aceitação de autoridade real ou simplesmente formal. (DURHAM, 1983, p.19)

Concordante com este argumento, Fonseca (2004) afirma que, tendo em mente a existência de uma dominação masculina, ela pode destoar dos comportamentos observados em contextos concretos no que se refere a determinados assuntos. De acordo com Lindisfarne (1994, apud FONSECA, 2004, p.137): “A ideologia patriarcal pode ser incorporada nas vidas de homens socialmente dominantes, mas isto não quer dizer que todos os homens sejam patriarcas bem-sucedidos, nem todas as mulheres virginais e castas”.

Será que estas atitudes tradicionais são tão uniformes assim? Fonseca (2004) nos chama a atenção para este fato: existem situações em que as mulheres detêm considerável poder, apesar das relações entre cônjuges divergirem do que é esperado. Existe a impressão de que os homens estabelecem as regras e as

mulheres se submetem tranquilamente, mas o que se vê em campo são mulheres que podem ser menos resignadas e homens, menos dominadores.

Apesar de, muitas vezes, ser clara a diferenciação de papéis entre homens e mulheres, as representações não são apenas quadros normativos, mas instrumentos manipuláveis pelos usuários. As mulheres entrevistadas admitem que a mulher deve ser mãe para complementar sua identidade feminina, mas quando isto ocorrerá, em que situação e com que parceiro podem ser negociados: o papel a ser desempenhado e o habitus feminino são mantidos, mas existe a possibilidade de mudar de parceiro e usar métodos contraceptivos para o controle do corpo e da maternidade.

Bonnewitz (2003) discorre sobre como este princípio de conservação do habitus pode tornar-se um mecanismo de invenção e até mesmo de mudança, uma vez que as aquisições novas se integram ao habitus que está sempre se ajustando às necessidades das situações. Segundo este autor, “é o produto de nossa experiência passada e presente o que mostra que o habitus não é totalmente congelado.” (BONNEWITZ, 2003, p. 79). O habitus, segundo Reyes (2002), realiza uma seleção sistemática das informações novas que são reinterpretadas a partir de seus esquemas que pareçam mais adequados à realidade do agente, evitando questionar os conhecimentos prévios e uma possível crise. Como o habitus é aprendido com o corpo, ou seja, é incorporado, as reações a determinadas situações se dão a partir dos esquemas incorporados. As mudanças ocorrem, mas não alteram a estrutura: ter parceiro e filhos continua sendo importante, mas as mulheres podem demonstrar sua autonomia no que tange as escolhas reprodutivas e o controle da fertilidade.

Portanto, a “liberdade” na escolha da maternidade passa necessariamente pelo encargo das mulheres na utilização de métodos contraceptivos e, de acordo com Scavone (1985), é preciso refletir sobre o significado e o desejo da maternidade no universo estudado porque as condições de vida e a desinformação não são as únicas razões para que as mulheres utilizem os contraceptivos de forma diversa do que é preconizado pelo modelo biomédico.

Nos dias de hoje, a maternidade tornou-se uma escolha e um direito e a contracepção é uma das possibilidades de dizer não à maternidade como fato biológico irreversível. A reprodução, mesmo como opção, recoloca constantemente

a questão da família já que o casamento é, antes de tudo, conforme Loyola (1992), uma instituição que permite uma permanente exposição ao coito e ao risco de gravidez e isso ocorre sob pressões ideológicas e constrangimentos físicos e psíquicos.

O acesso aos anticoncepcionais permite, de certa forma, a contestação dos papéis familiares (mesmo com o fato de a reprodução envolver componentes psicológicos conscientes e inconscientes que influenciam na decisão de engravidar) e também ofereceram condições materiais para a liberação da sexualidade no que se relaciona à reprodução biológica, permitindo a dissociação entre o ato sexual e o ato reprodutivo. Conforme Moraes (1985, p.150), atualmente o que se tem “são pessoas tentando viver de maneira nova dentro de estruturas e instituições velhas. Além disso, dentro de cada um de nós, cresce o conflito entre nossos modelos e nossa realidade.” A sexualidade destas mulheres está em conflito entre os valores novos e os tradicionais. Essas mulheres usam contraceptivos antes e depois de terem os filhos e querem decidir sobre seu corpo e sua sexualidade (DANIEL et al., 1995). A reprodução, desta forma, deixa de ser representada como destino feminino para ser pensada como fenômeno passível de controle e decisão individual.

### 3. AS MULHERES E SEUS CORPOS

A gravidez e, por conseguinte, a maternidade são importantes formas de negociação para constituir alianças em grupos populares. A pesquisa realizada por Fachel, Leal e Guimarães (2001) observou que os métodos anticoncepcionais são usados de forma sistemática quando há uma estabilidade matrimonial ou quando a aliança já está constituída. Este fato também é consoante entre as informantes desta pesquisa: a quase totalidade das informantes faz uso do seu contraceptivo conforme a posologia, sendo que em apenas dois casos havia uma pequena variação que não chegava a comprometer o uso, como a variação de um dia para o início da medicação ou o uso de outro método concomitante.

Essas mulheres relataram usar o método como preconizado pelo profissional de saúde porque sabem que disto depende a eficácia, pois nenhuma delas deseja engravidar no momento.

*E você não usava nada?* “Nada, ia na sorte. A gente é boba mesmo quando é nova, eu já queria ter filho! Queria engravidar e meu marido dizia que não, que a gente precisava se conhecer melhor...”  
*Você não pensa em ter outro?* “Não sei, acho que o mundo tá muito difícil pra criar filho. Hoje eu não quero, pode ser que depois eu mude de idéia.”  
*E agora você não quer mais filhos então?* “Não. Tomo direitinho o remédio, não esqueço, deixo ali em cima da geladeira e tomo toda noite. A gente também usa camisinha junto de vez em quando pra não ter perigo.” (E.R.J.S., 23 anos)

*E você quer ter mais filhos?* “Não, já encerrei minha fábrica. Antes, eu até pensava em ter um casal, mas depois que eu tive ela e vi o trabalho que dá... vou ficar só nela mesmo. Numa dessas, mais tarde, quando ela ‘tiver maiorzinha e se eu tiver um emprego, pode ser que eu mude de idéia, mas por enquanto não.” (K.C.P., 21 anos)

*E você quer ter mais filhos? “Deus me livre! Meu marido fica falando que quer mais um, mas já pensou? Um pequeno, essa com quatro e a outra com oito? Nem pensar! Mas eu sei o que é isso: meu marido quer que eu tenha mais um filho pra eu ficar aqui presa dentro de casa! Claro que não! A vida é minha e quem decide quantos filhos eu vou ter sou eu! Às vezes eu fico pensando como a minha vida podia ser diferente se eu não tivesse engravidado tão cedo.” (V.M.A.P., 25 anos)*

As informantes desejam garantir a eficácia do método e reforçam que não podem esquecer de utilizá-lo, deixando-o em local de fácil acesso (“deixo ali em cima da geladeira e tomo toda noite”) e assumindo a decisão sobre o número de filhos (“já encerrei minha fábrica”, “a vida é minha e quem decide quantos filhos eu vou ter sou eu”). Até que ponto estas decisões são negociadas com o parceiro é difícil aferir nas entrevistas, mas o fato de tomarem a responsabilidade do controle da fertilidade para si, faz com que estas mulheres detenham uma parcela do poder no relacionamento com o parceiro.

A decisão pelo número de filhos e a utilização de contracepção efetiva vem alterando o padrão de formação das famílias que são acompanhados por mudanças na fecundidade da população. Entre 1970 e 1980, segundo Corrêa e Ávila (2003) houve declínio de 25% nas taxas de fecundidade em todo o país. O declínio, segundo Vieira (2003) seria explicado por uma combinação de fatores como aumento da renda per capita e urbanização, intensificação da proletarização, entrada da mulher no mercado de trabalho, contato com a mídia, aumento da escolarização e piora das condições de vida das famílias urbanas - o que tornou difícil realizar expectativas de consumo. “A taxa de fecundidade total que era 6,2 filhos por mulher em 1950 e 5,8 em 1970, diminuiu para 4,2 em 1980 e 3,5 em 1984. Segundo o IBGE, entre 1980 e 1990, a taxa de fecundidade total caiu para 2,8 e, em 2000, o registro foi de 2,44.” (VIEIRA, 2003, p.157). Berquó e Cavenaghi (2006) apresentam dados da PNAD<sup>13</sup> 2004 que confirmam a tendência em declínio da fecundidade no país: a média foi de 2,1 filhos por mulher e isto representa uma queda de 12,5% em relação ao último censo. As autoras apontam que este declínio vem ocorrendo também entre as mulheres com baixa instrução, o que leva a pensar que as mulheres estão buscando métodos mais efetivos para evitar a gravidez, independente de seu grau de escolaridade.

---

<sup>13</sup> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

Esta mudança na composição da família também se reflete na dinâmica dos relacionamentos, já que existe a possibilidade de rompimento de um relacionamento e a formação de outro com frequência. Por este motivo, as mulheres fazem questão de ter o controle sobre a sua fertilidade: o número reduzido de filhos proporciona maior mobilidade que possibilita a dedicação a alguma atividade profissional, além de maior liberdade sexual. Estas mulheres parecem tentar reproduzir o modelo tradicional de família enquanto conseguem, mas se a situação se torna desfavorável, elas não relutam em buscar outro relacionamento. Sem um controle adequado da fertilidade, isso não seria possível.

Maior parte das informantes já foi ao serviço de saúde decidida sobre qual método contraceptivo gostaria de usar e este foi escolhido baseado no conselho de amigas ou familiares que tiveram experiência prévia com o método. Este dado é compatível com o estudo realizado por Osis et al. (2004), no qual as mulheres que chegavam ao ambulatório de ginecologia já estavam decididas sobre os métodos anticoncepcionais que pretendiam usar. Entre eles estavam o DIU (59%), a laqueadura (54%) e a injeção (13%); o menos pretendido foi a pílula (3,2%). Os motivos que levaram a estas escolhas foram: a busca por um método mais seguro (28,5%) e livrar-se de efeitos indesejáveis (25,3%). Metade delas tomou conhecimento do método desejado por familiares, um quarto pelo médico, um quarto por amigos, vizinhos ou outras pessoas e a idéia de usar o método anticoncepcional foi da própria mulher em 39%. Quase a totalidade referiu se sentir à vontade para escolher o método. O estudo também mostrou que, mesmo sendo feitas ações educativas com enfermeira, as mulheres não usaram a oportunidade para fazer perguntas e nem sempre houve a preocupação de verificar a compreensão dos participantes quanto ao conteúdo comunicado por parte dos profissionais de saúde. Praticamente todas as mulheres que chegaram com o método anticoncepcional escolhido não mudaram de opinião após a ação educativa, o que leva a questionar o papel desta. Concluiu-se que a decisão da escolha envolve pessoas significativas e o papel do profissional de saúde é restrito.

Outro dado que chama a atenção entre as informantes da minha pesquisa é que elas relataram não discutir com o parceiro a escolha sobre o contraceptivo. Além disso poder representar para elas uma forma de autonomia sobre seus corpos, também corrobora para o fato de que as mulheres assumem para si a



responsabilidade sobre o controle da fertilidade. Na pesquisa realizada por MacCormack e Draper (1987) na Jamaica, das mulheres entrevistadas que disseram não querer mais ter filhos, 40% nunca discutiu contracepção com seu parceiro e muitas procuram aconselhamento de planejamento familiar sem o conhecimento deles. Isto corrobora com a pesquisa realizada por Fernandes (2003), em Pernambuco, na qual 40% das mulheres decidiram sozinhas sobre o método contraceptivo que escolheram usar. Esta omissão masculina reflete, portanto, uma estratégia de empoderamento por parte das mulheres com respeito ao controle da fertilidade e seu empoderamento frente ao mundo.

Daniel et al. (1995) ressaltam que é fundamental perceber que a contracepção permanece um problema feminino, uma vez que as mulheres acreditam ser responsáveis pelo controle do número de filhos porque elas os geram. As práticas da reprodução, deste modo, evidenciam a conjunção das concepções biológicas e sociais acionadas pela cultura: envolvem a reprodução da espécie e da própria sociedade. Conseqüentemente, a discussão sobre métodos contraceptivos – entendidos como biotecnologias - compreende um amplo espectro abrangendo todas as esferas das vidas social e reprodutiva.

Gutmann (2006), a partir de seu trabalho de campo no México, comenta que o fato de as mulheres participarem da contracepção em maior número do que os homens faz parte da chamada “cultura contraceptiva feminina”<sup>14</sup>. O autor argumenta que a pouca participação dos homens na contracepção é modelada por estruturas globais e ideológicas, influenciadas pela indústria farmacêutica transnacional, por agências de planejamento familiar nacionais, instituições religiosas e agências de ajuda multilateral. A preocupação secundária com os homens no que se refere à saúde reprodutiva não se dá apenas porque são as mulheres que engravidam, mas por razões sociais e políticas<sup>15</sup>. Existe um maior interesse, entre organismos internacionais, em uma melhora da saúde das mulheres em geral e a indústria farmacêutica desenvolve as formas mais modernas de contracepção – e as mais confiáveis – para as mulheres. Gutmann ressalta que os homens, por esta perspectiva, são vistos como portadores de uma hipersexualidade naturalizada e

---

<sup>14</sup> É válido ressaltar que os comentários de Gutmann são coerentes com a filosofia de saberes parciais comentada anteriormente. Ou seja, cada autor apresenta determinada visão que é legítima para o local estudado, não pretendendo possuir uma verdade universalmente válida.

<sup>15</sup> Interessante discussão sobre a inclusão de homens em pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade, ver Leal (1998).

portanto, são as mulheres que precisam recorrer a métodos seguros para se proteger contra essa “irresponsabilidade” masculina. Agrega-se a isso, o fato de que, muitas vezes, os próprios serviços de saúde indiretamente revelam sua preferência para que as mulheres assumam a obrigação da contracepção, seja pela facilidade (já que as mulheres freqüentam os serviços de saúde mais que os homens), seja por preconceito<sup>16</sup>, o que perpetua o modelo existente na sociedade. Este modelo acaba distanciando os homens dos cuidados referentes à paternidade e os libera da responsabilidade da prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis.

Uma possível forma de compreender isto é através do contexto social em que é feita a escolha de métodos anticoncepcionais e do entendimento da adequação do método novo dentro da gama dos já existentes. Simmons (1997) destaca que as novas tecnologias têm sido um modo importante de expandir o uso do contraceptivo e também de melhorar a qualidade de cuidados, através de uma grande escolha de métodos, mas só a disponibilidade do método em si não expande seu uso, nem suas características intrínsecas: é preciso prestar atenção aos contextos social, cultural, econômico e político que determinarão as relações entre as usuárias, a tecnologia empregada e o serviço de saúde. Este autor ressalta ainda que a significância dos efeitos colaterais dos métodos contraceptivos deve ser analisada dentro deste mesmo contexto.

O desenvolvimento da indústria farmacêutica e pesquisas científicas colocaram novos métodos no mercado nestes últimos anos, como adesivos transdérmicos, anéis vaginais, implantes subcutâneos, sistemas liberadores de hormônios intra-uterinos e novas gerações de contraceptivos hormonais orais, mas a aceitabilidade de tecnologias contraceptivas também depende de crenças culturais sobre o corpo e, no que se refere ao sistema reprodutor feminino, o conhecimento e a experiência sobre os anticoncepcionais em uma comunidade irão obviamente influenciar a disposição das mulheres para aceitá-los ou não (HELMAN, 2003). Esta concepção de corpo influencia, deste modo, a percepção das pessoas sobre como seu corpo funciona e a apresentação das queixas corporais, assim como influencia

---

<sup>16</sup> Blanc (2001) também é concordante com esse argumento de Gutmann, apontando que são poucas as escolhas contraceptivas para homens e afirma que os próprios serviços de saúde, muitas vezes, dão a entender aos homens que planejamento familiar é “coisa de mulher”. Segundo a autora, dos 58% dos casais no mundo que utilizam alguma forma de contracepção, 20% utilizam métodos que requerem a participação masculina.

as reações aos tratamentos médicos. A percepção e a identificação das sensações corporais são o resultado da experiência prática do cotidiano que é o eixo organizador destas sensações (VICTORA, 2001).

Estudos realizados por Simmons et al. (1997), como já citado anteriormente, revelaram que as características intrínsecas dos métodos contraceptivos por si não aumentam as escolhas das mulheres. A escolha de um método contraceptivo não dependeria apenas basicamente da sua eficácia, mas também da escolha individual (KLOETZEL, 1987). Mas esta idéia de “escolha individual” é questionada por Strathern (1992), que aponta que os produtos das novas tecnologias seriam uma espécie de hipertexto, ou seja, algo apresentado como uma rede de informações a serem exploradas e que suscitam escolhas durante esta exploração e esta aparente opção de escolhas é uma ilusão, uma vez que são dadas por outra pessoa. Mulheres usuárias de serviços de saúde também podem fazer opções quanto ao método contraceptivo que desejam usar, mas esta escolha, muitas vezes, se limita aos métodos disponíveis na rede pública e não se enquadra na idéia de “escolha individual”. Na realidade, segundo Scavone et al. (1994), são escolhas limitadas às formas de poder com as quais são confrontadas – como o poder econômico, masculino, médico, etc – que legitimam socialmente os métodos contraceptivos medicalizados.

Em Curitiba<sup>17</sup>, os métodos contraceptivos disponibilizados na rede fazem parte do Programa de Planejamento Familiar que existe desde 1989 – mas que só foi completamente implantado pela Secretaria Municipal de Saúde em 1999 (BOZA et al., 2005), o que coincide com a redução das taxas de fertilidade e de nascidos vivos na cidade. Quando foi lançado em 1989, o protocolo de planejamento familiar era um conjunto de normativas de como fazer uso dos métodos existentes, mas não havia uma disponibilização regular na rede pública. Provavelmente, a elaboração deste protocolo em 1989 foi um reflexo da elaboração da Constituição de 1988 que confere ao Estado a obrigação de assegurar os direitos reprodutivos do cidadão.

---

<sup>17</sup> A cidade de Curitiba, pelo Censo de 2005, conta com 1.757.903 habitantes e destes, 535.847 são mulheres na faixa de 15 a 49 anos. A taxa total de fertilidade no município que era 1,98 em 2000, caiu para 1,58 em 2004, seguindo a tendência geral do país. Já o coeficiente de natalidade manteve-se estável entre 1996 e 2000, mas diminuiu de 18,5 nascidos vivos por mil habitantes em 2000 para 14,8 em 2004 (BOZA et al., 2005). Entre os fatores que levaram a esta redução de crescimento estão o acesso e uso dos métodos anticoncepcionais, a urbanização e a melhora da escolaridade das mulheres – o que é concordante com os resultados a nível nacional.

Hoje, o programa oferece métodos como contraceptivos orais e injetáveis (mensal e trimestral), anticoncepção de emergência, DIU e preservativos, bem como programa de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) para a população.

Os métodos contraceptivos injetáveis mensais foram adotados pela Secretaria de Saúde em abril de 2001 devido a uma solicitação do Conselho Municipal de Saúde (inicialmente, foi direcionado para o uso em adolescentes). A Secretaria de Saúde examina demandas provenientes dos profissionais que atendem na área, dos conselhos locais de saúde, das conferências locais de saúde e dos conselhos municipais. A escolha da composição do método injetável adotado foi um consenso entre a Secretaria de Saúde, o Hospital de Clínicas e a Sociedade Paranaense de Ginecologia e Obstetrícia. O método injetável trimestral foi disponibilizado na rede pública em fevereiro de 2002 e também foi pensado inicialmente como uma opção para adolescentes, além de uma forma de contracepção logo após o parto.

Cabe aqui ressaltar uma diferença importante entre a composição dos métodos injetáveis. O injetável mensal (composto por enantato de noretisterona e valerato de estradiol) é administrado a cada 30 dias e promove um sangramento regular, mas não necessariamente próximo ao dia da administração. O injetável trimestral (composto por acetato de medroxiprogesterona 150mg) é administrado a cada 90 dias e não promove sangramento, ou seja, a menstruação cessa durante o período de uso do medicamento.

Entre as informantes, um terço delas utiliza contraceptivo hormonal oral (a pílula), um terço utiliza o método injetável mensal e um terço, o injetável trimestral. Interessante ressaltar que todas as que utilizam os métodos injetáveis utilizavam o contraceptivo oral anteriormente e relatam a mudança de método devido ao esquecimento e/ou efeitos colaterais, principalmente o enjôo.

*Você começou a tomar remédio, então, só depois que ganhou nenê?*  
“Primeiro, eu tomava o comprimido, mas eu esquecia demais. Daí fui no médico e pedi pra tomar a injeção.” (K.C.P., 21 anos)

“Eu já usava os dois juntos [preservativo e pílula] pra me garantir. Vivia esquecendo o comprimido! Tomava tão errado que, quando resolvi parar de tomar pra engravidar, não levou nem um mês!” (P.M., 24 anos)

“Sempre tomei pílula.” *Desde o primeiro [filho]?* “Desde o primeiro”. *Mas quem te deu o remédio?* “Ninguém, fui numa farmácia e comprei. Mas tomava assim: um dia, aí esquecia 2 ou 3, acabei engravidando. Não tem jeito, não gosto de tomar remédio. Tenho nojo de pílula.” *Como assim nojo?* “Ah, sei lá, fico enjoada, não consigo tomar remédio todos os dias. Parece que fica parado aqui na garganta indo e vindo” *Mas a pílula do anticoncepcional é tão pequenininha!* “Eu sei, mas é com qualquer remédio, acho que é porque eu tenho gastrite. Fui no médico e ele me passou omeprazol pra tomar.” *E melhorou?* “Melhorou um pouco. É que eu também me esqueço de tomar o omeprazol (risos)! Aí minha prima me falou da injeção. Eu fiquei sabendo de uma de 3 meses, mas fiquei com medo de engordar demais. Tô tomando essa que ela toma (Perlutan)”. *E com essa você se dá bem?* “Ah, uma beleza, não preciso pensar em nada, em horário, é só tomar. Não sinto nada.” (J.D.C., 27 anos)

A atribuição de nojo à pílula anticoncepcional é recorrente entre as mulheres que usam este método, assim como o enjôo e o esquecimento freqüente. Rodrigues (2006) explica que, ao discutir o nojo, está-se lidando mais com processos simbólicos que naturais, já que o corpo é um sistema simbólico que carrega uma mensagem, onde os processos fisiológicos resultam em processos sociológicos. Portanto, segundo este autor, as codificações do corpo condensam as codificações sociais e os signos corporais são significados de elaboração secundária, com nova ordenação, com novos propósitos. Assim, vomitar e enjoar não é uma simples perturbação do aparelho digestivo, mas algo significativo das oposições entre natureza e cultura, interior e exterior, aceitação e recusa, e assim por diante. Apesar da maior liberdade sexual proporcionada pelos anticoncepcionais, pode-se pensar que, para algumas mulheres, surjam sentimentos ambíguos em relação à sua vivência da sexualidade: o papel tradicional da mulher voltada para o lar e mãe de família pode não ser de todo compatível com essa liberdade. O fato de tomar o comprimido anticoncepcional diariamente pode ser uma forma de confrontá-las com a própria sexualidade – algo que ainda é bastante controverso por envolver sentimentos de prazer em oposição à sacralidade da maternidade e da família. O uso do anticoncepcional injetável, por ser administrado uma vez ao mês ou a cada três meses, propicia um distanciamento desta relação e a segurança que estas mulheres buscam (“... não preciso pensar em nada, em horário... é só tomar”, “assim não tem mais perigo de esquecer”), além de não apresentar a sintomatologia digestiva que ocorre com o contraceptivo oral.

O fato observado durante a pesquisa de campo, a respeito da grande demanda por métodos injetáveis, foi confirmado através das planilhas de dispensação de medicamentos cedidas pelo Distrito Sanitário Boa Vista (região em que se encontra a Unidade de Saúde Santa Efigênia). Tais planilhas mostram que em metade das unidades de saúde do distrito sanitário (que são 16), a quantidade de métodos injetáveis dispensados às usuárias é igual ou superior à quantidade de anticoncepcionais orais. Esse movimento vem sendo acompanhado pela Secretaria Municipal de Saúde que informou que há um ano vem observando um aumento considerável na demanda de injetáveis que se equipara à dispensação de contraceptivos orais, mas não existem dados oficiais disponíveis.<sup>18</sup>

Mesmo assim, pode-se observar o aumento no consumo de injetáveis no município através da tabela abaixo, que corresponde à distribuição do almoxarifado da Secretaria de Saúde às Unidades de Saúde:

TABELA 1 – QUANTIDADE DE CONTRACEPTIVOS ORAIS E INJETÁVEIS, PRESERVATIVOS E DIUs DISTRIBUÍDOS ÀS UNIDADES DE SAÚDE

<b>MATERIAL</b>	<b>1º SEMESTRE - 2006</b>	<b>1º SEMESTRE - 2007</b>
Contraceptivos orais	119.514	99.472
Contraceptivos injetáveis	43.842	58.301
Preservativos	1.298.292	1.384.372
DIU	1.367	1.287
<b>TOTAL</b>	<b>1.463.015</b>	<b>1.543.432</b>

Fonte: Coordenação de Recursos Materiais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, julho de 2007.

Tal distribuição de medicação provavelmente não corresponde ao número real utilizado pelas usuárias, pois observei inúmeras vezes durante a pesquisa de campo, que a medicação injetável terminava antes que chegasse o dia da entrega do pedido feito ao almoxarifado, o que fazia com que as usuárias tivessem que recorrer a uma farmácia para comprá-la. Chama a atenção o aumento da demanda

<sup>18</sup> A Coordenação de Recursos Materiais informou que os dados sobre a distribuição de medicação para usuárias são disponíveis somente nos Distritos Sanitários, mas que, em breve, será concluída a instalação de um programa na Secretaria de Saúde que permitirá conhecer a real distribuição de medicamentos aos usuários a nível municipal.

de contraceptivos injetáveis no período de um ano, que corresponde a um aumento de mais de 30%. Este fato também se reflete na planilha de custos da secretaria, uma vez que um método injetável custa mais que uma cartela de pílula anticoncepcional. A pesquisa de Barroso e Corrêa (1995) já demonstrava a preferência das usuárias por métodos de longa duração pela vantagem da não tão grande dependência da disponibilidade de serviços médicos para conseguir os contraceptivos, principalmente no caso dos injetáveis trimestrais e por não correrem o risco de esquecer a medicação – o que garante um controle mais efetivo da fertilidade.

Outras pesquisas que abordam a utilização de métodos contraceptivos por mulheres mostram os mais variados resultados. Entre os métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres da pesquisa de Victora (1991) estão os anticoncepcionais orais, o DIU, a ligadura tubária ou “a sorte”<sup>19</sup>. Entre suas informantes, uso do anticoncepcional oral nem sempre ocorreu de forma regular, pois elas referiam mal estar, enjôo, tonturas, alterações no volume da menstruação, insatisfação de estar interferindo com um elemento ‘artificial’ desconhecido em um processo corporal natural e outras referiam uma rotina diária incompatível com a utilização da pílula. Quanto ao DIU, as mulheres expressaram o medo de colocá-lo dentro do corpo por não saber aonde ele vai.

Fernandes (2003) mostra que as mulheres de classes populares estudadas têm um ciclo reprodutivo que se inicia e termina mais cedo, restringindo a quantidade de filhos: o encerramento do período é garantido pela perspectiva de esterilização e o intervalo do ciclo reprodutivo é definido pelas decisões médicas. Os métodos mais utilizados entre as suas informantes foram a esterilização e a pílula; os métodos de barreira eram em geral desconhecidos. A camisinha é o mais utilizado, mas está associada às DSTs e seu uso como contraceptivo é limitado e o DIU quase nunca era utilizado e sempre tinha concomitantemente aspectos negativos associados.

Para Moreira e Araújo (2004), a escolha de métodos está relacionada aos valores e modos de vida. Os preferidos entre as suas informante foram o DIU, a pílula, a camisinha masculina e o injetável. Nota-se que, aqui, os injetáveis já

---

<sup>19</sup> A gravidez é um risco, algo que existe dentro de um universo de possibilidades aleatórias (LEAL, 2001).

aparecem na preferência das usuárias – resultado provável da sua disponibilidade no sistema público de saúde na época da pesquisa.

Já as pesquisas médicas sobre contraceptivos focam principalmente o conhecimento e uso prévio de contraceptivos e sua relação com dados sócio-econômicos (VIEIRA et al., 2001); a adequação do conhecimento sobre métodos contraceptivos entre as mulheres e a adequação do método do ponto de vista médico (isto é, se a usuária apresentava ou não alguma contra-indicação para seu consumo) (ESPEJO et al., 2003), a qualidade da assistência médica ambulatorial, motivos que levam à descontinuação do método (principalmente, efeitos colaterais e falha de uso) (LEITE, 2003; DIAS-DA-COSTA et al., 2002), a descrição dos métodos com suas vantagens e desvantagens do ponto de vista clínico (SCHIAVO et al., 1999) e as futuras tendências no mix de tecnologias contraceptivas BONGAARTS e JOHANSSON, 2002).

Estas pesquisas também consideram que o método contraceptivo ideal para evitar a gravidez é o que une eficácia, menor índice de efeitos colaterais e satisfação da usuária - o que não está necessariamente associado a outras formas de viver e experimentar estes métodos. Estas pesquisas não partem do pressuposto de que é possível que diferentes grupos tenham visões diversas sobre este processo. A ênfase na eficácia levou ao desenvolvimento de métodos de alta tecnologia, longa duração e dependentes do provedor. Esta preferência por alta tecnologia faz parte da tendência geral da medicina e próprio conceito de eficácia já foi revisado: existe a eficácia do método (em condições ideais) e eficácia do usuário (nas situações humanas concretas) (BARROSO e CORRÊA, 1995).

A caracterização do conhecimento e uso de anticoncepcionais entre as mulheres também foi pesquisado por Schor (2000) que constatou que, quanto mais cedo inicia a vida sexual, menor a chance de usar um método anticoncepcional, mas com o tempo, há um aumento no nível de conhecimento dos métodos anticoncepcionais. As mais jovens preferem métodos reversíveis e a partir dos 30 anos, as mulheres optam por métodos definitivos. Das entrevistadas, 28% optaram por um método por achá-lo mais seguro e 27,8% por achá-lo mais prático e 9,6% trocaram a pílula por outro método. O problema deste estudo é que o conhecimento dos métodos é restrito ao fato de já ter ouvido falar ou não e não se avalia a qualidade desse conhecimento. Provavelmente, este “aumento de conhecimento



sobre anticoncepcionais” citado logo acima refere-se à quantidade de métodos anticoncepcionais com que uma mulher está familiarizada.

Quando solicitadas a elencar os métodos contraceptivos conhecidos, a maioria das informantes de minha pesquisa citou grande parte dos métodos disponíveis no mercado, incluindo os de última geração como o adesivo transdérmico e o anel vaginal. O maior número das informantes relatou que não usaria o dispositivo intra-uterino (DIU), principalmente por relatarem experiências mal sucedidas com pessoas conhecidas (como dores, gestações com o método, histórias de que o dispositivo teria nascido com a criança, temor que ocorram hemorragias) ou por considerá-lo um corpo estranho no organismo (pela impossibilidade de vê-lo, temor que incomode durante as relações sexuais).

A esterilização é vista como uma opção segura e é almejada pelas mulheres (BERQUÓ, 1993). Entre os principais motivos que levam as mulheres a preferi-la estão as dificuldades financeiras para criar os filhos, a segurança do método e a crença no menor prejuízo à saúde. Esta autora afirma que o processo de esterilização já faz parte de nossa cultura e que para as brasileiras, a laqueadura funciona como tábua de salvação. Este procedimento também está presente nos planos de algumas informantes.

“Eu queria mesmo é fazer laqueadura, mas meu marido não quis. Eu tive minha menina e queria ficar só nela, mas aí, minha mãe começou a me encher que tinha que ter outro, que tinha que ter outro, que ter um filho só não prestava, porque quem tem um filho só, não tem nenhum, aquelas coisas. Aí, resolvi ter outro. Quando eu for no médico a próxima vez, eu vou falar com ele da laqueadura.” *E você falou isso pro seu marido?* “Ainda não... (risos)” (W.A.W., 37 anos)

“Teve um tempo que eu tomava comprimido, depois que minha filha nasceu, mas tomava um mês sim, depois esquecia. Mas hoje eu não quero ter mais filho. Eu queria mesmo é operar. Me falaram pro meu marido fazer a vasectomia, mas eu é que quero fazer porque eu não quero mais ter filhos, nem com ele e nem com outro se a gente se separar. Se ele quer fazer, é decisão dele, mas daí se a gente separa, eu não fiz e daí? Sou eu que não quero mais filho. Se ele quiser ter mais algum depois, a decisão é dele.” (P.M., 24 anos)

“Depois que eu tiver meu menino. Aí, encerro. Minha tia engravidou com a laqueadura. Mas acho que foi daquelas que só amarra, depois que nasceu minha prima, daí ela fez de novo mas daí cortou mesmo.” *E você pretende fazer mesmo?* “Ah, sim, uma beleza, não precisa mais se preocupar com nada.” (J.D.C., 27 anos)

Existe a crença entre algumas mulheres de que a laqueadura é um procedimento temporário e que possui duas modalidades: amarrar ou cortar. Sendo que a de “cortar” é entendida como definitiva. Entre as informantes de Daniel et al. (1981) foi relatada a duração de sete anos para a laqueadura de “amarrar”, mas esta afirmação não foi constatada nesta pesquisa<sup>20</sup>. O que foi relatado por minhas informantes, principalmente pelas mais velhas (e que é concordante com o estudo acima citado) é que a laqueadura pode ser responsável por mal estar no período da menopausa. Daniel et al. (1990) afirmam que, ao mesmo tempo em que a laqueadura libera a mulher da função reprodutora, ela também pode ser associada à perda da função feminina.

Deve-se também observar através destes relatos que, em momento algum, elas citam que a decisão de fazer a laqueadura foi discutida com o parceiro. Muito pelo contrário, esta parece ser uma decisão somente delas da mesma forma que a decisão pelo método contraceptivo – o que leva a questionar se a laqueadura não é posta em discussão porque é considerada um método como outro qualquer ou porque pertence ao domínio da reprodução, entendido como feminino.

A maioria das mulheres revelou um desconhecimento sobre a ação dos métodos contraceptivos, mas elas apresentam grande interesse em aprender e discutir sobre contracepção. Quando indagadas sobre como o seu contraceptivo impede a gravidez, as respostas variam desde o impedimento da ovulação até a ação direta sobre os espermatozóides. Maior parte das informantes que utilizam o contraceptivo oral relataram que ele impede a ovulação.

*E o que o teu comprimido faz que você não engravida?* “Eu acho que ele não deixa o óvulo sair do ovário. Tanto ele como a injeção.” (K.C.M.P., 24 anos)

---

<sup>20</sup> Esta pesquisa não dispõe de dados suficientes a respeito da concepção das informantes sobre a laqueadura tubária – algo que, com certeza, pode render uma pesquisa futura devido ao potencial interpretativo de termos como “cortar”, “amarrar” ou “desligar”. Duas das minhas informantes citaram tais termos e que tenho conhecimento dessas crenças através da minha experiência profissional.

“Eu acho que ele não deixa os óvulos saírem, daí não entram em contato com o espermatozóide e não engravida.” *E como ele chega lá?* “Deve ser pelo sangue. Tô muito errada?” (G.A.O., 19 anos)

“Nesses 21 dias que toma o remédio não engravida e quando pára os sete dias que menstrua, o óvulo sai. Se não tomar o remédio no dia, o óvulo sai e pode engravidar.” *Quer dizer que nessa pausa do remédio pode ficar grávida?* “Pode. Eu não tenho relação nesses dias.” (M.C.S.S., 25 anos)

Mesmo sem saber exatamente como o comprimido age, estas mulheres concordam que de alguma forma ele não permite a ovulação – informação esta que provavelmente foi adquirida, em alguns casos, em aulas de educação sexual ou através do médico. Chama a atenção o fato de terem sido as mulheres que usam o anticoncepcional oral que tenham dado esta resposta e isso ocorre provavelmente porque elas sabem que, se não tomarem a pílula em dia e horário definidos elas podem ovular e, conseqüentemente, engravidar. Entre as informantes que usam o contraceptivo oral, nota-se que elas o preferem por conseguir manter um maior controle sobre a contracepção e a concepção, uma vez que elas podem suspender a medicação conforme desejem.

Apenas duas das usuárias de contraceptivo oral deram respostas diversas: uma afirmou que o comprimido “mata” os espermatozoides e a outra que ela “fecha o útero” e não deixa que os espermatozoides passem. O útero “aberto” propicia a procriação e, portanto, um método efetivo deve “fechá-lo”.

O conhecimento, de acordo com Leal (2001), é relativizado e são usadas outras referências que são mais significativas e que ordenem a lógica da reprodução. Ou seja, o referencial são as práticas cotidianas que envolvem as representações sociais sobre o corpo e que negociam constantemente o discurso biomédico. Conforme Paim (2001), é característica da cultura popular tomar elementos de outros universos para compor uma visão de mundo e esta construção deve ser considerada em sua especificidade.

Esta negociação de significados fica bem evidente no caso das mulheres que utilizam o contraceptivo injetável. Uma vez que todas faziam uso do contraceptivo oral inicialmente, elas precisariam encontrar novas explicações para justificar a eficácia do método. Apenas quatro informantes afirmaram que os métodos injetáveis

impediriam a ovulação da mesma forma que o método via oral. A maioria atribui ao injetável um efeito de barreira.

*E como é que o remédio pra não engravidar funciona?* “Bom, o comprimido cai no estômago e vai direto pro útero e pros óvulos. A injeção eu tomo na bunda, então, eu acho que ela vai pro corpo todo e daí chega nos óvulos.” *Mas o que ela faz nos óvulos que não engravida?* “Eu acho que é mais tipo uma proteção em volta dos óvulos, daí o espermatozóide não chega lá.” (S.F.S., 20 anos)

“Ela tem hormônios na composição química. Agora eu não sei. Ou forma uma barreira que protege o óvulo ou elimina o espermatozóide que não fecunda.” *Mas você acha que o óvulo chega a sair dali?* “Acho que o óvulo sai, mas não consegue fecundar, por isso que às vezes acontece de engravidar tomando remédio.” (E.L., 28 anos)

“Eu acho que eles fazem tipo uma proteção, uma barreira e daí o espermatozóide não consegue passar. Ele morre ali.” *E como é que o remédio chega até lá?* “O comprimido chega ali direto pelo estômago.” *Quer dizer que tem uma comunicação aí no útero com o estômago?* “Isso. Daí o comprimido cai ali direto.” *E a injeção?* “O hormônio da injeção chega no útero pelo sangue e faz a barreira.” (E.R.F.M., 46 anos)

Pode-se ver aqui alguns elementos do discurso biomédico como o fato da existência de hormônios na composição química do medicamento e que ele circula no organismo através da corrente sanguínea. Mas à injeção é atribuído o efeito de proteção ou barreira, na forma de “uma camada que protege” ou “uma barreira que protege o óvulo”. Este efeito de barreira está provavelmente associado à concepção de os medicamentos na forma injetável são mais “fortes” e, portanto, mais eficientes – uma classificação que ocorre baseada na rapidez e intensidade dos seus efeitos. Lefèvre (1991) afirma que a morfologia do significante do medicamento – isto é, a forma de administração – interfere no seu sentido. O que explica o fato de, popularmente, a injeção ter maior poder de cura que o comprimido<sup>21</sup>.

Este mesmo autor destaca que, entre os consumidores de medicamentos, existem desde os indivíduos que desconhecem totalmente a natureza do medicamento até aqueles que apenas sabem que o medicamento é um produto químico sem saber o que isso quer dizer, como no caso das informantes. O

<sup>21</sup> Muitas mulheres referem-se à injeção anticoncepcional como “vacina”. Tal denominação não foi observada entre as informantes, mas a observei inúmeras vezes na prática clínica. O termo “vacina” também evoca o sentido de proteção, além de, provavelmente, dar menos visibilidade ao exercício da sexualidade.

medicamento é considerado algo que, quando utilizado, é responsável pelo não sintoma – neste caso, a gravidez – e corresponde ao saber científico materializado. Tem-se o seu consumo como cultura e como ciência, na forma de uma crença na ciência, no médico, na medicina, mas o modo como isso é interpretado para que adquira significado, passa pelos referenciais do usuário.

Da mesma forma, as opções contraceptivas disponíveis para estas mulheres propiciam diferentes concepções sobre o corpo e seu funcionamento. Frente a uma nova via de administração, como os injetáveis, estas concepções passam a ser constantemente negociadas e explicações são elaboradas ou reforçadas para produzir significados coerentes com este novo padrão, principalmente no que tange o significado da menstruação e a possibilidade de suspendê-la ou não.

Quanto à transformação de determinados significados, Sahlin (2003), ao discorrer sobre o funcionamento dinâmico da cultura e como ela é produzida na ação, afirma que é na dinâmica entre a estrutura, a atualização (pela linguagem) e os significados que são negociados cotidianamente, que pode ocorrer a transformação. Ou seja, as práticas podem gerar outros esquemas conceituais que levam a uma reelaboração das categorias e a uma conseqüente transformação estrutural. Ele salienta ainda que a ação, a comunicação social e encontros contraditórios colocam em risco os significados que podem, então, sofrer mudanças.

Douglas (1991) também declara que, ocasionalmente, precisamos modificar a estrutura de nossas suposições para comportar nossas experiências e que, quanto mais compatível for a experiência com o nosso passado, maior a confiança em nossas suposições. O que não se encaixa nesse esquema é ignorado ou modificado. As informantes desta pesquisa, desta forma, vêm buscando significados que reforcem a presença da menstruação ou que justifiquem sua supressão através da medicação contraceptiva escolhida.

### **3.1. Menstruação: sangria inútil ou equilíbrio com a natureza feminina?**

As ciências biológicas garantem que o sangramento mensal da mulher é algo “natural”, mas este modelo sustentado pelas ciências biomédicas, onde se inclui o conhecimento científico sobre a menstruação, é um desenvolvimento relativamente recente, já que até o início do século XX, os conhecimentos sobre o corpo da mulher

não vinculavam a menstruação à procriação (SARDENBERG, 1994). Os avanços da biomedicina, por mais “científicos” que sejam, não romperam de todo com a noção de senso comum ou se colocaram além dos limites da cultura.

[...] não seria exagero afirmar que, em se tratando de seres humanos, nenhum fenômeno do seu ciclo vital é vivenciado como puramente biológico, uma vez que é próprio às sociedades humanas atribuir a todos significados, assim como definir formas de comportamento, atitudes ou atividades culturalmente específicas. (SARDENBERG, 1994, p. 320)

A menstruação, portanto, é mais do que um fato biológico porque apresenta dimensões sociais e culturais e o entendimento às vezes diverso dos significados do período menstrual e do período fértil, conforme Leal (2001), gera conseqüências sobre a escolha e o uso de contraceptivos, podendo levar a práticas consideradas equivocadas pelo modelo biomédico e que são independentes da disponibilidade dos métodos ou do acesso a informação sobre eles. O que gera, como demonstram alguns estudos, uma discordância entre o discurso médico e as práticas contraceptivas em grupos populares no Brasil (VICTORA, 1991, 2001; LEAL, 2001).

Nesse sentido, as questões que se colocam no âmbito da Antropologia Médica são muito mais complexas: não se trata de produzir mais informações ou veiculá-las por outros canais (a legitimidade do médico não está em jogo) ou de dar acesso efetivo à população a diferentes métodos contraceptivos, uma vez que, de um modo geral, estes métodos já estão disponíveis. O que se faz necessário é buscar a lógica que ordena tais representações a respeito do corpo e da reprodução. (LEAL, 2001, p.17).

Os comportamentos humanos e suas práticas, incluindo aqui as reprodutivas, são guiados pelo que Lock et al. (2000) definem como estilos de pensamento e, para compreendê-los, é preciso relocá-los do indivíduo para as instituições sociais, tecnologias e práticas através dos quais os indivíduos interagem uns com os outros e com elementos contidos no mundo.

As práticas, como definidas por Bourdieu (1985), são produzidas pelo habitus e são as estruturas objetivas das quais elas são produto que são prolongadas em estruturas dentro das quais elas funcionam. A avaliação prática da probabilidade de sucesso de uma ação dada numa dada situação traz uma série de saberes, dizeres,

lugares comuns, preceitos éticos e os princípios inconscientes do ethos que, sendo produto de um processo de aprendizagem dominado por um determinado tipo de regularidades objetivas, determina condutas razoáveis ou não para todo agente subjetivado a aquelas regularidades. O que significa que uma socialização bem sucedida provê instrumentos de ordenação de mundo que organiza as práticas através de um sistema de significados. Assim, as representações do corpo, seus processos e as práticas relacionadas a ele são construções sociais significativas para determinado grupo. Portanto, para entender os diversos significados atribuídos pelas mulheres aos seus corpos e suas funções, isto é, a lógica subjacente, é necessário ter uma visão mais ampla do contexto em que elas vivenciam suas experiências.

A forma como é experienciada a menstruação ocupa um lugar central na tomada de decisões das mulheres com relação ao tipo de método contraceptivo a ser escolhido. As mudanças nos padrões de sangramento menstrual, segundo Bongaarts & Johansson (2002), interferem na popularidade e aceitação dos métodos contraceptivos, uma vez que isto depende de uma mudança de atitude das mulheres frente à menstruação. Estes autores afirmam que nos países do norte da Europa, as atitudes das mulheres com relação à menstruação têm mudando rapidamente, também entre as mulheres mais jovens - para as quais a menstruação é considerada um incômodo. Mulheres com maior grau de instrução também aprenderam que o sangramento mensal produzido pelos contraceptivos orais é causado pela descontinuação da pílula e que este sangramento pode ser manipulado conforme sua vontade; a menstruação para estas mulheres também é considerada como algo que limita a mobilidade e a vida social. Estes autores, portanto, sugerem que a liberação das mulheres da menstruação será provavelmente lenta e seguirá os melhoramentos na educação e a disponibilidade de métodos que suprimam o sangramento com segurança.

Entre as informantes deste estudo, todas as que apresentam sangramento regular provocado pelo anticoncepcional, seja ele contraceptivo oral ou injetável mensal, concordaram que a mulher deve menstruar, mesmo não considerando que isto seja algo agradável.

*E você gosta de menstruar?* “Não, acho que ninguém gosta.” *Se te oferecessem um remédio pra não menstruar mais, você tomaria?* “Acho que não, não gosto, mas é normal de toda mulher. Tem que sair toda aquela sujeira de dentro da gente. É sangue sujo.” *Como assim?* “Ah, é tudo o que não usou pra fazer filho que tá saindo, os óvulos do período fértil, eles saem por ali, pela menstruação.” (G.A.F., 18 anos)

“Menstruar é um bem, né?” *E por que você acha que a menstruação é um bem?* “Ah, não sei, acho que limpa o organismo e também eu acho que eu inchei porque a menstruação não vinha. Depois que mudei pro comprimido, eu já emagreci 3 quilos.” *Você gosta de menstruar?* “Gostar, não, mas eu não ligo e não tendo cólica...” (K.C.M.P., 24 anos)

*Você acha que tem que menstruar?* “Mas não tem!?” (risos) Ah, mas depois você vai me falar, não vai (risos)? Eu acho que tem que menstruar sim, é uma espécie de limpeza. Eu tenho umas amigas que tomam essas [injeções] de três meses. Mas eu acho que faz mal ficar trancado lá dentro. Será que não faz? Eu tenho medo que dê alguma doença ou um câncer.” *Você ouviu alguém falar isso?* “Não, sou eu que acho, mas não deve fazer bem trancar a menstruação.” (J.D.C., 27 anos)

*E você gosta de menstruar?* “Tem mês que sim, tem mês que não, mas eu prefiro. Eu sei que tem aquela injeção de três meses que não menstrua, mas eu não quis. Eu acho que tem que deixar vir. É até bom, parece que faz uma limpeza! Sem contar que eu sei que faz mal não menstruar. Depois pode ter vários problemas, tipo osteoporose. Ah, e tem outra: pra que mexer no que tá certo? É tudo tão certo, Deus fez o corpo da gente tão perfeito, não é mesmo? Pra que tirar uma coisa que tá certa? É da mulher...” (J.S.M., 21 anos)

Para estas mulheres, a menstruação é algo compulsório porque faz parte do ser mulher, assim como a maternidade. Acreditam que a falta da menstruação pode trazer prejuízos à saúde no presente e no futuro. Também é forte a associação do sangue menstrual com a impureza: ele sempre é descrito como algo sujo que precisa ser eliminado. MacCormack (1987) e Leal (2001) demonstram que o sangue menstrual opera uma limpeza no corpo e dão o exemplo da prática do resguardo: não se lava a cabeça durante a menstruação porque o sangue quente em contato com a água fria produz um fluxo sanguíneo contrário e pode levar à loucura pelos poderes do sangue menstrual de contaminar o pensamento. Portanto, existe toda uma lógica simbólica associada ao sangramento menstrual.



Assim como a espécie de uma denúncia orgânica de uma animalidade que não quer ser domesticada, o ciclo menstrual se inscreve como uma manifestação indócil, num ser cujo lugar social deve estar sob vigilância atenta dos preconceitos e interdições. A mulher menstruada é, portanto, uma entidade perigosa, porque aparece como obediente demais aos imperativos naturais e excessivamente descuidada na gerência do seu papel social. (MUNIZ, 1992, p. 78)

Esta simbologia reforça a aproximação do corpo feminino à natureza. De acordo com Muniz (1992), a mulher menstruada é um corpo fiel às leis da natureza que desafia a ordem moral estabelecida e sua existência é vista como comprometida com a ordem biológica. Ortner (1979) em seus estudos já afirmava que, devido às mulheres parecerem estar muito mais próximas da natureza por causa das suas funções procriativas, elas apresentam uma posição intermediária entre a cultura e a natureza, isto é, uma ambigüidade simbólica.

Muniz (1992, p.89) afirma ainda que a pedagogia da feminilidade é pontuada por uma administração obscura do próprio corpo: “entre nós, o corpo feminino não só aparece como se fosse regido unicamente por transformações naturais, como também o seu lugar moral é apreendido como resultante da ordem natural das coisas” - algo resultante da economia simbólica do silêncio e da invisibilidade na qual as vivências femininas são elaboradas (desde a infância à fase adulta), principalmente aquelas ligadas à aprendizagem do corpo.

Este perigo presente na mulher menstruada se reflete também na linguagem, como por exemplo na fala de J.D.C. em que a menstruação não pode ficar “trancada” dentro do corpo porque pode causar prejuízos. É como se o fato de deixá-la trancada revelasse uma espécie de natureza selvagem que necessita ser contida. Do mesmo modo, as palavras para se referir ao ciclo menstrual indicam uma idéia embaraçosa da situação: “naqueles dias”, “regra”, “estar de chico”, etc. Parece que as mulheres ameaçam ao mundo e a si mesmas porque ficam desgovernadas e intranquias neste período e, por isso, também deve-se evitar andar descalço, molhar a cabeça com água fria ou beber gelado, já que o corpo está com sangue quente.

O fato de evitar a água e condições ambientes como o frio porque podem suspender a menstruação, são remanescentes da patologia humoral clássica onde os humores corporais (sangue, fleuma, bile preta e bile amarela) tinham

propriedades de frio e calor, seco e úmido: o sangue era visto como seco e quente e oposto ao que era frio e úmido, incluindo certas comidas, ervas e remédios, água e temperatura ambiente (SNOW e JOHNSON, 1977; HELMAN, 2003). As restrições durante o período menstrual também estão presentes nos discursos das informantes. Algumas vezes, apresenta-se de forma velada, como algo que já se ouviu falar, mas no qual não se acredita e que é rotulado como coisa do “tempo dos antigos”. Para outras, frente as várias fontes de informação disponíveis, este conhecimento foi readaptado ou modificado.

“[...] minha mãe falava que não podia lavar a cabeça no 1º dia, mas eu sempre lavei (risos). Ah, não sei se é verdade isso. Eu não acredito. Pelo menos, comigo nunca aconteceu nada. Elas falam e até deve ser verdade, né, mas acho que não é com todo mundo.” (K.C.M.P., 24 anos)

“Ela [avó] disse que não podia lavar a cabeça, que podia dar um derrame.” *E você não lavava?* “Quando eu morava com ela, não lavava. Agora eu lavo, mas é que agora eu sei que tem é que lavar no primeiro dia que desce, daí não tem problema. Se lavar no segundo ou nos outros, aí pode dar algum problema. Mas se lavar no primeiro não tem perigo e daí pode continuar lavando nos outros também.” (S.F.S., 20 anos)

“Minha mãe não deixava lavar o cabelo. Só em último caso e tinha que ser depois do almoço pra poder secar rápido, não podia pegar vento, não podia ficar descalço.” *E hoje você ainda faz isso?* “Eu não sigo tudo, mas eu vejo que ela tinha razão pra algumas coisas. Eu sempre tive muita cólica e vi que piorava se ficasse com o pé no chão. Até hoje eu tomo banho de chinelo, pode estar frio ou calor e se eu tenho que lavar calçada, coloco tênis. Mas o cabelo, eu lavo.” (E.L., 28 anos)

Lavar a cabeça e o contato com a água continuam em voga, mas foram readaptados à realidade de cada mulher: ainda é algo proibitivo, mas se não for no primeiro dia da menstruação, se não for com água gelada, se estiver de chinelo, pode. Estes tabus relacionados ao equilíbrio quente/frio, conforme Sardenberg (1994), existem porque na menstruação há uma exacerbação das partes quentes que podem contaminar partes frias, como a cabeça (o racional, associado ao masculino) e isso pode levar à enxaqueca, nervosismo ou loucura. O que significa que, um elemento que deveria baixar e sair do corpo, acaba permanecendo e sobe para a cabeça. Para evitar que o sangue suba para a cabeça deve-se tomar

algumas precauções, como evitar alimentos quentes entre outros – o que é coerente com a lógica estrutural das classificações quente/frio.

Existe também a crença de que certas comidas devem ser evitadas durante a menstruação, como frutas cítricas, tomates e verduras folhosas – tanto ingerí-las como tocá-las.

“Eu já ouvi falar que não pode lavar o cabelo, que não pode tomar banho, que não pode colher cebolinha, mas eu acho que não é verdade.” *Não pode tomar banho? E por que não pode colher cebolinha?* “Não sei se é verdade. Tinha a filha de uma vizinha que a mãe fechava ela em casa quando ficava menstruada e não deixava ela tomar banho. Diz que é porque ela ficava com um cheiro. E isso da cebolinha é coisa de quem vem do interior, mas não é só cebolinha, qualquer coisa que seja de tirar do pé. Se estiver menstruada, não pode colher, senão o pé morre.” (G.A.F., 18 anos)

“... tem umas coisas que me falaram que não pode comer quando tá menstruada por causa do cheiro.” *Como assim? Dá cheiro na menstruação?* “É, diz que não pode comer peixe, coisa que tenha cheiro forte, ovo, senão a menstruação fica com cheiro.” (J.D.C., 27 anos)

De acordo com Sardenberg (1994), os tabus alimentares não são tão significativamente recorrentes quanto a atribuição de poderes mágicos ao sangue menstrual - que são reconhecidos desde a época de Aristóteles, assim como o seu caráter poluidor: a mulher menstruada já representava um perigo em potencial. Nas tradições islâmicas, judaicas e cristãs, a mulher menstruada era considerada impura:

O sangue carregado de malefícios impedia a germinação das plantas, fazendo morrer a vegetação, corroia o ferro, provocava a raiva nos cães. Penitenciais proibiam a mulher que estivesse menstruada de comungar, e até de entrar na Igreja. Daí, mais geralmente, a interdição das mulheres servirem à missa, tocarem os vasos sagrados, terem acesso às funções rituais. (SARDENBERG, 1994, p.325).

Mas mesmo com o desaparecimento da prática de segregação de mulheres menstruadas, isso não implica numa rejeição às noções de perigo da menstruação como agente poluidor. Um exemplo dos poderes mágicos atribuídos ao sangue menstrual foi descrito por E.R.F.M., no qual a mulher menstruada tem a capacidade de fazer secar o leite de uma puérpera.

*Tem alguma coisa que falassem e você seguia mesmo?* “Não sentar na cama quando tá menstruada que seca o leite.” *Como assim?* “Se você ganhou nenê, uma mulher que esteja menstruada não pode sentar na cama, senão o leite vai embora.” *Tá, mas como você ia saber quem tava menstruada?* “Ué, a gente perguntava: ‘Tá menstruada? Então, não pode sentar na cama’. E depois, pro leite voltar, tem que fazer uma sopa, pedir pra pessoa que sentou na cama tomar e depois, tem que tomar a sopa no mesmo prato. Daí o leite vem de novo.” *E isso você fazia mesmo?* “Fazia. Também tinha a canecada que minha mãe fazia tomar no último dia da dieta com chá e pinga.” (E.R.F.M., 46 anos)

Outra restrição comum entre as informantes refere-se à prática de relações sexuais durante a menstruação. A maioria concordou que não se deve ter relações durante o período menstrual, por ser a época mais provável de engravidar, por não ser saudável, porque pode aumentar o fluxo menstrual, dar hemorragia ou algum tipo de infecção, mas principalmente, para não ter contato com o sangue que é considerado sujo.

“Acho que não pode ter relação. Eu nunca fiz e depois o médico disse que pode levar doença lá pra dentro. Eu não faço.” (V.M.O., 37 anos)

“Não é que não possa, mas eu acho que é nojento fazer sexo. Esse sangue é sujo, né?” (G.A.F., 18 anos)

*E tem alguma coisa que você acha que não pode fazer menstruada?* “Sexo, né? É bem nojento... fala sério!” (V.M.A.P., 25 anos)

O sangue menstrual é considerado impuro e, por este motivo, deve-se evitar o contato com ele. Ferreira (1993) afirma que existem algumas secreções corporais que são consideradas nojentas ou impuras porque os limites do corpo são os limites que a sociedade impõe.

É por isso que as secreções são perigosas à medida que todos os orifícios representam a região de um limite entre o interno e o externo do corpo e o proibido passa a ser exterior. É assim que muitas vezes o sangue pensado enquanto circulante nas artérias e veias não nos traz nenhuma sensação, porém quando extravasado e visualizado pode causar repulsa. (FERREIRA, 1993, p.113)

Segundo Douglas (1991), estas idéias de impureza fazem com que nos confrontemos com sistemas simbólicos que são provenientes de uma ordenação

que repele elementos não apropriados e que exprimem a idéia genérica da ordem social: os valores morais são protegidos e as regras sociais são definidas por crenças em contágios perigosos. Os orifícios do corpo, afirma esta autora, simbolizam os pontos mais vulneráveis e a matéria que sai por estes orifícios é marginal. Tocar algo impuro, segundo Rodrigues (2006), faz com que se fique impuro também e a associação simbólica ao impuro faz com que outras coisas sejam potencialmente poluídas: não há necessidade de contato direto, pois o contato é ao nível do intelecto. Essas secreções são perigosas porque passam a ocupar um espaço exterior que é reservado à cultura.

O sangue é referido como “nojento” ou “sujo” mesmo sem definição de motivo porque ultrapassa os limites externos do corpo e passa a ser perigoso. Uma vez que qualquer orifício corporal elimina material marginal e perigoso, o sangue menstrual também é perigoso e poluente. Ferreira (1993) dá o exemplo da idéia de que o sangue menstrual é um sangue restrito ao útero, diferenciado do sangue que circula por todo o corpo e, portanto, precisa ser eliminado. Relatos do Human Relations Area File, apresentados por Sardenberg (1994), que reúne informações coletadas por antropólogos em todo o planeta, mostram que é quase universal a noção de que o sangue menstrual é uma categoria distinta do sangue que corre nas veias e que desperta aversão ou nojo e, portanto, vergonha na mulher menstruada. Os achados nesta pesquisa de campo são concordantes com esta informação: grande parte das informantes afirmou que a origem do sangue menstrual é o útero. Apenas quatro mulheres complementaram esta informação afirmando que este sangue é proveniente do resto do corpo e sofre uma “limpeza” dentro do útero; outras duas acreditam que este sangue vem dos ovários; uma, que vem da bexiga e outra, da cabeça.

O sangue menstrual também é associado à fertilidade por grande parte das informantes. Quando inquiridas sobre qual é a época mais provável para engravidar, elas responderam que esta é próxima ao período menstrual – mesmo entre aquelas que apresentam maior grau de instrução ou que fazem uso do método via oral ou injetável.

“Bom, meu pai me explicou assim: 3 dias antes da menstruação, que são os dias mais perigosos, que pode engravidar mesmo e 3 dias depois. Tem uma outra coisa também que eu ouvi da mulherada que é um corrimento que a gente tem, que é normal e diz que quando fica mais grudento, é quando tá no período fértil. A gente também fica com um cheiro diferente... não é ruim, mas é diferente. Bom, não sei, mas eu ouvi isso por aí.” (J.S.M., 21 anos)

*E como você calcula o dia que é mais fácil de engravidar?* “Eu não sei isso não... só sei que eu não faço quando eu tô menstruada porque pode engravidar.” *Na menstruação engravida?* “É.” *E tem algum outro dia fora da menstruação que pode engravidar?* “Eu não sei, eu não penso muito porque eu tomo a injeção. O médico disse que não engravida com ela. Eu confio no que ele me disse.” (S.F.S., 20 anos)

“É o período fértil. Eu sei que existe uma tabelinha, acho que é uns cinco dias antes e uns cinco dias depois da menstruação. Eu também aprendi isso no catecumenato, mas não sei bem. Aquela gente não usa nem camisinha e tem uma penca de filho! Uns irresponsáveis! Tem gente que tem 12 filhos! Lam ter que me internar num hospício e criar meus filhos! (risos)” (V.M.A.P., 25 anos)

Leal (2001) também discorre sobre a associação direta entre fluxo menstrual e a fertilidade. O sangue menstrual é visto como um sangue ‘alheio’ à mulher, algo dissociado do próprio corpo, mas também como um sinal corpóreo de feminilidade. E isso, conforme Sardenberg (1994), também explica porque o período mais fértil coincide com o período de fluxo: tudo compatível com a lógica de corpo aberto/corpo fechado.

Este fluxo sangüíneo é limpo enquanto construtor de vida, é sujo quando *resto de tudo que não presta mais no corpo*, enquanto um filtro, e neste caso deve ser evacuado e daí as práticas de resguardo: como ele é sujo e deve sair, nada deve interferir em seu curso. (LEAL, 2001,p.28-29)

Esta autora também reforça a idéia de que o corpo feminino é representado como algo que abre e fecha, o que explica a coerência do processo reprodutivo na representação de fecundação ocorrendo junto com a menstruação, pois é uma época onde há abertura, calor e umidade. Concordantes com esta idéia, Snow e Johnson (1977) explicam que muitas mulheres vêem o útero como um órgão oco que fica bem fechado entre os períodos menstruais enquanto se enche de sangue e então se abre para que ele saia durante as menstruações, o que leva a uma concepção lógica, mas falsa, sobre a época mais fácil da mulher engravidar que se

crê que seja logo antes da menstruação quando o útero está começando a abrir, durante o período menstrual quando ele está totalmente aberto e logo depois do término do fluxo, antes que ele se feche de novo. Acredita-se que nesse período de abertura a pessoa está em risco frente a entidades externas perigosas como ar ou água fria que podem entrar e causar problemas.

Interessante perceber que, entre as mulheres que utilizam o contraceptivo injetável trimestral – ou seja, aquelas que têm sua menstruação suspensa pela medicação, as concepções sobre a forma como ela evita a gravidez e as restrições a respeito da menstruação diferem das mulheres que utilizam o contraceptivo oral e o injetável mensal. No que se refere à forma de ação da medicação, duas delas afirmaram que a injeção impede a ovulação da mesma forma que a medicação oral, duas afirmaram que ela possui um efeito de barreira; uma disse que ela mata os espermatozóides e outra, que ela impede a saída do sangue. Novamente tem-se a idéia da injeção como um medicamento mais forte e que protege, formando uma barreira ou eliminando os espermatozóides. No outro caso, ao impedir a saída de sangue, a injeção impede que a gravidez ocorra uma vez que sangue e fertilidade são frequentemente associados.

Semelhante às usuárias dos outros métodos, estas mulheres também associam o período mais fértil sendo próximo à menstruação, mas elas acreditam que a menstruação não é algo obrigatório ou necessário para toda a mulher.

“[...] a médica disse que não tinha problema. Eu tô achando ótimo assim.” *Mas você nunca ouviu falar nada sobre não menstruar?* “Ah, sim, diz que pode dar uma dor de cabeça que não passa nunca, que sobe pra cabeça e morre, mas isso é coisa das mulheres antigas. Não acontece nada disso. A médica disse que não tinha problema nenhum.” (A.F.S., 25 anos)

“Acho que depende. Acho que depende do corpo, se ele não precisa, acho que não faz mal. Dizem que essas espinhas que aparecem é por causa do sangue sujo que tem no corpo.” *Você acha que essas espinhas apareceram porque você não menstrua?* “Acho que sim. Dizem que a menstruação serve pra eliminar a sujeira do corpo. O sangue da menstruação é sujo e grosso.” (V.M.A.P., 25 anos)

*Você acha que mulher tem que menstruar?* “Eu acho que não, a médica disse que não precisava e eu não sinto nada.” (E.R.F.M., 46 anos)

A segurança destas mulheres em não menstruar está respaldada pela autoridade médica (“a médica disse que não tinha problema nenhum”, “a médica disse que não precisava”) e este respaldo também acompanha a falta de restrições associadas à menstruação: elas concordam que podem fazer ou comer de tudo. Nas falas destas informantes, a menstruação foi mais associada à possibilidade de gravidez do que à limpeza do organismo, o que provavelmente reflete uma reordenação das práticas e estilos de pensamento destas mulheres frente a este método. Uma delas até concorda que o sangue menstrual é sujo, mas ele tem outro destino já que a menstruação não ocorre (“dizem que essas espinhas que aparecem é por causa do sangue sujo que tem no corpo”). Destaca-se a fala de A.F.S. que está em pleno processo de encontrar um novo significado para a menstruação.

“... antes, eu achava que era uma sujeira que tinha que sair todo mês, mas depois que eu fui na médica pra pedir o remédio e ela disse que não precisava menstruar, eu não sei e não perguntei pra ela. Eu achava que era isso, mas agora, não sei nem o que pensar no lugar.” (A.F.S., 25 anos)

Todas as informantes que utilizam o método injetável trimestral têm filhos e não pretendem engravidar novamente. Na impossibilidade de fazer uma laqueadura, seja pela idade ou pelo temor que ela possa trazer conseqüências no futuro, estas mulheres encaram este método como algo o mais próximo do definitivo.

“Eu acho que menstruação é um incômodo. Achei uma maravilha quando fui no médico pedir a injeção.” *E você acha que pode fazer mal não menstruar, que a gente tem que menstruar?* “Acho que não faz mal. Se fosse pra fazer, já tinha feito. Pela lei da natureza tem que menstruar, senão não ovula, não engravida. Mas no meu caso, acho que não preciso mais porque eu não quero engravidar. Se eu fosse mais jovem, eu não tomaria.” *Por quê?* “Porque se eu fosse jovem e quisesse engravidar, teria que ficar um ano sem tomar e com o comprimido é mais fácil, ele é uma coisa mais leve.” (E.N.A.G., 43 anos)

O fato de não desejar mais engravidar faz com que menstruar deixe de ter sentido e, por este motivo, seja visto como sem função e algo que não oferece riscos para a saúde. Não existe aqui a preocupação de retornar à fertilidade rapidamente, uma vez que o desejo de não ter mais filhos é persistente e a menstruação regular sugere esta garantia de que ainda se é fértil.



Fica claro que, entre as usuárias de métodos contraceptivos, existe uma polêmica a respeito da menstruação: um fenômeno biológico necessário que mantém o equilíbrio da mulher com a natureza ou uma sangria inútil? Provavelmente não há uma resposta definitiva, mas é evidente que estamos diante de um momento onde co-existem novas atitudes frente à menstruação. Sardenberg (1994) afirma que o confronto entre diferentes discursos e práticas simbólicas é característico das sociedades pós-modernas porque estas são mais abertas às lutas pelo poder simbólico da menstruação e do que significa ser mulher. Mais do que acontecer no nível da sociedade, este confronto também pode acontecer no íntimo das mulheres.

### **3.2. As representações gráficas**

Com o intuito de compreender que tipo de conhecimento estas mulheres possuem sobre seu corpo e sobre os processos de menstruação e gravidez, foi solicitado que elas elaborassem, dentro de uma silhueta feminina, o desenho de seus órgãos reprodutivos e os explicassem. Esta metodologia foi descrita por Helman (2003) e utilizada para avaliar o conhecimento da localização dos órgãos internos do organismo. Com referência ao aparelho reprodutivo feminino, esse método foi utilizado nas pesquisas de MacCormack e Draper (1987), Victora (1991; 2001) e Victora e Knauth (2001) e demonstram como o corpo e as funções reprodutivas são vistos como parte do universo feminino e como os conceitos de sexualidade e reprodução estão incrustados nas relações de gênero.

Victora (1991, 2001) observou que os órgãos são reproduzidos graficamente, mas é feita uma releitura diversa daquela do modelo biomédico. Estas representações de órgãos internos estão ligadas às simbologias associadas aos órgãos, não sendo restritas ao biológico, já que são compartilhadas socialmente e demonstram que tanto a leitura do médico como a dos pacientes, são saberes histórica e socialmente construídos. Ferreira (1993) observou que a anatomia e fisiologia do corpo só se tornam significativas a partir das regras e códigos dos grupos e que isto depende de representações sociais específicas sobre corpo, saúde e doença. Já Moreira e Araújo (2004), tendo como base o modelo biomédico, constataram em seu estudo que as mulheres têm um precário conhecimento sobre o próprio corpo, sobre o procedimento de ovulação, fecundação ou período fértil e que

a anatomia e fisiologia se restringem ao reconhecimento e função de algumas estruturas do aparelho reprodutor feminino, como útero e ovários.

A representação social, conforme Durkheim (2003), adquire sentido dentro de uma concepção de realidade enquanto construção social: ela é o compartilhamento de experiências pela socialização. São, portanto, representações produzidas coletivamente e expressam um universo simbólico que se manifesta por discursos e práticas; são também um código social que faz com que os indivíduos pensem, sintam e ordenem a realidade e que são incorporadas nas instituições sociais e no comportamento individual.

Estas representações refletirão na relação entre a cultura e o corpo, de acordo com Knauth e Oliveira (2004), o que significa que as idéias que as pessoas têm sobre o corpo vão determinar o que é considerado 'normal' e 'anormal', sua lógica de funcionamento, suas comunicações internas e trocas com o meio interno e os cuidados a ele dispensados. Ou seja, estas idéias variam de acordo com o grupo social. Portanto, o corpo é um reflexo da sociedade que articula significados sociais e não um receptáculo de processos exclusivamente biológicos (VICTORA, 1991; FERREIRA, 1993). Logo, as reações biológicas vinculam mensagens que traduzem determinado significado para o grupo e é este significado que pode possuir diferentes entendimentos para os médicos e seus pacientes.

Por estes motivos, a representação gráfica do aparelho reprodutivo mostrou-se um auxiliar valioso na compreensão da percepção que estas mulheres possuem de seus corpos, ao mesmo tempo que permitiu que elas mesmas refletissem sobre isso. As representações gráficas foram classificadas em três grupos: o primeiro, aquele que corresponde ao modelo biomédico, onde útero, trompas e ovários são facilmente identificados (oito informantes); o segundo tipo, que denomino de "tentativa de modelo biomédico" foi subdividido em dois grupos – um, que corresponde à representação de órgãos espalhados (cinco informantes) e o outro, que apresenta círculos e traços que correspondem ao útero, trompa e ovários (quatro informantes); e o terceiro tipo que corresponde a outros tipos de desenho, como a representação da comunicação dos órgãos pélvicos com outras partes do corpo (três informantes) e a representação do corpo grávido (uma informante). Do

total, apenas cinco informantes desenharam a face nas silhuetas<sup>22</sup> e apenas quatro desenharam a vagina.

Nenhuma informante se recusou a fazer o desenho, mas algumas relutaram inicialmente, temendo não fazê-lo de maneira “correta”, ou seja, elas se esforçavam em lembrar do modelo biomédico. Modelo este que está em exposição constante para a população, principalmente as mulheres, já que elas costumam freqüentar os serviços de saúde mais que os homens (VICTORA, 1991; VICTORA e KNAUTH, 2001; HELMAN, 2003; GUTMANN, 2006). Esta imagem que as mulheres possuem sobre seu corpo foi, portanto, aprendida em algum lugar. Boltanski (2004) afirma que esta aprendizagem e sua aptidão em entender, identificar e exprimir estas mensagens corporais variam em função das categorias de percepção do corpo e da sua aptidão socialmente condicionada. Para este autor, as pessoas provenientes de classes populares teriam um pouco mais de dificuldade em verbalizá-la.

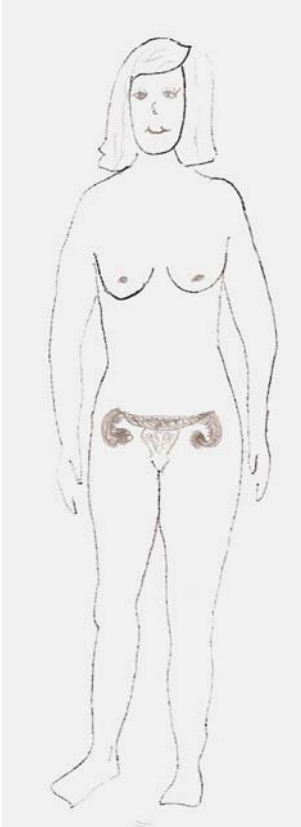
Mas mesmo com a exposição a este modelo, as pessoas somam a ele seus próprios significados, baseados, segundo Victora e Knauth (2001), nas sensações físicas experimentadas ou em experiências sociais e emocionais que promovem uma percepção particular de seu corpo – dado este também descrito por MacCormack e Draper (1987) e Victora (1991). O modelo biomédico é, portanto, apenas uma das formas de conhecer o corpo e as pessoas aprendem a perceber seu corpo a partir do contato com outras pessoas que compartilham seus mesmos valores culturais.

Tomemos como exemplo alguns discursos das informantes. E.N.A.G., 43 anos, representou o modelo biomédico e foi a única informante que mencionou o endométrio (a camada interna do útero que descama formando a menstruação). Ela relatou que sempre procurou manter-se bastante informada (ou seja, de informação considerada mais científica, biomédica) justamente porque não teve acesso a este tipo de instrução quando mais jovem. Ela, assim como outras informantes, queixou-se que nunca pode ter esse diálogo sobre questões reprodutivas e sexualidade com sua mãe – ou seja, algo pertencente ao universo feminino. Concordante com outros estudos, maior parte das informantes afirmou que desconhecia o significado e a função da menstruação quando a menarca aconteceu (SNOW e JOHNSON, 1977;

---

<sup>22</sup> Mais uma silhueta apresenta a face desenhada, mas esta foi feita pela filha da informante.

MacCORMACK e DRAPER, 1987; VICTORA, 1991; MUNIZ, 1992; DUQUE-ARRAZOLA, 1996).



“Pronto. Desenhei o chifre do boizinho! (risos). Aqui: útero, trompas, o endométrio, os ovários.” *E quando você calcula o período que é mais fácil de engravidar?* “O período fértil você conta uns 10 dias do início da menstruação e daí dá uma margem de uns 4-5 dias. Se for contar, dá uns 12-15 dias depois da menstruação.” *E o que acontece então?* “Um óvulo amadurece todo mês e cai. Com a caída do óvulo, a gente menstrua e menstruada, não engravida.” *Então, o que é o período fértil?* “Menstrua depois que o óvulo cai e o período fértil é depois que o óvulo cai. Agora não tô bem certa disso.” *E o que acontece que engravida?* “Bom, o óvulo cai e vem o período fértil. Você vai lá e transa e chega até o ovário e fica lá instalado e depois sobre pela trompa e se instala no útero.” *Mas essa parte do homem fica instalada no ovário e depois volta?* “Não. Encontra o óvulo no ovário. Eu acho que é...” *E o que é esse endométrio que você desenhou aí?* “O endométrio tem a função de menstruação. Bom, é o que eu lembro.” (E.N.A.G., 43 anos)

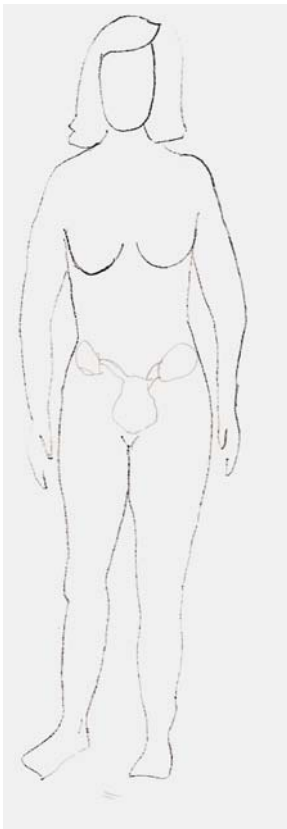
FIGURA 12 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE E.N.A.G.

Maior parte das mulheres entrevistadas relatou ter tomado conhecimento sobre a menstruação através da escola ou porque via que irmãs e amigas mais velhas menstruavam. Apesar do relatado em alguns estudos, como o de Victora (1991) e Sardenberg (1994), em que as fases da vida da mulher são entendidas como um processo que leva a um status social mais elevado, iniciando-se com a menstruação, entre as informantes desta pesquisa a primeira menstruação não foi referida como um evento positivo ou importante – ao contrário, foi descrita como um incômodo, um fardo pelo qual elas teriam que passar daquele momento em diante. Somente R.E.S., 19 anos, mencionou a menarca com uma conotação positiva e expressando uma mudança de status: “Ah, eu me senti importante! Minha mãe falava que eu já era mocinha, que já podia ter filhos e que tinha que me cuidar... o corpo da gente também muda...”.

E.N.A.G. afirmou que, por causa das dificuldades que teve que enfrentar no início de sua vida sexual, decidiu que agiria de modo diferente com sua filha,

mantendo com ela uma relação aberta e franca e sempre tentando manter-se informada – o que, para ela, significa obter tais informações de uma fonte detentora de saber oficial. Tanto seu desenho como a forma de explicá-lo são coerentes com o modelo biomédico.

O exemplo da representação gráfica de J.D.C. difere um pouco: ela fez o desenhos dentro dos moldes do modelo biomédico, mas a sua explicação para os processos fisiológicos diferem deste.

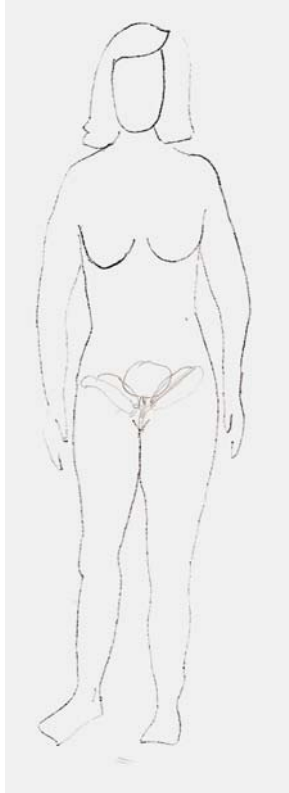


“Eu não sou muito boa de desenho, vou fazer do jeito que eu acho que seja. Bom, então, tem os ovários. Eu acho que são assim, um de cada lado.” *E pra que eles servem?* “Eles fazem a reprodução do sangue. Depois esse sangue vai passar pelo útero e vai fazer a limpeza”. *Que mais?* “Depois, tem o útero.” [Ela desenhou dois riscos finos] “É assim? Acho que não.” [apagou e desenhou algo mais arredondado] *E o útero faz o quê?* “É aqui onde o nenê fica até os nove meses”. *Só isso?* “Bom, aí também tem a ver o esperma, né? *E o que precisa pra engravidar?* “Precisa o esperma entrar aqui e ter contato com o sangue.” *Quer dizer que a gente engravida do contato do esperma com esse sangue?* “Isso.” *E esse sangue vem de onde?* “Vem do ovário.” (J.D.C., 27 anos)

FIGURA13 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE J.D.C.

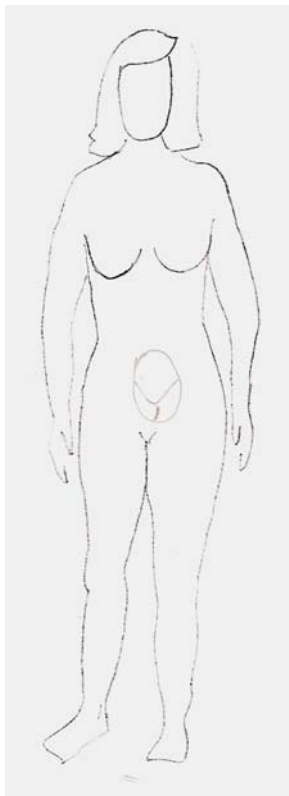
Seu entendimento sobre os elementos envolvidos na fecundação diz respeito aos fluidos corporais, na qual o sangue menstrual é constituidor de uma criança. Aqui, o discurso médico já sofreu uma reinterpretação. Leal (2001) descreve esta dinâmica dos fluidos masculinos e femininos como a forma do mundo íntimo e interior, fisiológico, estabelecer relações com o mundo de fora, o mundo social, uma vez que a relação sexual é vista como uma troca de fluidos corporais. Ou seja, é uma relação social na qual acontece uma troca.

Nas outras representações gráficas, como algumas das classificadas como tentativas de retratar o modelo biomédico, apesar de o desenho não se assemelhar ao modelo, as explicações são condizentes, ao menos em parte, com ele.



“Bom, tem as trompas, né? Uma de cada lado.” [desenhou dois tubos grossos e uma bola redonda entre eles] “Esse é o lugar onde fica o nenê. Eu sei que tem um tubo”. [desenhou dois tubinhos saindo das trompas e se juntando na parte inferior] *E como é que a mulher engravida?* “Tem os óvulos. Ah, tem os ovários, então! Já ia me esquecendo, mas onde é que eles ficam? Acho que é aqui.” [os desenhou em cima das trompas e quase do mesmo tamanho] *Tem mais alguma coisa?* “Os espermatozóides que entram pelo tubo.” *Tá... e a menstruação, vem da onde?* “Do ovário.” *Então, precisa do óvulo e do espermatozóide pra engravidar?* “Isso.” *E como é que ele vai parar nesse lugar que você disse que fica o nenê?* “Hm, acho que deve ter uma comunicação, então. Deve ser aqui pelo meio.” [fez um outro canalzinho se ligando ao primeiro canal] *E esse lugar onde fica o nenê é aonde?* “É no ovário, não é?”. *E onde você acha que a injeção que você toma age pra evitar que você engravide?* “Não sei, mas tem alguma coisa a ver com hormônios, não é?” *Alguém já te falou alguma vez de hormônios?* “Já, mas eu não sei bem o que é, o médico nunca me explicou.” (W.A.W., 37 anos)

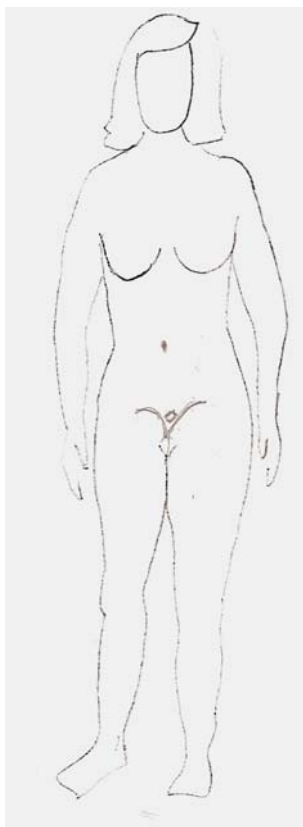
FIGURA 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE W.A.W.



“Vou ter que te explicar o que desenhei. Esse aqui [a bola] é o órgão genital onde tem a relação, onde entra o esperma e a pessoa engravida, como se fosse o útero.” *Como assim ‘como se fosse’?* “É o útero. O útero é onde a pessoa engravida. Tem esse canal [em V] por onde vai o esperma e o debaixo [ ] é por onde entra.” *O útero é essa bola?* “É.” *E esse canal tem comunicação pra fora?* “É. Tem comunicação pra fora com a vagina.” *E o que precisa pra engravidar?* “Pra engravidar tem que estar no período fértil, que é quando o óvulo, quando o óvulo tá ovulando.” *E ele vem de onde?* “De dentro desse canal [V].” *E a menstruação?* “Ela vem de dentro do útero.” *Mas o sangue vem de onde?* “Acho que o sangue vem do útero mesmo.” (M.C.S.S., 25 anos)

FIGURA 15 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE M.C.S.S.

A tentativa da representação pode ainda conter círculos e traços no intuito de retratar o útero e os ovários, mas a explicação da fisiologia reprodutiva difere do modelo, como no exemplo abaixo.



“Esse aqui [“V”] são as trompas e essa bolinha é o útero. *E como é que a gente engravida?* “O útero tem que ‘tar aberto.” *Como assim?* “Tem épocas que o útero abre: quando a gente tá menstruada, quando tá no período mais fértil, ele fica aberto pra receber o esperma do homem.” *E só precisa do esperma pra engravidar?* “É e se ele entra e encontra o útero aberto, com condição boa, ele fica ali.” *E pra que servem as trompas?* “Eu acho que elas ficam em volta do útero, são uma proteção.” *E você acha que elas são ocas ou são maciças?* “Acho que elas são maciças, tipo um cordão.” *E elas terminam aonde?* “Ah, na vagina.” *E a menstruação vem da onde?* “Do útero.” *Mas e por onde ela sai?* “Pela vagina.” *E esse sangue vem de onde?* “Vem do resto do corpo, daí chega ali no útero e sai a sujeira.” *Então, o útero e as trompas saem na vagina?* “Isso.” *E tem mais alguma coisa ali?* “Tem a bexiga.” *Ela também sai na vagina?* “Hm... não. A bexiga é separado.” *E o comprimido que você toma, como é que ele faz pra você não engravidar?* “Eu imagino que ele funcione no útero, acho que ele deixa o útero mais fechado.” *Se o útero ficar fechado não engravida?* “Daí não. O esperma não passa.” *E a laqueadura que você quer fazer, como é que é?* “Bom, eu sei que eles fazem pelo umbigo e cortam alguma coisa. Eu acho que é uma veia que passa ali e que vai pro útero.” *Se é uma veia que eles cortam, daí vai menos sangue pro útero?* “É.” *E daí ele não abre?* “Não, vai menos sangue, ele fica fechado e não engravida.” (V.M.O., 37 anos)

FIGURA 16 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE V.M.O

Neste caso, está explícita a explicação do corpo como algo que abre e fecha já descrita anteriormente e que é totalmente coerente com a lógica da informante de que a laqueadura tubária consiste em cortar uma veia que leva sangue para o útero. Já os próximos dois exemplos divergem muito do modelo biomédico tanto na representação gráfica, quanto na explicação da fisiologia, mas são perfeitamente coerentes com a lógica das informantes. Ambos foram classificados como outros tipos de representação gráfica e apresentam órgãos espalhados e comunicação entre os órgãos pélvicos e outras partes do corpo.

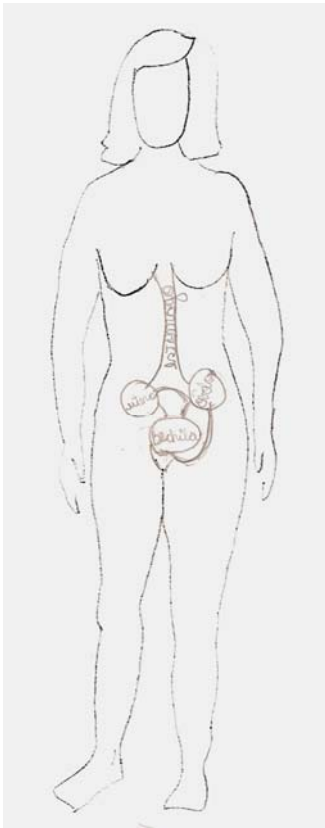


FIGURA 17 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE S.F.S.

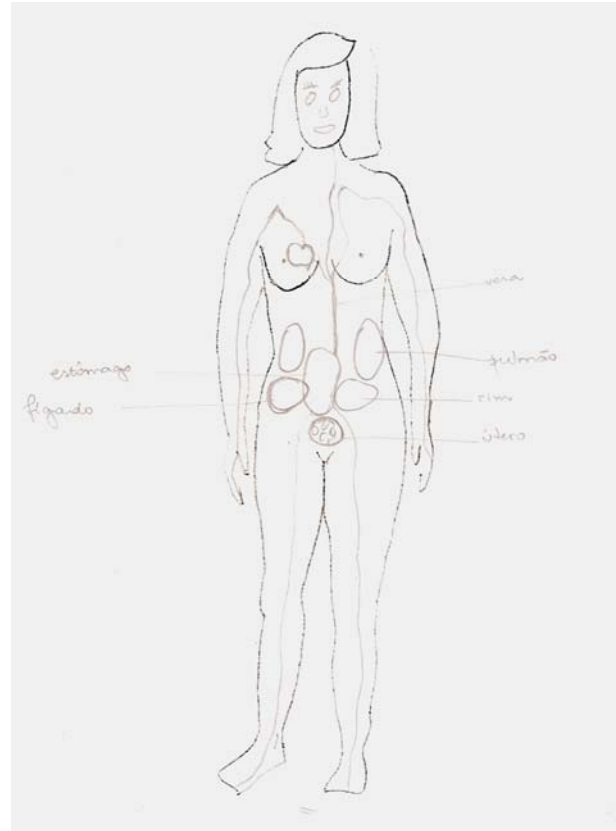


FIGURA 18 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DE E.R.J.S.

*Onde é que fica o nenê durante a gravidez? “No útero.” E o que precisa pra engravidar? “Precisa do óvulo e do esperma pra formar o nenê no útero.” E, pelo que você desenhou aqui, o estômago tem ligação com o útero? “Tem. A gente come, vai pro estômago e dali vai comida pro nenê.” E a menstruação vem da onde? “Eu acho que da bexiga. Me falaram que a gente tem dois canais: um da menstruação e um da bexiga pro xixi. Mas eu acho que é um só.” Então, desenha ele aí, faz o favor. Que mais? “Tem também o canal da vagina por onde entra o esperma, né. Eu acho que ele entra pela bexiga, mas depois vai pros óvulos.” Tá, mas eles passam pela bexiga? “Acho que não, o canal vai até lá e depois vai pros óvulos.” Mas a menstruação sai da bexiga? “Sai.” Junto com o xixi? “É. Acho que é junto.” Deixa ver se eu entendi: tem um canal que sai da bexiga por onde sai o xixi e a menstruação e um canal que entra até perto da bexiga e vai até os óvulos, que é por onde entra o esperma, isso? “Isso.” E o sangue da menstruação vem da onde até chegar na bexiga? “Vem do corpo todo. É que a gente tem vários canais, sabe, e eles se juntam e vão dar na bexiga.” E a gente tem só um óvulo? “Não, eu acho que são várias bolinhas como essa, todas juntas. É que eu desenhei assim pra poder escrever dentro.” (S.F.S., 20 anos)*



“Bom, a primeira coisa que tem que ter é útero. Vou fazer redondo aqui. Não sei se é assim. Também tem que ter a placenta pra pessoa engravidar.” [ela desenhou um monte de bolinhas dentro do útero]. “A gente tem que ser normal, né? Tem que ter pulmão [foi desenhando uma série de redondos], não sei onde é, acho que é aqui. Fígado, rim, estômago. Acho que tem que ter uma veia pra gente menstruar.” *Uma veia?* “É, que liga na cabeça. Essa veia vai pelo corpo todo.” [e foi desenhando a veia] *E o sangue da menstruação vem de onde?* “Vem da cabeça, passa pelo estômago ou perto dele e sai pela vagina. Acho que pode ser por isso que tem dor de cabeça.” *E daí como é que funciona?* “Acho que durante o mês, o sangue fica na cabeça pra depois descer.” *E o que precisa pra engravidar?* “Precisa do homem, do esperma dele.” *E fora esse pequeno detalhe, precisa mais alguma coisa?* “Ah, precisa! (risos) Precisa do útero.” *E é só ele chegar no útero que engravida?* “Não, tem que estar no período fértil. Eu vi num programa na TV uma vez, não lembro bem, mas parece que tem dentro do útero umas bolinhas que ligam com o esperma e engravida.” *É isso que acontece no período fértil?* “É, mas eu acho que isso pode acontecer várias vezes no mês.” *Mais de uma vez?* “Acho que sim, porque se você esquecer o comprimido pode engravidar.” *E o que o teu comprimido faz que você não engravida?* “Não sei. Eu sei que ele cai no estômago e, de algum jeito, ele chega no útero.” *E o que ele faz?* “Eu acho que ele se liga no esperma e dissolve ele.” *Deixa ver se entendi uma coisa aqui no teu desenho. A vagina, pelo que você falou, tem ligação com o útero e tem uma ligação com o estômago, é isso?* “Isso.” *E essa placenta que você desenhou dentro do útero, ela já existe lá e depois só desenvolve?* “Não, a placenta se forma só quando engravida. Eu só desenhei ali.” *E esse sangue da menstruação vem de onde tanto?* “O sangue junta do corpo e vai pra cabeça.” *Esse sangue não passa pelo útero?* “Esse sangue não passa pelo útero. É, mas isso eu não tenho mais bem certeza. Eu acho que não passa, mas eu não tenho bem certeza porque quando a gente engravida, ele não desce. e a gravidez é no útero, né? É assim mesmo?” *Olha, vou ter que te dizer que o sangue da menstruação não vem da cabeça...* “Não!? Nossa! Eu sempre achei porque a cabeça dói quando vem, parece até que fica meio cheia!” (E.R.J.S., 23 anos)

As crenças sobre o funcionamento do corpo são muito significativas para comportamento das pessoas, desde o seu funcionamento interno; o efeito sobre o funcionamento da dieta, do ambiente ou de outras influências externas e até natureza e eliminação de subprodutos do funcionamento do corpo, como fezes, urina e sangue menstrual. Os exemplos descritos acima estão de acordo com o que Helman (2003) descreve como modelo do corpo como encanamento ou tubos interligados, no qual o corpo é concebido como uma série de cavidades ocas ou câmaras conectadas entre si e com os orifícios do corpo por uma série de canos ou

tubos. Neste caso, a saúde é mantida pelo fluxo ininterrupto de substâncias (ar, sangue, alimentos, fezes, urina e sangue menstrual) entre as cavidades e a obstrução destas pode causar doenças.

Boltanski (2004) discorre sobre como os membros das classes populares constroem um outro discurso com base no discurso médico, onde exprimem sua representação das doenças e condições de saúde através de reinterpretações. O médico, ao tentar explicar determinado procedimento, mistura termos técnicos a representações ilustrativas da doença ou fenômeno, introduzindo reinterpretações cuja função é fazer com que o doente aceite o tratamento imposto. Deste discurso do médico, segundo este autor, o paciente retém apenas os termos que conhece, mesmo que ignore o significado científico e, deste modo, ele reconstrói um discurso que lhe pareça mais coerente, trazendo o desconhecido ao conhecido e colocando um novo sentido nos termos emprestados do discurso médico.

Isto significa que são usadas categorias que lhes são familiares. O pensamento popular assimila e utiliza aquilo que já conhece e categorias da ciência são transformadas em categorias mais antigas e mais gerais que são mais familiares. Boltanski (2004, p.76) afirma que “a atividade médica dos membros das classes populares é bem ‘reinvenção criadora’, imposta pela necessidade de se adaptar ao universo estranho e desconhecido da medicina e dos médicos.” Mas esta utilização de termos médicos pelas classes populares não está livre de mal entendidos, pois muitas vezes, estes conhecimentos já chegam à pessoa depois de serem reinterpretados e descontextualizados por outras pessoas como familiares, vizinhos, amigos, benzedeiros, etc. A difusão de conhecimentos ocorre, de acordo com Boltanski, quanto menos evidente for seu caráter técnico e mais se aproximarem de conhecimentos utilizados na vida cotidiana. Posto isso, é compreensível que as informantes tenham afirmado que buscam também esclarecer suas dúvidas sobre saúde reprodutiva com familiares, amigas e através da mídia, além do médico – que geralmente não utiliza categorias que lhes são familiares ou significativas.

Apesar das representações gráficas não terem se mostrado conclusivas quanto à relação que as mulheres têm da concepção do seu corpo e o contraceptivo utilizado, elas foram importantes para ilustrar como as informantes adotam ou não o modelo biomédico para explicar os processos relativos à fisiologia reprodutiva. As

modificações neste modelo são introduzidas para que ele seja mais coerente com a sua visão de mundo e experiências e também fica claro que estas mulheres têm uma concepção individualizada do seu próprio corpo. Mas além disso, o diálogo propiciado pela elaboração destas representações gráficas foi essencial para criar oportunidades de trocas entre mim e as informantes. Posso afirmar que, para mim, foi uma experiência muito rica que possibilitou uma compreensão muito mais abrangente da concepção que estas mulheres têm de seus corpos – algo muito além do próprio modelo biomédico que eu mesma tomava como certo até então.

#### **4. POR TRÁS DO JALECO BRANCO: como é construída a racionalidade médica**

O encontro do sistema de pensamento médico com o sistema de pensamento leigo gera uma série de tensões, como por exemplo, o uso de diferentes linguagens e a hierarquia presente na relação entre o médico e o paciente. Ao médico, é difícil compreender que possam existir outras explicações aos fenômenos biológicos que não sejam as que ele aprendeu durante a sua formação. O que significa que os corpos são objetos passíveis de investigação e que a anatomia é soberana e, portanto, explicações como as dadas pelas informantes desta pesquisa podem ser consideradas errôneas e, até mesmo, irracionais.

Apesar da conscientização crescente dos problemas de relacionamento entre médicos e pacientes, das falhas de atendimento e do esforço pela humanização deste, o pensamento biomédico, baseado em uma avaliação objetiva e quantitativa, somado à concepção dualista mente-corpo, acaba por subestimar as dimensões psicológica, social e cultural da doença e do sofrimento do paciente. Conforme Caprara e Rodrigues (2004), Kleinman (1981) e Helman (2003), médicos e pacientes interpretam a relação saúde e doença de formas diferentes, constituindo uma relação assimétrica em que o paciente é geralmente excluído. Não se pode ignorar que a principal causa de reclamação dos usuários de serviços de saúde é justamente a comunicação entre médicos e pacientes.

Caprara e Rodrigues (2004) citam o Toronto Consensus Statements, de 1994, onde foi averiguado que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas e 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais não são considerados; em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos<sup>23</sup> de explicação do problema. Ainda, dados da pesquisa de Caprara (2001, apud CAPRARA e RODRIGUES, 2004, p.142) realizada em unidades de saúde da

---

<sup>23</sup> Grifo meu.

família no Ceará demonstram que “39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificaram a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas.”

Isto se dá, segundo Camargo Jr. (2003), porque a Ciência é tomada como referencial da verdade para a sociedade ocidental e a “verdadeira” medicina precisa ser necessariamente científica. Este processo de cientificidade foi algo gradual e historicamente determinado, culminando nas formas da ciência e da medicina que conhecemos hoje. Este mesmo autor ressalta que é necessário uma abordagem crítica sobre a ciência como ferramenta essencial para o entendimento do saber e da prática médica.

No intuito de cuidar da saúde das pessoas ou salvar vidas a qualquer custo, os profissionais da área de saúde não percebem o quanto essas pessoas e seus corpos são objetificados e o quanto muitos procedimentos são invasivos. Isto é algo tão naturalizado que parece não haver limites de privacidade. Tomar uma certa distância desta realidade, permitiu que eu pudesse vivenciar essas situações em campo de outro modo e perceber alguns nuances que não havia observado previamente.

Tomemos como exemplo o exame ginecológico: um procedimento trivial da rotina ginecológica. Para médicos e enfermeiros que o realizam, algo bastante simples, mas para as pacientes que se submetem a ele pode ser bastante constrangedor. Quando perguntei às minhas informantes como foi seu primeiro exame e como elas se sentem ao fazer o exame ginecológico, a grande maioria relatou algum tipo de desconforto.

“É horrível! Horrível porque dói e porque dá vergonha.” *E a primeira vez que você fez?* “Fiz lá no Hospital de Clínicas, um horror! Aquela sala cheia de estagiários e fora a dor que me deu pra tirar aquele líquido. Tanto que faz um tempão que não faço, uns três anos. Vão brigar comigo quando eu for fazer.”(E.R.J.S., 23 anos)

“Foi traumático! Horrível! Me senti péssima! Tirar a roupa na frente de um homem estranho! Me sinto melhor com médica, me sinto menos constrangida e é menos pior de fazer...” (E.L., 28 anos)

“É uma coisa incomodativa. A gente ficar ali toda exposta.”  
(V.M.A.P., 25 anos)

Mesmo com a vergonha e o constrangimento, muitas informantes afirmam que é importante realizar o exame.

“Agora a gente faz direitinho, todo ano. Já fiz mamografia esse ano, preventivo. Não aguento essas mulheres que falam que o exame é horrível e falam que não vão fazer nunca mais. Ah, nem é tão ruim assim, nem a mamografia. Falaram que era uma dor horrível. Eles apertam, mas é pra ver bem. E é tão rápido! Essa gente que fala essas coisas, pra mim, é porque não quer se cuidar!” (S.M.P., 50 anos)

“Daí eu cheguei lá e o médico disse que tinha que fazer o exame, mas que não ia doer nada e nem tinha problema.” *E como é que foi?* [ela torceu o rosto...] “Meio horrível, né...” *E hoje, como é fazer o exame?* “Ah, hoje já acostumei né, tem que fazer. Não é tão ruim, mas o duro é a vergonha.” (J.D.C., 27 anos)

“Nossa! Quase morri de vergonha! Eu fui assim que perdi a virgindade. Cheguei lá e ele mandou eu tirar a roupa. Queria morrer! Fiquei toda presa! Mas ele falou que não tinha nada a ver, que era tudo profissional...” *E você ainda acha ruim fazer hoje?* “Não acho ruim porque é uma coisa importante, mas eu ainda tenho vergonha...” (M.C.S.S., 25 anos)

Certamente não se pode negar que a tecnologia empregada nos exames laboratoriais têm trazido grandes benefícios em termos de prevenção de doenças, mas a prevenção acaba sendo encarada como uma espécie de compulsão e isso se reflete nos discursos das informantes: “tem que fazer”, “é uma coisa importante”. Kaufert (2000) aponta para o fato de que, como o câncer de mama e o câncer de colo de útero são de fácil acesso pela proximidade com a superfície corporal, o rastreamento através das campanhas de prevenção é bastante incentivado. Mas a autora alerta que este rastreamento não é só um caso de saúde pública, mas uma construção filosófica e histórica sobre saúde e doença e uma perspectiva sobre a mulher e seu corpo, uma vez que o corpo feminino é visto como constantemente tendo a necessidade de ser monitorado (Até parece uma nova versão da medicina dos séculos XVIII e XIX com relação ao corpo feminino!). Hoje, a prevenção é vista como uma obrigação e quem se nega a fazê-la é tachado de irresponsável - como disse uma das informantes: “gente que fala essas coisas é porque não quer se cuidar”.

É compreensível que o propósito do exame seja bem intencionado, mas, como já foi comentado previamente, isto aumenta a dependência no profissional. As mulheres não são mais as detentoras de conhecimento de seus corpos, isso cabe ao profissional de saúde, o médico. Como representantes de uma ciência considerada legítima, os médicos atuam como agentes de difusão de conhecimentos médicos e são simultaneamente limitantes de sua reprodução, tentando manter aqueles não iniciados, considerados leigos, em um universo à parte desapropriando-os de seus corpos e de suas sensações (BOLTANSKI, 2004).

Porém, não basta mostrar que o médico e o doente das classes populares não falam a mesma língua. As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam 'bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado'. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua, possui o mais baixo nível de instrução, e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está portanto, em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados. (BOLTANSKI, 2004, p.38)

Para manter a atitude autoritária, as informações fornecidas são mínimas – o que pode gerar múltiplas interpretações. Frente a tamanho problema, pode-se questionar o que os pacientes realmente entendem do discurso médico e como este conhecimento é reapropriado e utilizado de forma inteligível por eles.

Somado a isso, está o fato de que médicos e pacientes compreendem a experiência da doença e do sofrimento de formas diferentes. Para o médico, o sofrimento é irrelevante e o paciente é fonte de distorções; sua relação é com a doença e o paciente é um canal de acesso. Já para o paciente, a experiência da doença é um fato concreto. A doença, entendida como expressão da lesão, é que é a realidade concreta para o médico e esta classificação das doenças apaga o sofrimento do paciente. Portanto, a doença é a representação de um tipo ideal, ao passo que o paciente, enquanto indivíduo, é sujeito a variabilidades. É a relação entre doença e lesão que permite reduzir todo o processo de adoecimento ao biológico, excluindo componentes psicológicos, sociais, etc. (CAMARGO Jr., 2003).

Kleinman, Eisenberg e Good (1978) reforçam a idéia de que o modo como as doenças são manejadas sofre variação cultural e histórica, além de influências étnicas, de classe e de laços familiares. Eles lançam os pressupostos de que os médicos tratam *diseases* (anormalidades na estrutura e função das estruturas corporais) e que os pacientes sofrem de *illness* (experiência de se sentir doente, uma modificação no estado de ser e na função social).

É o pertencimento a uma cultura que fornece aos indivíduos os limites onde estão inseridas as interpretações relacionadas aos fenômenos corporais, às doenças e seus sintomas (ADAM e HERZLICH, 2001). Estas interpretações propiciam diferentes formas de explicar determinado estado de saúde. O conceito de modelo explicativo de Kleinman de um evento ou doença, de acordo com Knauth e Oliveira (2004, p.157), “deve contemplar sua etiologia ou origem, a duração e as características dos sintomas e sinais, as alterações fisiopatológicas e sociais envolvidas, o prognóstico esperado e o tratamento considerado adequado à situação. Além disso, esse modelo deve incluir o sentido dado ao evento, ou seja, como a doença se insere na história de vida do indivíduo e de sua rede de relações mais próximas”. Este modelo vale tanto para profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Os médicos são conscientes da variedade de percepção e expressão dos sintomas segundo as culturas, mas eles acreditam que se trata de uma diferença superficial: os indivíduos percebem e traduzem diferentemente uma realidade que é sempre a mesma e que a medicina ocidental analisa objetivamente. Para os antropólogos, ao contrário, o modelo explicativo do doente não é somente uma tradução: a significação da doença faz parte da própria realidade e a modela. (ADAM e HERZLICH, 2001, p.74).

Esta limitação de comunicação entre a medicina oficial e a linguagem das classes populares ocorre porque os pacientes também têm dificuldade em compreender a linguagem técnica dos profissionais de saúde e apropriam alguns termos que sofrem uma transformação (FERREIRA, 1993) – como por exemplo, ‘elétrico’ ao invés de eletro [eletrocardiograma], ‘coretage’ ao invés de curetagem, ‘desmorrágia’ ao invés de hemorragia, ‘perine’ ao invés de períneo, ‘pírula’ ao invés de pílula. Esta linguagem também exprime um sistema de crenças que fazem parte de uma representação de corpo. Esta autora, concordante com Boltanski (2003),



ainda reforça que “grupos populares não assimilam o discurso médico sem uma reinterpretação que alia aspectos deste próprio discurso com suas próprias representações de corpo e doença” (FERREIRA, 1993, p.38).

Apesar das barreiras de linguagem que separam o médico dos pacientes, a consulta médica é uma oportunidade do paciente ampliar sua experiência e compartilhar os novos conhecimentos com sua rede de relações. Mas o médico, ao exercer sua atividade, embora trabalhe com representações do corpo, saúde e doença, não está especificamente interessado em perceber como os pacientes constroem e definem sua realidade e como esta construção é articulada com as formas de perceber o seu corpo (FERREIRA, 1993). O interesse do médico, segundo Adam e Herzlich (2001), pode não necessariamente estar atrelado à imagem altruísta da profissão e portanto, a profissão médica deve ser considerada como um entre os grupos de interesses presentes na sociedade. Este problema de comunicação interfere na forma como os usuários percebem o serviço de saúde.

“Não, do pessoal lá do posto, eu não tenho do que me queixar. Eles são bem queridos com a gente. Mas quando tem que mandar pra médico fora dali, eles nem dão atenção. Minha mãe uma vez teve que ir num psiquiatra. Ele nem falou com ela, não olhou na cara dela, fez a receita, deu pra ela e mandou embora. Pode? Acho que eles pensam: “não vou atender esses ‘pobrão’.” Não dão nenhuma atenção.” (A.F.S., 25 anos)

“Não tenho nenhuma reclamação, só acho que o posto, quer dizer, o SUS demora muito. Onde já se viu levar meses pra marcar uma ecografia!? Isso é um absurdo, mas eu sei que as pessoas lá fazem o que podem e que tem certas coisas não dependem delas. Acho que é um problema de governantes.” (C.V.P.S., 25 anos)

“Acho bom, mas é muito demorado, mas eu sei que a culpa não é do pessoal do posto. É do governo mesmo.” (P.M., 24 anos)

As falas das informantes exprimem uma certa conformidade da situação. O problema existe e é visível, mas na impossibilidade de mudar esta circunstância, uma vez que os usuários não possuem condições financeiras para buscar outro tipo de atendimento que não seja o público, a culpa é transferida para outras instâncias como o médico de fora do posto, o SUS, o governo. Do mesmo modo, são sempre encontradas outras justificativas para a forma do atendimento médico quando este não se dá de modo satisfatório.

“Olha, as mulheres falam do dr. A., mas não é que não gostem dele como médico. O pessoal não gosta dele como pessoa: acham ele muito seco, ríspido, fechado e ele é mesmo, mas eu gosto dele. No resto, acho que o atendimento demora demais, um encaminhamento demora mais de ano”. (E.N.A.G., 43 anos)

“Os médicos não param lá. A dra. B brigou com um paciente e saiu. A dra. C saiu. Aquele dr. D, não dá pra aguentar. Que homem estranho! Sem contar que o cabelo dele é seboso. Será que ele não lava? E ele nem olha pra gente, só olha pro computador! Esse outro dr. E que entrou é bom, gostei dele. Mas aquele do cabelo sebento, nem morta. Se ele me receitar alguma coisa, eu não tomo! Médico bom não pára no posto.”(S.M.P., 50 anos)

“Mas a médica falou. Meio estranha ela (risos). Entrei na sala e mal sentei, ela já disse: ‘Vai falando, vai falando...’ e começou a conversar comigo, nem fechou a porta! E cheio de gente ali fora... que estranho! Bom, mas eu entendo, ela tem um monte de gente pra atender e tem que dar conta, mas nem me explicou muita coisa”. (J.S.M., 21 anos)

Os depoimentos das informantes mostram que são acionadas diferentes estratégias para tentar compreender a conduta dos médicos. Em alguns casos, não se questiona a competência profissional, mas a forma do atendimento é explicada através da personalidade do médico que é “fechado”, “ríspido” ou “estranho” ou pelas condições de trabalho (“tem um monte de gente pra atender”). Ainda, pode-se justificar o considerado mau atendimento pela rotatividade dos profissionais, uma vez que o que é considerado bom não fica à disposição dos usuários daquela unidade de saúde, mas pode ser que esteja em outra ou nem esteja na rede pública de saúde.

As falhas de relacionamento entre médicos e pacientes ocorrem, de acordo com Camargo Jr. (2003), pela miragem da técnica onipotente que põe de lado tudo o que é subjetivo, mutável, complexo, variável como não científico (ou seja, tudo o que caracteriza a nossa humanidade). Com a fragmentação do conhecimento, é uma ilusão acreditar que alguém possa abarcar a sua totalidade, o que é agravado pelo fato de que a formação médica cria reprodutores de técnicas e não produtores de conhecimentos.

É digno de nota, como exemplificado pela fala de S.M.P., que não se deve aceitar o paciente como um elemento totalmente passivo na relação médico-paciente. As formas desta relação, de acordo com Adam e Herzlich (2001), vão desde a dominação ativa do médico sobre um paciente passivo até diversas formas

de negociação entre os dois. Oliveira (2002) também ressalta que, geralmente, a equipe de saúde passa a julgar os usuários pela visão de seus membros, mas é preciso lembrar que é o paciente quem faz as escolhas finais. Para um funcionamento mais adequado do serviço de saúde, é necessário existir uma cumplicidade entre quem presta e quem recebe o serviço, o que significa que o serviço de saúde deve ser aceito socialmente e que, apesar de ser uma construção coletiva, o uso difere de acordo com o grupo social e suas particularidades.

Este capítulo, portanto, visa fazer algumas reflexões sobre a construção do objeto da Medicina de modo orgânico e racional, constituindo um saber específico que difere do saber considerado leigo. Mais do que a descrição de como este processo se dá, esta reflexão é um contraponto aos capítulos anteriores com a intenção de demonstrar o quanto estas racionalidades se constroem de maneira diferenciada e representam diferentes visões de mundo que se encontram cotidianamente na prática clínica. Lock et al. (2000) afirmam que para compreender uma racionalidade é preciso relocá-la, ou seja, movê-la das mentes individuais para instituições sociais, tecnologias e práticas através das quais os indivíduos interagem uns com os outros e com outros elementos do mundo material e só deste modo é possível interpretar diferentes visões de mundo.

Ao invés de usar o termo “racionalidade” que transmite um sentido de constância e universalidade, estes autores sugerem a adoção do termo “sistemas de pensamento” quando se referem às diferentes racionalidades provenientes de saberes diversos, o que permite vislumbrar variações entre sociedades e dentro da própria sociedade. É um termo mais fluido e que permite compreender as possíveis variações existentes.

Sendo assim, é importante compreender que médicos e pacientes partilham diferentes visões de mundo e sistemas de pensamento. Através de um breve histórico das transformações do olhar da medicina e uma revisão sobre os estudos sobre a construção do seu objeto, busco mostrar como o tornar-se médico reflete uma realidade à parte e uma forma específica de pensar o mundo que é legitimada pela Ciência e como isso é vivenciado na prática cotidiana de uma unidade de saúde.

#### 4.1. Que tipo de ciência faz a Medicina?

A ciência moderna surgiu justamente como uma oposição entre a religião e a magia e outras 'pseudociências', como algo que pudesse solucionar todos os problemas do mundo através da objetividade e da neutralidade, mas ela construiu seu conhecimento a partir da apropriação de conhecimentos tradicionais que foram estabelecidos através do tempo (NADER, 1996).

Os próprios cientistas parecem esquecer que eles mesmos são fruto da sociedade em que vivem e que isto influencia diretamente suas crenças e o modo de fazer ciência, fazendo parecer difícil crer que a ciência não possua nenhuma ideologia ou que seu pensamento sistemático produza somente transformações 'naturais' provenientes de 'conseqüências lógicas'. As transformações da ciência não são vistas como sociais e morais, mas sim como naturais, como se a ciência fosse separada do cotidiano das pessoas. Para Stagnaro (2003), o conhecimento científico encontra-se centrado em problemas técnicos, protegido por muralhas que ele mesmo construiu e se distanciando de interesses sociais. Como se este mundo existisse em separado, sem problemas, sem influências externas e pessoais e sem cultura. Para esta autora, é preciso pensar os termos culturais em que a ciência, a tecnologia e a medicina participam da vida cotidiana.

Nader (1996) afirma que Ciência pode se referir a um corpo de conhecimento distinto, uma atitude consciente com relação ao conhecimento ou um conjunto de elementos regulados por uma noção de "racionalidade ordenada". A Ciência é, portanto, um conhecimento sistematizado, um modo de questionamento e uma forma de pensamento que é privilegiada e idealizada. Muitas vezes a ciência é considerada como algo separado da vida cotidiana, embora a defina de várias maneiras. A demarcação da ciência (como criação de categorias dicotômicas, como moderno e tradicional, ciência e mágica, conhecimento e ciência, etc) é a chave para compreender seus limites e o poder que ela exerce e que acaba por criar uma hierarquia de conhecimentos. Deste modo, a Ciência (entendida como um modo de conhecimento ocidental) é demarcada como fonte de verdade. A ciência também é um meio de categorizar o mundo e de categorizar a si mesma em relação a outros sistemas de conhecimento que são excluídos.

Madel Luz (apud CAMARGO Jr., 2003, p.72) define a racionalidade científica do seguinte modo: “caracteriza-se basicamente por ser um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método alçado à categoria de doxa, por sua imutabilidade, e que pressupõe a formação de enunciados lógicos, preferencialmente em linguagem matemática.” Ou seja, possui objetividade, aplicabilidade e pode ser testada e reproduzida. É um método que busca encontrar leis naturais que regem o universo e também tem como característica a subdivisão em disciplinas.

Para Good (1994), é difícil evitar a forte convicção de que nosso sistema de conhecimento reflete a ordem natural, que é um sistema progressivo que emergiu de experiências cumulativas e que nossas categorias biológicas são naturais e descritivas mais do que essencialmente culturais e classificatórias e são essas suposições que autorizam o nosso sistema de conhecimento médico. O autor defende a idéia de que a linguagem da medicina é mais do que um espelho do mundo empírico: é uma rica linguagem cultural, relacionada a uma versão especializada da realidade e um sistema de relações sociais e que, quando empregada no cuidado médico, reúne concepções morais com as suas funções técnicas.

A medicina baseada em evidências e na experiência e calcada na cientificidade, portanto, é considerada uma fonte inquestionável de verdades. Mas seria mesmo a medicina uma ciência? Qualquer estudante de medicina ou médico não pensaria duas vezes ao responder que sim, a medicina é uma ciência. Os médicos aprendem e acreditam que o que é científico é o verdadeiro e que as situações só podem ser entendidas pelos iniciados. Os outros são considerados ignorantes frente a esse conhecimento. Camargo Jr. (2003, p.72) sugere que “sob o título ‘medicina’ abrigam-se uma técnica de prospecção de queixas (anamnese), outra de esquadramento de sinais (semiologia) e um inventário de categorias diagnósticas – ‘doenças’ – e de seu tratamento (clínica).”

Este conjunto também se subdivide em diversas especialidades e a coerência entre eles ocorre através de práticas e representações que estão nas entrelinhas do saber médico (visível quando o professor de medicina ensina). Deste modo, conforme relata este autor, estas proposições formam uma “teoria das doenças”, ou

seja, um corpo teórico paracientífico. Outras categorias como sofrimento, saúde, homem, vida, cura, ficam no imaginário ou na metafísica.

A 'ciência médica' permanece como norma institucional (e como modelo ideal), e tudo que a contraria é afastado, com apoio até mesmo na ordem jurídica. Assim, tudo que se refere à subjetividade, ao imaginário (por exemplo), é posto de lado como não científico, sendo objeto de uma 'farmacologização' tão maciça quanto cega – sempre em nome da ciência. (CAMARGO Jr., 2003, p.77)

As especialidades podem manter certa coerência interna, mas a própria medicina não atende ao método científico, segundo Camargo Jr. (2003), porque a prática de laboratório é diferente da organicidade. A conduta terapêutica também não pode ser considerada científica porque não tem reprodutibilidade e, portanto, a cientificidade não é condição fundamental para o sucesso terapêutico porque a prática médica depende muito da habilidade individual. A medicina acusa outras correntes de não científicas, mas ela mesma possui várias assimetrias como proporções e influências de vários elementos, como tradição, ciência, pressão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos e ainda, uma grande margem de incertezas. A medicina constrói seu objeto de estudo voltado para o diagnóstico e para a terapêutica, sendo o seu principal paradigma organizado ao redor de estudos comparativos de crenças sobre a doença e a biologia como realidade fundamental (GOOD, 1994).

Toda a medicina une elementos racionais com outros profundamente irracionais, combinando a atenção ao corpo material com a preocupação das dimensões morais da doença e do sofrimento. Mas este também é o foco de outras práticas que almejam a cura.

Adam e Herzlich (2001) afirmam que a proximidade entre a medicina, magia e religião, que é característica das medicinas antigas, provavelmente existe em todas as culturas. Apesar da medicina científica moderna ser diferente por caracterizar-se por uma orientação empírica, pela especialização do papel do médico e pela busca de um saber racional, também é possível notar que a medicina ocidental apresenta remanescentes de aspectos religiosos. Estes autores relatam que a origem da palavra "profissão", que designa o exercício da medicina (como tantas outras áreas) vem do latim *professio* que significa "aquele que afirma sua fé e emite os votos ao

assumir o estado eclesiástico ou monacal” (ADAM e HERZLICH, 2001, p.33). Vista por este prisma, parece mais fácil compreender que a medicina, assim como outras áreas de conhecimento, está baseada na fé, depositada nela por aquele que a exerce e que, portanto, é apenas um dentre os diversos sistemas de pensamento existentes em nossa sociedade.

Para os profissionais de saúde, o modelo biomédico e seus processos biológicos são o mundo real onde se concentram pesquisas e manejos terapêuticos, mas profissionais de saúde e pacientes estão imersos em relações sociais e significados culturais e não podem ser entendidos fora deste contexto. Kleinman (1981) discorre sobre a necessidade de estudar estas respostas socialmente organizadas às doenças, os sistemas de saúde, como um sistema cultural específico.

Do mesmo modo que falamos de religião ou linguagem ou parentesco como sistemas culturais, podemos visualizar a medicina como um sistema cultural, um sistema de significados simbólicos ancorado em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interações interpessoais. Em cada cultura, a doença, as respostas a ela, os indivíduos experimentando-a e tratando-a, e as instituições sociais relacionadas a ela são todas sistematicamente interconectadas. (KLEINMAN, 1981, p.24).

O autor esclarece que sistema de saúde como aqui descrito é um conceito (não uma entidade) que inclui as crenças das pessoas e os padrões de comportamento. Este conceito vai de encontro à definição de sistema cultural de Geertz (1989), onde a cultura é compreendida como uma teia de significados entrelaçados passíveis de interpretação e que é analisada enquanto ação e sistema simbólico. Trata-se de uma forma pública de expressão da cultura, onde os diversos atores comunicam-se através de códigos sociais previamente estabelecidos. Esta realidade simbólica permite ao indivíduo atribuir significados a partir da experiência individual e segundo as normas sociais do grupo – o que pode ser transposto para o caso dos usuários de um serviço de saúde, onde os modos de percepção dos estados de saúde-doença envolvem o compartilhamento das experiências e ações do seu grupo. Kleinman (1981) afirma ainda que, como outros sistemas culturais, o sistema de saúde deve ser compreendido através de suas atividades simbólicas, constituídas por crenças e comportamentos que são influenciados por instituições sociais, relações interpessoais e o ambiente onde se elas se dão, restrições

econômicas e políticas, tratamentos disponíveis e tipo de problema de saúde. São todas estas interrelações que formam o sistema e guiam as atividades de seus componentes.

Estes sistemas são, portanto, social e culturalmente construídos e constituem formas de realidade social que legitimam significados internalizados pelos indivíduos durante o processo de socialização (KLEINMAN, 1981). Certamente, as realidades sociais diferem entre sociedades, grupos sociais, profissões e até mesmo entre famílias.

Partindo destas considerações, Kleinman (1981) afirma que a prática clínica cria realidades sociais particulares e ocorre devido a isso dependendo das crenças sobre as doenças, comportamentos da pessoa doente, como estas pessoas são tratadas e suas expectativas frente aos tratamentos. Ou seja, é esta realidade que permite a atribuição de significados a partir da experiência individual e das normas sociais do grupo (OLIVEIRA, 1998). Ela possui elementos que também são construídos culturalmente e variam de uma sociedade para outra e portanto, formam o que Kleinman chama de realidade clínica: apesar do sistema de saúde ser criado com uma visão coletiva, seu uso opera em um nível local influenciado por múltiplos fatores sociais como classe, instrução, filiação religiosa, etnicidade e rede social.

Oliveira (1998) ressalta a utilidade do conceito de realidade clínica, uma vez que ele interrelaciona a realidade simbólica à realidade física e psicobiológica do outro:

Esse conceito é útil sobretudo para evidenciar ainda mais como o fenômeno clínico é também socialmente construído e, de modo recíproco, como o mundo social pode ser clinicamente construído. Analogamente ao conceito de realidade social, a realidade clínica também está em constante mudança, variando conforme o grupo social. Permite igualmente uma análise em diversos níveis, tanto macro quanto microssocial, da sociedade como um todo até pequenas 'comunidades' isoladas. (OLIVEIRA, 1998, p.19)

Diante do que foi exposto, corrobora-se o fato de que a relação entre os serviços de saúde e usuários envolve mais do que o encontro físico entre médico e paciente e que doença não é uma experiência que se limita à alteração biológica pura, mas também possui uma construção cultural. Longe de negar a materialidade biológica das estruturas corporais e suas alterações, é preciso ter sempre em mente que a percepção que uma pessoa tem de seu estado de saúde varia dependendo do



contexto social onde está inserida. Esta construção pode ser estendida para além da experiência de doença, abarcando também o conhecimento e entendimento que os pacientes têm de seu próprio corpo e o modo que isto influencia a adesão a tratamentos propostos, desde a prescrição de um medicamento até a indicação de uma cirurgia. É preciso lembrar que, do mesmo modo que os pacientes, os profissionais de saúde também compartilham crenças sobre o estado de saúde e o funcionamento corporal e que este modelo é apenas mais um entre os vários sistemas de saúde existentes<sup>24</sup>, não sendo necessariamente a mais correta, a melhor ou a mais legítima. O médico, de acordo com Ferreira (1993), também incorpora significados aprendidos dentro de uma lógica científica: são os manuais de semiologia que ensinam o médico o que ouvir e traduzir sensações subjetivas, ou seja, o médico realiza uma interpretação.

À parte da discussão da cientificidade ou não da área médica, ela estabeleceu-se na atualidade como um campo de saberes específicos e legítimos, cuja fidedignidade é reforçada pelos avanços tecnológicos. Esta posição não se consolidou do dia para a noite, mas traçou um longo caminho como descrito sucintamente a seguir.

#### **4.2. Adentrando o campo biomédico: aprendendo uma nova visão de mundo**

O tornar-se médico implica na construção de um saber médico durante a graduação no curso de Medicina que se apresenta como um modo cultural distinto que constituirá uma forma diversa de realidade e um “modo médico” de ser. Este aprendizado possui etapas que lhe são peculiares e que obedecem uma ordem e uma hierarquia distintas – tanto de conhecimento como de comportamento. Para compreender este “mundo médico”, pode-se valer do conceito de *campo* – aqui entendido como um campo médico – de Pierre Bourdieu<sup>25</sup>.

Eu não poderia deixar de remeter à minha própria formação na Medicina. O início da educação médica, marcado pela entrada no corpo humano, distingue o corpo médico de outros corpos porque ele passa a ser o lócus do conhecimento

---

<sup>24</sup> Sobre diferentes recursos de cura e itinerários terapêuticos, ver Helman (2003), Metcalf, Berger e Negri F<sup>o</sup> (2004) e Kaptchuk e Einsenberg (1998).

<sup>25</sup> Apesar da constante referência à formação do médico neste capítulo, é preciso enfatizar que todas as outras áreas da saúde que estejam em contato com a Medicina também compartilham da mesma linguagem do seu campo.

médico, uma espécie de templo. O modo tradicional como a Medicina é ensinada nas faculdades apresenta-se como uma forma cultural distinta e deixa claro como o objeto de conhecimento médico é redefinido, constituindo uma forma diversa de realidade. Good (1994) discorre sobre as estratégias utilizadas para constituir este “modo médico” que ele discerne em formas específicas de ver, escrever e falar que são formas legitimadas para adentrar esse campo.

A sociedade, segundo Bourdieu, pode ser compreendida como um conjunto de campos sociais que surgem a partir de diversas áreas produzidas pela diferenciação social do trabalho, o que distingue funções religiosas, econômicas, jurídicas, etc. (BONNEWITZ, 1998). Os *campos*, assim, seriam microcosmos sociais relativamente autônomos onde a relação entre os agentes é objetiva e que possuem uma lógica e necessidade específicas (diferentes das que regem outros campos) (BOURDIEU & WACQUANT, 1992 apud BONNEWITZ, 1998; BOURDIEU, 1989; THIRY-CHERQUES, 2006). Esta necessidade se impõe aos agentes que nele estão envolvidos (BOURDIEU, 2005). Ou seja, o campo médico possui uma lógica, um sistema de pensamento, uma hierarquia e demandas próprias que são diferentes das do campo jurídico ou religioso, por exemplo, uma vez que estas estão relacionadas à forma como seus agentes operam no seu interior.

Thiry-Cherques (2006) aponta para o fato de que os *campos* são produtos da história das suas posições constitutivas e das disposições que elas privilegiam. O campo médico, enquanto campo científico, estabeleceu-se como um campo de saber específico e legítimo em oposição à religião, à magia e outras ditas pseudociências, na tentativa de solucionar problemas com base na objetividade e neutralidade (NADER, 1996) e tendo ainda o suporte do Estado que lhe conferiu autoridade pela busca do bem-estar social.

O *campo* também é um espaço de forças opostas onde os produtores de bens do campo possuem capital específico, lutam pela sua acumulação e garantem a dominação deste campo. Os agentes se enfrentam conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo para a conservação ou transformação da sua estrutura (BOURDIEU, 2005). Bourdieu utiliza uma analogia com o jogo para explicar o comportamento dos agentes sociais e suas posições são definidas objetivamente em sua existência e na sua situação (atual e potencial) na estrutura de distribuição dos diferentes tipos de poder. O que está em jogo é uma crença (a

*doxa*), um reconhecimento que não é questionado (BOURDIEU & WACQUANT, 1992 apud BONNEWITZ, 1998) e o monopólio da autoridade dá o poder de ditar as regras (THIRY-CHERQUES, 2006). Os agentes sociais buscam, desta forma, manter ou aumentar o volume do seu capital e manter ou melhorar sua posição neste espaço social.

A inter-relação entre o campo educacional e o campo médico é bastante evidente, pois é do campo educacional e especificamente, médico que emanam os agentes do campo médico. Referindo-se às instituições escolares em geral, Bourdieu (2005) demonstra que, cada agente, para existir, é constrangido a participar de um jogo que lhe impõe esforços e sacrifícios, que possui uma lógica da competição obrigatória e classifica os alunos em hierarquias a partir de suas competências.

Passar por este processo assemelha-se ao que Bourdieu (2005) descreve como *ritos de instituição*, onde são impostos constrangimentos e disciplinas corporais e mentais aos agentes, classificando-os (no caso do campo médico) pelas suas “competências” e que estabelecem relações diferenciadas entre aqueles que o sofreram e aqueles que não<sup>26</sup>. Estes ritos são o fundamento da eficácia simbólica de todos os ritos institucionais e, no campo médico, são vários: o manuseio do cadáver da aula de anatomia, os plantões no pronto-socorro, a primeira cirurgia, as apresentações de casos clínicos, aprender a lidar com a morte, entre outros. Eventos que podem levar à exaustão física e psíquica do estudante e que são critérios coletivamente reconhecidos, aprovados e não discutidos.

Aqui se demonstra esta outra característica do campo social que é a fluidez da sua delimitação e a interpenetração de outros campos – como no caso, o cultural e o educacional, que tendem a mesclar-se a outros campos e substituir o poder direto sobre os indivíduos (BONNEWITZ, 1998). Seus limites são demarcados por interesses específicos, investimentos econômicos e psicológicos que são solicitados aos agentes dotados de um *habitus* comum. Thiry-Cherques (2006), descreve o campo como a exteriorização ou objetificação do *habitus* e o *habitus* é a internalização ou incorporação da estrutura social. O *habitus* comum aos agentes do campo médico é o que Good (1994) descreve como o “modo médico” de ser: um

---

<sup>26</sup> Definição que se aproxima das discussões de processo ritual e rito de passagem de Victor Turner e Van Gennep.

modo de ser que requer práticas específicas; um sistema de pensamento distinto, o “pensar anatômico”, que permite aos estudantes construir a pessoa de modo apropriado para a prática médica e que implica em formas diferenciadas de ver, falar e escrever; e uma linguagem particular. Aprender medicina significa entrar em um novo mundo onde as experiências são distintas e onde se deve aprender uma nova linguagem, um conhecimento específico e práticas que constituirão este “modo médico” de ser.

O ‘pensar anatômico’ mencionado por Good (1994) que é central à prática médica vai acompanhar estes – então – estudantes durante toda a vida. O autor ressalta que esta nova visão ensina aos estudantes uma outra forma de reconstruir a pessoa de um modo apropriado para a prática médica. O corpo ganha um novo significado e uma nova forma de interação (GOOD, 1994). Difícil resistir a estes fascínios do “mundo da ciência” que seduzem os jovens estudantes que iniciam os cursos de Medicina todos os anos. As aulas de anatomia logo (e estrategicamente colocadas) no início do curso são a entrada para este mundo. A familiaridade do estudante com o “seu cadáver” (que muitas vezes ganha até nome próprio) é tanta que passa a ser perfeitamente aceitável passar noites em claro ou finais de semana estudando-o, dissecando-o e fazendo as refeições junto a ele. Diante de evidências tão palpáveis como veias, nervos, órgãos e estruturas com nomes estranhos e a visão dos órgãos internos (e mais do que vê-los: poder tocá-los), torna-se difícil não pensar que as doenças sejam entidades biológicas. Um aprendizado tão bem feito que os modos de ver as coisas e as pessoas, de escrever e falar não serão facilmente abandonados. A questão é que isso não será nem mesmo percebido como uma longa construção, mas internalizado e naturalizado.

Russo (2006) discorre sobre a forma como estudantes de medicina são apresentados ao corpo humano através dos livros e das aulas de anatomia, onde têm contato com que se chama de “peças”, que são pedaços do corpo, ou seja, um corpo objetificado. O problema é que, na prática clínica, o aluno jamais encontra esse corpo objeto que serviu de base para seus conhecimentos anatômicos e sim, encontra corpos-pessoas – o que gera uma grande dificuldade em lidar com situações onde o paciente nem sempre responde como se espera ou que não ocorrem como descrito nos livros. A autora parte do pressuposto que a medicina tenta transformar corpos-pessoas em corpos-objetos porque a medicina, enquanto

conhecimento, depende em algum grau de objetificação do ser humano para poder existir e incute nos alunos a crença de que as pessoas possuem seu corpo como qualquer outro objeto.

O aprender a ver, segundo Good (1994), está implicado na forma como o aprendizado da Medicina é visual e que também transmite uma ordem biológica hierárquica: o estudante vê as estruturas no atlas de anatomia, depois vê as mesmas estruturas microscopicamente e, por fim, vê o paciente com uma patologia relacionada. A idéia de hierarquia, portanto, dá ordem e sentido à existência diária. Uma hierarquia que sofre transformações à medida que o estudante avança na graduação e que lhe permite realizar tarefas: os estudantes menos graduados começam sua prática observando para depois terem permissão de entrevistar os pacientes – ou nas palavras dos médicos, “tomar” ou “tirar” sua história.

Esta hierarquia, no campo médico, também é interna: os estudantes mais graduados e médicos mais experientes (dotados de capital simbólico e cultural maior – e também econômico) se impõem sobre os menos graduados, julgando-os constantemente e exigindo respeito pela posição que ocupam. Os menos graduados precisam constantemente provar sua competência para que possam, paulatinamente, ascender na hierarquia da própria graduação e na realização de tarefas cada vez mais complexas. Conforme Bourdieu (1984 apud THIRY-CHERQUES, 2006, p.37), “todo campo vive o conflito entre os agentes que o dominam e os demais, isto é, entre os agentes que monopolizam o capital específico do campo, pela via da violência simbólica (autoridade) contra agentes com pretensão à dominação”. Esta violência simbólica é considerada legítima dentro de cada campo e inerente ao sistema.

Outro passo fundamental para a construção do “modo médico”, conforme Good (1994) é o aprender a escrever e falar, onde os estudantes aprendem a construir pessoas doentes como pacientes apropriados para o tratamento médico. A escrita molda, reflete e organiza a conversa como meio de construir o paciente, autorizando, dessa forma, o estudante de Medicina frente a seus pares (outros estudantes e médicos que decidirão sobre o tratamento do paciente a partir do relato do estudante, ao mesmo tempo em que irão julgá-lo). Aqui, a hierarquia está presente novamente: o estudante menos graduado se submete aos mais graduados, que se submetem aos médicos residentes e assim por diante. A avaliação e o

juízo são constantes e públicos: podem ocorrer tanto diante de outros estudantes e médicos, como diante de outros pacientes em uma enfermaria. É obrigação do estudante julgado manter o autocontrole. Não há nada pior do que, no meio de uma apresentação de caso clínico ou nas visitas às enfermarias, o paciente interromper e contar uma versão diferente da história ou alguém perguntar ao estudante dados do paciente que ele não saiba responder. Todos os médicos passaram por isso na sua formação mais de uma vez e aprendem, tentando e errando ou de formas mais ou menos sutis, que cada um tem seu lugar bem definido e que isso deve ser respeitado. Camargo Jr. (2003) critica fortemente as visitas à beira do leito, afirmando que a mesma é desnecessária tanto técnica, como pedagogicamente. Mas infelizmente, elas parecem ter uma maior importância ritual do que racional.

Thiry-Cherques (2006) esclarece que, enquanto integrantes de um campo e inscritos no seu *habitus*, os agentes não percebem com clareza suas determinações: a *illusio* decorrente deste processo é produto de adesão da *doxa* do campo e de seus valores. Bourdieu (1989, p.14) afirma que o efeito ideológico consiste na “imposição de sistemas de classificação políticos sob a aparência legítima de taxonomias filosóficas, religiosas, jurídicas, etc.” O poder se define na relação entre os que o exercem e os que lhes são sujeitos, ou seja, na estrutura do campo em que a *doxa* é produzida e reproduzida. A *doxa* é aquilo sobre o que os agentes estão de acordo, o que é admitido como “sendo assim mesmo”, ou seja, os sistemas de classificação, o que interessa ou não, o que é demandado ou não. Segundo Thiry-Cherques (2006), a *doxa* e o *nomos* (leis gerais que governam o campo) são aceitos e legitimados pelo meio social conformado pelo campo. Assim, os estudantes de Medicina aceitam passar pelas avaliações públicas, questionamentos, pelo exercício de autocontrole e até constrangimentos, por entenderem que “é assim mesmo” e que isto faz parte do “tornar-se médico”. É isso que lhes dará o direito de entrar no campo médico: o reconhecimento de seus valores, o conhecimento das regras do jogo e a posse do capital específico.

Good não menciona o ouvir como uma etapa deste processo, mas ele está presente, uma vez que a narrativa do paciente é “editada”: uma espécie de “audição seletiva” que a filtra e busca dados que compõem o quadro clínico, organizando as peças de um quebra-cabeça que o estudante (e posteriormente, o médico) monta

enquanto ouve a história. Isto significa que muitos pontos que o próprio paciente considera relevantes na sua história são desconsiderados pelo médico porque não se encaixam em nenhuma das patologias suscitadas pela queixa que levou o paciente à consulta. A queixa só adquire significado se refletir uma condição fisiológica, algo que pode ser aferido pelo exame físico, exames laboratoriais ou de imagem. Sinais e sintomas são, então, registrados para compor a chamada história clínica.

O modo de escrever a história clínica do paciente também reflete e modela as entrevistas (anamneses), possibilita a elaboração de categorias e estruturas que organizam o paciente como um documento e são a base para a prática da fala. O principal, de acordo com Good (1994), não é a entrevista, mas a forma de apresentação dos casos onde as pessoas são formuladas como pacientes e problemas médicos: o que se busca é a história do processo da doença e não a história do sujeito que sofre. As histórias clínicas, deste modo, organizam e interpretam a experiência, produzindo um modo distinto de formular a realidade e modos idealizados de interagir com ela (GOOD, 1994).

As doenças dos pacientes também são hierarquizadas de acordo com o interesse acadêmico: os médicos agem como se a doença fosse esvaziada de significados psíquicos ou culturais, o que faz com que os problemas que o médico vê não são os mesmos que o paciente. Sobre este fato, Camargo Jr. comenta:

Da mesma forma que seus pacientes, um médico vê o mundo através do filtro de suas representações; só que o imaginário médico está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica. Existem concepções básicas comuns ao universo médico, alimentadas pelo processo de ensino-aprendizado, formal ou não, que não são, entretanto, 'cientificamente' elaboradas. Dessa forma, consolidam-se representações e modos de agir que passam pelas gerações de médicos, muitas das quais francamente hostis aos pacientes que atendemos. Crenças também se solidificam desse modo, mesmo sem base empírica. (CAMARGO Jr., 2003, p.90)

O discurso abstrato da doença na formação médica não deixa tempo para que os alunos reflitam sobre o assunto e, para Luz (2006), isso pouco se aproxima da singularidade do sofrimento do paciente quando os estudantes começam a ter contato com eles. Nesta mesma linha de pensamento, Rego (2005) critica a insuficiência na integração entre a competência ética e a competência técnica dos

médicos. Este autor afirma que, infelizmente, muitas escolas ainda estão baseadas em modelos onde o indivíduo é uma espécie de tábula rasa ou que o exemplo é suficiente para moldar o caráter dos futuros médicos. O papel da escola médica deveria ser o de promover um debate crítico da realidade para a atuação de forma autônoma, respeitando outras visões de mundo e direitos humanos.

Ainda existem outros fatores que influenciam o campo médico. Bonnewitz (1998), analisando Bourdieu, destaca a importância dos produtores e difusores presentes no campo econômico e que, por analogia, também se apresentam no campo médico, como o ensino em instituições escolares/universitárias que forma profissionais e difunde uma maneira específica de ver o mundo e a presença de instâncias especializadas da mídia (como revistas e programas de televisão), colóquios e conferências nacionais/internacionais também presentes no campo médico e que são estruturados pelos interesses de indústrias farmacêuticas e de desenvolvimento tecnológico.

As tecnologias empregadas na biomedicina, por estarem no mesmo contexto, fornecem meios para ver e ouvir o corpo humano. Elas têm seu valor reconhecido pelos benefícios que trazem para o diagnóstico e acompanhamento de várias enfermidades, possibilitando beneficiar muitas pessoas. Mas, simultaneamente, elas diminuem a autonomia dos pacientes e aumentam a dependência nos profissionais responsáveis por elas. Junte-se a isso o fato de que a tecnologia vem ganhando importância no campo médico, em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente.

Enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida, como também, não se verificava o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos. Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade.(CAPRARA e RODRIGUES, 2004, p.140)

Além do próprio dito “olho clínico” (ou “olhar anatômico”), as tecnologias proporcionam uma outra visão do que é um corpo humano: a possibilidade de ver os órgãos internos traz consigo uma espécie de domínio da verdade. É como se as



estruturas internas fossem exteriorizadas através da tecnologia e isto leva a uma incerteza sobre os limites do eu (HELMAN, 2003). O que pode ser visto ganha uma legitimidade científica e como verdade científica, passa a ser inquestionável. Segundo Helman:

Ainda que de grande benefício tanto para os pacientes como para os clínicos, esse processo também contribuiu para um estreitamento da visão médica – para o reducionismo, a dualidade entre corpo e mente e a objetificação do corpo, que são tão características hoje em dia da perspectiva que se tem da doença. (HELMAN, 2003, p.90).

Para Camargo Jr. (2003), o culto médico ao novo mostra que a profissão médica também é colonizada por um tipo de medicalização, pois ocorrem o abuso de exames complementares, assim como cirurgias e procedimentos especializados que também são decorrentes disso. Esse fenômeno está relacionado à ideologia de progresso científico que abrange a medicina e que é reforçado através da mídia que mostra doenças de difícil diagnóstico que só podem ser tratadas com tecnologia de ponta. Novamente, vê-se aqui como é forte no Ocidente a idéia de que algo científico é considerado mais verdadeiro e como os recursos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos atuam sobre o imaginário social dos médicos.

Haraway (2000) chama atenção para a modelação dos corpos pela biotecnologia, para o fato de como os corpos hoje são permeáveis à tecnologia e para o modo como isto cria novas relações sociais servindo como instrumento para a imposição de novos significados. As tecnologias médicas não são independentes do *agency* dos cientistas e médicos e nem dos indivíduos nos quais elas são praticadas (LOCK et al., 2000) e portanto, a prática médica não pode ser concebida independentemente do corpo material dos pacientes. Mas infelizmente, a medicina, muitas vezes, passa a lidar com o que Helman (2003) chama de “pacientes de papel”: laudos de exames que são produtos dessa tecnologia. Tem-se o afastamento do modo subjetivo de coleta de informações para um modo objetivo fornecido pela tecnologia de diagnóstico.

O “modo médico” de ser também envolve algo além do modo de ver o mundo e dominar as regras do seu campo: envolve também os encontros sociais com agentes que estão fora deste campo e que contribuirão para a legitimação do que é ser médico. No sentido atribuído por Goffman (2005), o “modo médico” de ser

também se constrói relacionalmente, através da interação com outros indivíduos e sua ação deve representar a si e causar uma impressão coerente nos outros. Ou seja, o meio social, os pacientes também projetam uma definição da situação e um entendimento do que significa ser um médico.

A utilização de certas características sociais, que dão a entender o que se pretende ser, permitem a obtenção de um direito moral de esperar que os outros o valorizem e o tratem de maneira adequada, como o uso de uma linguagem “médica”, uma postura ativa, demonstrar segurança, o uso de roupa ou jaleco branco, o estetoscópio no pescoço, a maleta, a escrita incompreensível. Segundo Goffman (2005), quando um indivíduo representa um papel, pede implicitamente aos observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Aí está um ponto a que os estudantes e jovens médicos se atêm: mais do que ter o conhecimento médico e dominar os códigos, é preciso parecer médico diante dos pacientes, ter “postura de médico”. Camargo Jr. (2003) e Helman (2003) reforçam essa afirmação ao relatarem que todo o ritual da consulta médica (olhares, gestos, perguntas, roupa branca) possuem enorme importância simbólica e que, quando o médico prescreve um medicamento, prescreve também algo de si. Muitas vezes, é preciso oferecer uma impressão idealizada, incorporando valores socialmente aceitos: “ser uma determinada espécie de pessoa não consiste meramente em possuir os atributos necessários, mas também em manter os padrões de conduta e aparência que o grupo social do indivíduo associa a ela.” (GOFFMAN, 2005, p.74).

Goffman (2005) afirma ainda que os indivíduos, como atores, querem manter a impressão de que vivem à altura dos padrões pelos quais são julgados e acabam vivendo em um mundo moral – o que passa a ser uma vantagem e uma obrigação – onde o interesse deste eu representado é saber se será acreditado ou não. É a prática que leva ao domínio da situação na relação médico-paciente, onde imbuídos das características sociais que julgam mais “típicas” do que é ser médico, os estudantes experimentam sua incipiente autoridade e (in)segurança frente aos pacientes. Chega um determinado momento em que conseguem obter sucesso, mas até então, terão, como eu e muitos dos meus colegas de graduação, escutado inúmeras vezes: “Você é muito simpático, meu querido, e estou adorando conversar com você, mas que hora o médico vem me ver?”.

Diante do que foi exposto até o momento, depreende-se que as instituições de ensino não preparam os profissionais para a realidade da saúde pública, nem em quantidade, nem em qualidade. Seriam necessários profissionais dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais e que compreendessem o processo saúde-doença em toda a sua complexidade com seus elementos sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais (PUSTAI, 2004). Segundo Rego (2005, p.29): “Médicos, por exemplo, têm uma formação profissional que ainda supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior. O trabalho nas áreas ambulatoriais não especializadas e/ou nos programas de saúde da família são vistos como tarefas “menores”, desvalorizadas pela corporação.” Esta desvalorização do serviço ambulatorial também está contida na hierarquia do campo médico, onde as especialidades cirúrgicas são mais valorizadas e o hospital e a prática privada são indicativos de maior status nesta escala. Conforme este autor, tal fato acontece devido à não acumulação de capital simbólico, à hierarquia do trabalho médico e à pouca oportunidade de interação com outros colegas.

A fragmentação do saber impede a integralidade, somada aos obstáculos sociais e institucionais (REGO, 2005). A prática médica, voltada geralmente para uma prática liberal e em ambiente hospitalar, é limitada devido às características econômicas brasileiras e ocorre, na maioria das ocasiões, em condições de assalariamento – o que indica uma proletarização da profissão médica. A inserção no mercado de trabalho ocorre geralmente através do vínculo em diferentes locais, com uma jornada de trabalho longa, precárias condições, baixos salários e falta de disponibilidade para a atualização profissional. Em meio a este contexto, ainda é necessário ouvir o paciente, demonstrar competência técnica e adequar o exercício da clínica a uma realidade social e cultural que pode ser muito diferente da sua – algo para o qual, geralmente, ele não está preparado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: SAINDO DO CAMPO**

Minha inserção na Antropologia e a experiência da pesquisa de campo possibilitaram uma reordenação (senão uma revolução) de conceitos que eu tinha como certos. Escolher trabalhar com a Antropologia da Saúde – o que parecia ser uma escolha lógica e confortável – mostrou-se uma opção instigante e perturbadora: ao mesmo tempo em que me sentia imensamente realizada em compreender o que minhas informantes pensavam e como viviam, comecei também a questionar qual o real papel social do médico e o que é o exercício da Medicina nos dias de hoje.

Munida de velhos conceitos médicos e novos conceitos antropológicos, entrei em campo sem saber exatamente o que esperar. As dificuldades iniciais de me fazer compreender por parte dos colegas da área de saúde, fizeram-me pensar o quanto a cidadela, no sentido atribuído por Stagnaro (2003), protege e isola os “homens de ciência” do mundo exterior. Como entender o que uma médica faz perambulando pelas Ciências Humanas? Profissionais da área de saúde geralmente precisam dar um grande salto para compreender que existem outros sistemas de pensamento além do seu.

Infelizmente (ou talvez, felizmente), a biomedicina nunca deu todas as respostas que eu buscava e o “modo médico” de ser precisou ser repensado, assim como a forma de ouvir e ver as pessoas – que realmente passaram a ser pessoas, com uma história de vida, angústias, dúvidas, alegrias, realizações... e não mais pacientes. A visão biomédica não possui a habilidade de entender o outro, nem sabe relativizar seus conhecimentos e acaba criando dificuldades no relacionamento e atendimento dos usuários dos serviços de saúde. E é este o eixo desta pesquisa: as lógicas do ponto de vista biomédico, do ponto de vista das políticas da saúde e do ponto de vista das mulheres que fazem uso de tecnologias contraceptivas se justapõem aqui. A análise antropológica é a única que pode acessar uma compreensão do modo como estas se interrelacionam na prática concreta das mulheres, já que todos os envolvidos neste processo (médicos, instituições de saúde

e usuárias) imprimem seu olhar e sua subjetividade sobre o mundo e todos são sujeitos ativos nestas interações.

Na abordagem antropológica, o corpo se apresenta como uma visão bastante diferente da biomédica e que leva alguém proveniente da área de saúde como eu, a enfrentar o estranhamento de “estar do outro lado”. A rotina de trabalho em uma unidade de saúde e o conhecimento das políticas públicas para esta área não significam conhecer a realidade das pessoas usuárias do serviço e estudar o próprio meio, tentando captar as lógicas desta experiência, se mostrou um desafio. O corpo, considerado o templo do saber biomédico, descortinou-se não apenas em um (o anatômico, como eu até então conseguia conceber), mas em vários corpos com diferentes experiências, corpos onde se inscreve a cultura e se articulam conhecimentos.

As crenças sobre o significado social, a estrutura e função do corpo, assim como o sentido dado aos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais, e como estes influenciam o comportamento das pessoas e o sistema social, político e econômico de determinado grupo social, são de interesse da Antropologia e apontam os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica para lidar com estas questões. Geralmente, os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às condições relacionadas à saúde, mas esta abordagem negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que intervêm na adoção desses comportamentos. Os médicos, muitas vezes, não chegam a tomar nenhuma atitude com relação às crenças e práticas de seus pacientes porque acreditam que elas não sejam importantes ou que não influenciarão determinado tratamento.

Deste modo, a análise da percepção dos processos de saúde-doença por diferentes grupos sociais não pretende negar a universalidade dos fenômenos biológicos, mas elucidar os diferentes modos como as sociedades concebem o corpo variam e determinam o que é visto como normal e anormal a partir de valores vigentes. Por evidenciar a conjunção das concepções biológicas e sociais acionadas pela cultura, a reprodução foi escolhida como elemento de análise desta pesquisa, um vez que envolve a reprodução da espécie e da própria sociedade e também por ser esta a base de minha formação profissional como médica.

Conforme demonstram os dados obtidos através desta pesquisa, as tecnologias contraceptivas, mesmo modificando o comportamento reprodutivo, parecem não ter modificado o papel tradicional feminino. A maioria das mulheres continua almejando formar a própria família e exercer plenamente a maternidade como uma complementação do que significa, para elas, ser mulher. O modelo de família é mantido enquanto houver condições favoráveis para tanto, mas o casamento não é mais pensado como algo definitivo, já que a inserção no mercado de trabalho permite certa autonomia financeira – o que faz com que uniões e rompimentos ocorram com maior frequência.

As práticas reprodutivas, aqui referindo-me ao controle de fertilidade possibilitado pelo uso regular de contraceptivos, estão diretamente relacionadas a esta estrutura de família pois quanto menos filhos a mulher tiver, maior sua mobilidade, mais tempo ela tem para se dedicar aos estudos, maior a chance de conseguir um emprego, além de ser maior sua liberdade sexual. As mudanças decorrentes dos novos valores presentes na sociedade passam pelo controle de fertilidade e uso de contraceptivos cada vez mais eficazes, mas a estrutura se mantém: o que significa ser mulher não parece ter mudado, assim como a importância da família.

As informantes desta pesquisa iniciaram seu controle de fertilidade utilizando o contraceptivo oral, que pode ser considerado um método mais “tradicional”, geralmente indicado por amigas ou familiares, e que também pode ser facilmente adquirido em uma farmácia sem receita médica (o que evita submeter-se a horas de espera em uma unidade de saúde). A maioria das informantes também demonstrou estar a par dos mais recentes lançamentos contraceptivos no mercado, o que indica que a circulação de informação sobre os métodos contraceptivos é mais rápida que o acesso a eles. Esta circulação de informações se deu tanto pela mídia, conversas informais com pessoas conhecidas, aulas de biologia ou educação sexual nas escolas, como também através do profissional de saúde.

O fato das próprias mulheres já chegarem decididas ao serviço de saúde com respeito ao método contraceptivo que desejam usar evidencia que elas buscam informações a este respeito fora do serviço de saúde. Estas mulheres também foram bastante incisivas sobre o método que não desejam usar, como o DIU, cujos motivos são uma soma de insegurança quanto ao método, temor de desenvolver problemas

ginecológicos e diferentes concepções de corpo – algo que merece uma pesquisa futura.

A escolha do método a ser usado também não é discutida com os parceiros, indicando que estas mulheres desejam ter um controle maior sobre seus corpos e sobre suas vidas, uma vez que elas não têm o casamento como algo definitivo. Ao escolher um método contraceptivo, estas mulheres atuam como agentes que moldam suas próprias vidas reprodutivas, apesar de restritas às opções do serviço público de saúde. Estas opções podem não ser necessariamente adequadas às concepções reprodutivas das mulheres, mas este estudo mostra que elas buscam respaldo na autoridade médica e no modelo biomédico, ao mesmo tempo que o processam de um modo que seja coerente com sua lógica.

Através das imagens gráficas do aparelho reprodutivo realizadas pelas informantes, pode-se averiguar que as mesmas possuem conhecimento da existência das estruturas anatômicas, mas sua localização e função podem divergir do modelo biomédico. Mesmo assim, a maioria das mulheres tentou referir-se ao modelo biomédico, o que demonstra a circulação de informação existente no seu meio e que este modelo é internalizado ao mesmo tempo que o conhecimento leigo não é negado. Ambos sistemas de pensamento são utilizados sem aparentes contradições.

Ficou evidente também que este entendimento diverso, não altera a forma de uso do método contraceptivo, nem sua eficácia entre as mulheres deste grupo estudado. A disponibilidade de diferentes tipos de tecnologias contraceptivas na rede pública tem possibilitado a demanda por métodos mais seguros (como os injetáveis), mas esta preferência não se reflete na concepção que as mulheres têm do funcionamento do seu corpo – sendo que as representações gráficas coincidem com as de outras pesquisas anteriormente citadas. As representações gráficas, portanto, não refletem a aceitação pelos métodos contraceptivos injetáveis, pois tratando-se de um fenômeno relativamente recente, provavelmente será necessária uma nova análise futuramente para averiguar possíveis modificações neste quadro.

Mas a crescente demanda pelo método injetável nos faz refletir sobre como uma nova opção oferecida pelo serviço público de saúde vem fazendo com que as mulheres repensem a relação com seu corpo em busca de segurança contraceptiva e autonomia. Este fato chama a atenção porque a alteração do padrão menstrual

promovida pelos métodos injetáveis fez com que as mulheres elaborassem outras categorias explicativas para justificar e compreender tal alteração do fluxo menstrual ou mesmo sua ausência, assim como seu modo de funcionamento por se tratar de uma outra via de administração do medicamento – algo constantemente negociado. Ou seja, saberes localizados que são construídos e contestados neste fluxo de acontecimentos.

Ao contrário do que afirma o senso comum dos profissionais de saúde, as informantes desta pesquisa não utilizam os métodos contraceptivos de forma “inadequada”. Elas admitiram “esquecer” propositalmente o anticoncepcional utilizado porque, na verdade, desejavam engravidar – o que demonstra sua autonomia frente ao parceiro e seu agenciamento com relação à medicação.

Apesar de toda a informação disponível atualmente, as mulheres desta pesquisa geralmente associaram o período fértil à época próxima da menstruação, o que é concordante com outros estudos previamente citados. Mesmo considerado que a menstruação seja composta por um sangue “sujo” e ser responsável por uma espécie de limpeza do organismo, este mesmo sangue é considerado necessário para o surgimento de uma vida. Um paradoxo que envolve que envolve limpeza e sujeira, sagrado e profano, sexo e pecado, toda uma simbologia com uma lógica interna própria que configura as crenças a respeito da reprodução.

O modo como o corpo, a reprodução e a família são entendidos podem dar sentido às práticas contraceptivas. Os métodos contraceptivos têm demonstrado ser um fator fundamental na mudança no comportamento reprodutivo feminino, já que as mulheres podem dominar sua natureza biológica, mas esta liberação tem sido lenta devido às construções culturais. Ocorreu a liberação da mulher biologicamente, mas não ideologicamente: as mulheres continuam gestando, parindo, amamentando e cuidando de seus filhos como sempre fizeram e continuam tomando essa responsabilidade para si.

Portanto, aprender a lidar com a diversidade cultural, aprender que existem outros valores e novas concepções de saúde e doença são fundamentais para diminuir a distância entre os profissionais de saúde e aqueles que não o são – o que permitirá a realização de procedimentos que sejam compreensíveis e aceitáveis para ambos os lados, melhorando o sucesso das ações em saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGOD, Lilá. Writing against culture. In: FOX, Richard (org.). **Recapturing anthropology: working in the present**. Santa Fe: School of American Research Press, 1991. p. 137-162.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

BARROSO, C.; CORRÊA, S. Public servants, professionals and feminists: the politics of contraceptive research in Brazil. In: GINSBURG, Faye e RAPP, Rayna (orgs.). **Conceiving the New World Order: the politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995. p. 292-306.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio. Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo, n.74, p.11-15, mar. 2006.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n.2, p.366-381, 1993.

BLANC, A.K. The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. **Studies in Family Planning**. v.32, n.3, p.189-213, Sep. 2001

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Graal, 2004.

BONGAARTS, John; JOHANSSON, Elof. Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world. **Studies in Family Planning**. v.33, n.1, p.24-36, Mar. 2002.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOURDIEU, Pierre. Structures and the habitus. In: BOURDIEU, Pierre. **Outline of a theory of practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p.72-95.

\_\_\_\_\_. Sobre o poder simbólico. In: \_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Lisboa: Diefel, 1989. p.7-16.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas.** Sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 2005.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BOZA JIMENEZ, E.J., KRAJDEN, M.L., UHLIG, R.F.S. **Planejamento familiar.** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

BUCHMANN, E.T. **A Trajetória do Sol:** um estudo sobre a identidade do emigrante polonês no sul do Brasil. Curitiba: Fundação Cultural, 1995.

CALDEIRA, T.P.R. Uma incursão pelo lado “não respeitável” da pesquisa de campo. **Ciências Sociais Hoje.** Trabalho e Cultura no Brasil. Recife: CNPq ANPOCS, 1980.

CAMARGO Jr., K.R. **Biomedicina, saber e ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, M.G.; CRAVO, V.Z. O beco do diabo: uma especificidade cultural. **Boletim de Antropologia.** Curitiba, v.2, n.3, p.13-33, 1990.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A .Z. **Desvendando máscaras sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p.87-122.

CORRÊA, Mariza. O sexo da dominação. **Novos Estudos CEBRAP.** São Paulo, n. 54, p. 43-53, jul. 1999.

CORRÊA, S., ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.) **Sexo e vida.** Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. Unicamp, 2003. p.17-78.

COSTA, T., STOTZ, E.N., GRYSZPAN, D., SOUZA, M.C.B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface.** Comunicação, saúde, Educação. v.10, n.20, p.363-380, jul/dez 2006.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z.; POSSE, Z. C. S. Crescei e multiplicai-vos. **Anais da Associação Brasileira de Antropologia.** Campinas, 1981.

\_\_\_\_\_. Mulheres e a dinâmica do comportamento reprodutivo. **Anais da Associação Brasileira de Antropologia.** Porto Alegre, 1990.

\_\_\_\_\_. A diversidade cultural e a reprodução humana. **Educar em Revista.** Curitiba, n.11, p.63-74, 1995.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano:** artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1996.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; GIGANTE, D.P.; MENEZES, A.M.B.; OLINTO, M.T.A.; MACEDO, S.; BRITTO, M.A.P.; FUCHS, S.C. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cad. Saúde Pública**. v.18, n.1, p. 93-99, jan-fev., 2002.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. Ensaio sobre as noções de poluição e tabu. Lisboa: Edições 70, 1991.

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

DUQUE-ARRAZOLA, L.S. O cotidiano sexuado de meninos e meninas em situação de pobreza. In: MADEIRA, F.R. **Quem mandou nascer mulher?** - Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1996. p.343-402.

DURHAM, E.R. Família e reprodução humana. In: **Perspectivas antropológicas da mulher** – vol.3. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p.13-44.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2003.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M.A.; OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; BAHAMONDESE, L.; SOUSA, M.H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres em Campinas, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.5, p. 583-90, 2003.

FACHEL, Jandyra M.G., LEAL, Ondina F., GUIMARÃES Jr., Mário. O corpo como um dado: material etnográfico e aplicação de análise de correspondência. In: LEAL, Ondina Fachel (org.). **Corpo e significado**: Ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001, p. 37-53.

FERNANDES, Magda F. Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre planejamento familiar na periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 (sup. 2): S253-S261, 2003.

FERREIRA, J. **O corpo sígnico**. Representações sociais sobre corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares. Porto Alegre, 1993. 204f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra**. Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. A vontade de saber. São Paulo: Graal, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

\_\_\_\_\_. **Obras e Vidas**. O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

GOFFMAN, Erving. **A apresentação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2005.

GOOD, B. **Medicine, Rationality and Experience**. Cambridge University Press, 1994.

GUTMANN, M. **The missing gamete: men's place in the global "female contraceptive culture"**. In: CONFERENCE ON REPRODUCTION, GLOBALIZATION AND THE STATE. Bellagio, 1-7 June, 2006.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, T.T. (org.). **Antropologia do ciborgue**. As vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 39-129.

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 40-58.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.L.M.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (orgs.). O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz / Garamond, 2006.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOGA, L.A.; MUÑOZ, L.A.G.; MUÑOZ, E.M. O papel materno na família de baixa renda: um estudo transcultural. **Família, Saúde, Desenvolvimento**, Curitiba, v.2, n.1, p.43-54, jan/jun. 2000.

IANNI, Otávio. **Raças e classe social no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1976.

KAPTCHUK, T.; EISENBERG, D. The persuasive appeal of alternative medicine. **Annals of Internal Medicine**, v.129, n.12, Dec. 1998.

KAUFERT, P.A. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: LOCK, Margaret; YOUNG, Alan e CAMBROSIO, Alberto. **Living and working with the new medical technologies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p.165-183.

KLEINMAN, A, EISENBERG, L., GOOD, B. Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, p. 251-258, 1978.

KLEINMAN, A. Orientations 2: Culture, health care systems and clinical reality. In: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. University of California Press: Berkeley and Los Angeles, 1981.

KLOETZEL, Kurt. **O que é contracepção?** São Paulo: Brasiliense, 1987.

KNAUTH, Daniela R., OLIVEIRA, Francisco A . Antropologia e atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B., SCHMIDT, M.I., GIULIANI, E. (org.). **Medicina Ambulatorial**: Condição de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.155-159.

KOZEL, S. **Caracterização do espaço curitibano**. Disponível em: [www.cidadedoconhecimento.org.br](http://www.cidadedoconhecimento.org.br) . Acesso em: 01 nov. 2007.

LEAL, O.F. Cultura reprodutiva e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**. Ano 6, n.2, p.376-392, 1998.

LEAL, O.F.; LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O.F.(org.). **Corpo e significado**: Ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001. p.55-74.

LEAL, Ondina F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, Ondina F. (org.). **Corpo e significado**. Ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2001. p. 15-36.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, I.C. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. **Cad. Saúde Pública**. v.19, n.4, p. 1005-1016, jul-ago, 2003.

LOCK, Margaret; YOUNG, Alan e CAMBROSIO, Alberto. **Living and working with the new medical technologies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

LOYOLA, M.A. Sexualidade e reprodução. **Physis**, v.2, n.1, p.93-105, 1992.

LUZ, M.T. (org.). **O lugar da mulher**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LUZ, M.T. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde. In: SOUZA, A.N.; PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006. p.195-203.

MacCORMACK, Carol; DRAPER, Alizon. Social and cognitive aspects of female sexuality in Jamaica. In: CAPLAN, Pat (org.). **The cultural construction of sexuality**. Londres: Tavistock, 1987. p.143-165.

MACHADO, Paula Sandrine. **Muitos pesos e muitas medidas**. Um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e reprodutivas. Porto Alegre, 2003. 164p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

METCALF, E.V.; BERGER, C.V.; NEGRI F<sup>o</sup>, A.A. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, E. (org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.160-168.

MINTZ, S. Encontrando Taso, me encontrando. **Dados**. v.27, n.1, p. 45-58, 1984.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M.L. (org.). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.117-145.

MORAES, M.L.Q. Família e feminismo: o encontro homem/mulher como perspectiva. **Perspectivas**, São Paulo, n.8, p.143-152, 1985.

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.

MUNIZ, J. Feminino – a controvérsia do óbvio. **Physis**, v.2, n.1, p.61-92, 1992.

NADER, L. Magic, science and religion revisited. In: \_\_\_\_\_. **Naked science**. New York: Routledge, 1996. p. 259-276.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface** – comunicação, saúde, educação. v.6, n.10, p.63-74, fev.2002.

OLIVEIRA, F.A. **Serviços de saúde e seus usuários**. Comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. Porto Alegre, 1998. 206f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

ORTNER, Sherry B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M.Z. e LAMPHERE, L. (org). **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 95-120.

ORTNER, Sherry. Theory in anthropology since the sixties. In: DIRKS, Nicholas et al. **Culture/power/history**: a reader in contemporary social theory. Princeton: Princeton Univ. Press, 1994. p. 373-411.

OSIS, M.J.D., DUARTE, G.A., CRESPO, E.R., ESPEJO, X., PÁDUA, K.S. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1586-1594, nov./dez. 2004.

PAIM, H.H.S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p.31-48.

PUSTAI, O.J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B., SCHMIDT, M.I., GIULIANI, E. (org.). **Medicina Ambulatorial**: Condição de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.17-21.

QUINTAS, F. **Sexo e marginalidade**. Um estudo sobre a sexualidade feminina em camadas de baixa renda. Petrópolis: Vozes, 1986.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política e trabalho**. n. 24, p. 27-57, 2006.

REGO, S. **A formação ética dos médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

REYES, R. (org.). **Diccionario Crítico de Ciencias Sociales**, Pub. Electrónica, Universidad Complutense, Madrid, 2002. Disponível em: [www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario) . Acesso em 20 dez. 2007.

RODRIGUES, J.C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RUSSO, J. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, A.N.; PITANGUY, J. **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p.184-194.

SAHLINS, M. **Ilhas de História**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SARDENBERG, C.M.B. De sangrias, tabus e poderes. **Revista Estudos Feministas**. n.2, p. 314-345, 1994.

SARTI, C.A. A família como universo moral. In: **A família como espelho**. Um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados, 1996. p.35-63.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo. n.54, p. 37-49, ago. 1985.

SCAVONE, L. BRETIN, H., THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Revista Estudos Feministas**. n.2, p.357-372, 1994.

SCHIAVO, M.R. et al. Diafragma: o estigma da barreira. **Femina**. v.27, n.4, p. 335-344, maio 1999.

SCHOR, N.; FERREIRA, A.F.; MACHADO, V.; FRANÇA, A.P.; PIROTTA, K.C.M.; ALVARENGA, A.G.; SIQUEIRA, A.A.F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 377-384, abr-jun, 2000.

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

SIMMONS, R.; HALL, P.; DIAZ, J.; DIAZ, M. FAJANS, P.; SATIA, J. The strategic approach to contraceptive introduction: Lessons from eight countries. **Studies in Family Planning**. v.28, n.2, p.79-94, June 1997.

SNOW, L.F.; JOHNSOM, S.M. Modern day menstrual folklore. **JAMA**, v.237, n.25, p. 2736-2739, June, 1977.

STAGNARO, A. Ciencia y debate antropológico: distintas perspectivas. **Cuadernos de Antropología Social**. Buenos Aires. n.18, p. 87-105, Dic. 2003.

STRATHERN, Marilyn. **Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies**. New York: Routledge, 1992.

SZTUTMAN, R., NASCIMENTO, S. Antropologia de corpos e sexos: entrevista com Françoise Héritier. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v.47, n.1, p.235-266, 2004.

TAKIUTI, A.D. A saúde da mulher adolescente. In: MADEIRA, F.R. (org.). **Quem mandou nascer mulher?** Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. p.213-290.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **RAP**. Rio de Janeiro, v.40, n.1, p. 27-55, jan./fev. 2006.

TURNER,V. **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes, 1974.

UCHÔA, E., VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, out./dez., 1994.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E.O. (org.). **A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.36-46.

VELHO, Gilberto. O antropólogo pesquisando em sua cidade: sobre conhecimento e heresia. In: VELHO, Gilberto (org.). **O desafio da cidade**. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p.13-21.

VICTORA, C. A mãe do corpo dentro do corpo da mãe. **Corpos**, Cadernos do NUPACS – Série Textos de Divulgação, n.009/96. Porto Alegre: NUPACS/UFRGS, 1996.

VICTORA, C.G. **Mulher, sexualidade e reprodução**: representações do corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre, 1991. 203 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

\_\_\_\_\_. As relações de gênero na Vila Divina Providência, ou o que *Elas* esperam *Deles*. In: Cultura e Identidade Masculina. **Cadernos de Antropologia**, UFRGS, n.7, p.15-28, 1992.



\_\_\_\_\_. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: LEAL, Ondina Fachel (org.). **Corpo e significado: Ensaio de Antropologia Social**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001. p.75-87.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VICTORA, Ceres G., KNAUTH, Daniela R. Images of the body and the reproductive system among men and women living in shantytowns in Porto Alegre, Brazil. **Reproductive Health Matters**. v.9, n.18, p.22-33, Nov. 2001.

VIEIRA, E.M.; BDIANI, R.; DAL FABBRO, A.L.; RODRIGUES Jr., A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.36, n.3, p. 263-70, 2001.

VIEIRA, Elisabeth M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (org.) **Sexo e vida**. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. Unicamp, 2003. p. 151-196.

WACHOWICZ, Ruy. **Abranches: um estudo de história demográfica**. Curitiba: Vicentina, 1976.

WACQUANT, L. **Esclarecer o habitus**. Disponível em: [http://sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/wacquant\\_pdf/ESCLARECEROHABITUS.pdf](http://sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/wacquant_pdf/ESCLARECEROHABITUS.pdf). Acesso em: 20 mar. 2007.

## APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

- nome
- idade
- endereço
- renda aproximada
- nível de instrução e trajetória escolar
  - idade de ingresso
  - repetências
  - interrupções e motivo
  - idade de conclusão
- filiação religiosa atual e anterior
  - importância da religião
  - educação religiosa recebida pelos pais
  - freqüência à igreja
  - educação religiosa transmitida aos filhos
- ocupação atual e anterior
  - idade com que começou a trabalhar
  - tempo dedicado ao trabalho
  - grau de satisfação
  - tipo de trabalho e horário
  - significado do trabalho extra-doméstico
  - realização de dupla jornada
  - interrupções e motivo
- trajetória de mobilidade geográfica
- trajetória de mobilidade social

### 2. FAMÍLIA:

- quem é a família
- parceiro atual
  - tempo de união
- uniões anteriores
- idade com que teve o primeiro filho
- filhos com o atual parceiro
- filhos de outras uniões
  - onde/com quem moram
- tipo de moradia
  - própria/ alugada/ emprestada

### 3. ANTECEDENTES PESSOAIS E GINECOLÓGICOS

- Menarca
  - idade
  - o que sabia sobre o assunto e por intermédio de quem
  - significado de começar a menstruar
- gestações e tipos de parto
- significado de ser mãe / mudanças na vida
- padrão menstrual
  - restrições durante o período menstrual
  - sentimentos quanto à menstruação
  - reação à possibilidade de não menstruar mais (pelo uso de medicação ou quando chegar a menopausa)
  
- intercorrências / tratamento ginecológico
  - 1º exame ginecológico
- antecedentes familiares de alterações ginecológicas
- procedimentos de saúde aprendidos na família

### 4. ANAMNESE SEXUAL

- início da atividade sexual
  - idade com que começou a namorar
  - idade da primeira relação sexual, seu contexto (local, tempo de relacionamento), utilização de algum método contraceptivo e quem o escolheu
- fontes de informação sobre sexualidade, DSTs e contracepção
- parceiros anteriores
  - número de parceiros
  - métodos de prevenção utilizados
- importância da vida sexual
- frequência da atividade sexual e iniciativa
- satisfação
- queixas

### 5. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

- métodos conhecidos – citação espontânea
- conhecimento de outros métodos
- método que nunca usaria e porquê
- métodos já utilizados
  - fase da vida
  - tempo de uso
  - descontinuidade ou interrupção e motivos
- método utilizado atualmente
  - quem indicou
  - forma de uso – é coerente com a orientação médica?
  - modo de ação
  - modificação do padrão menstrual?
  - efeitos colaterais e sua atribuição

tabus/ crenças em relação ao método  
decisão sobre o uso (de contracepção e reprodução)  
satisfação

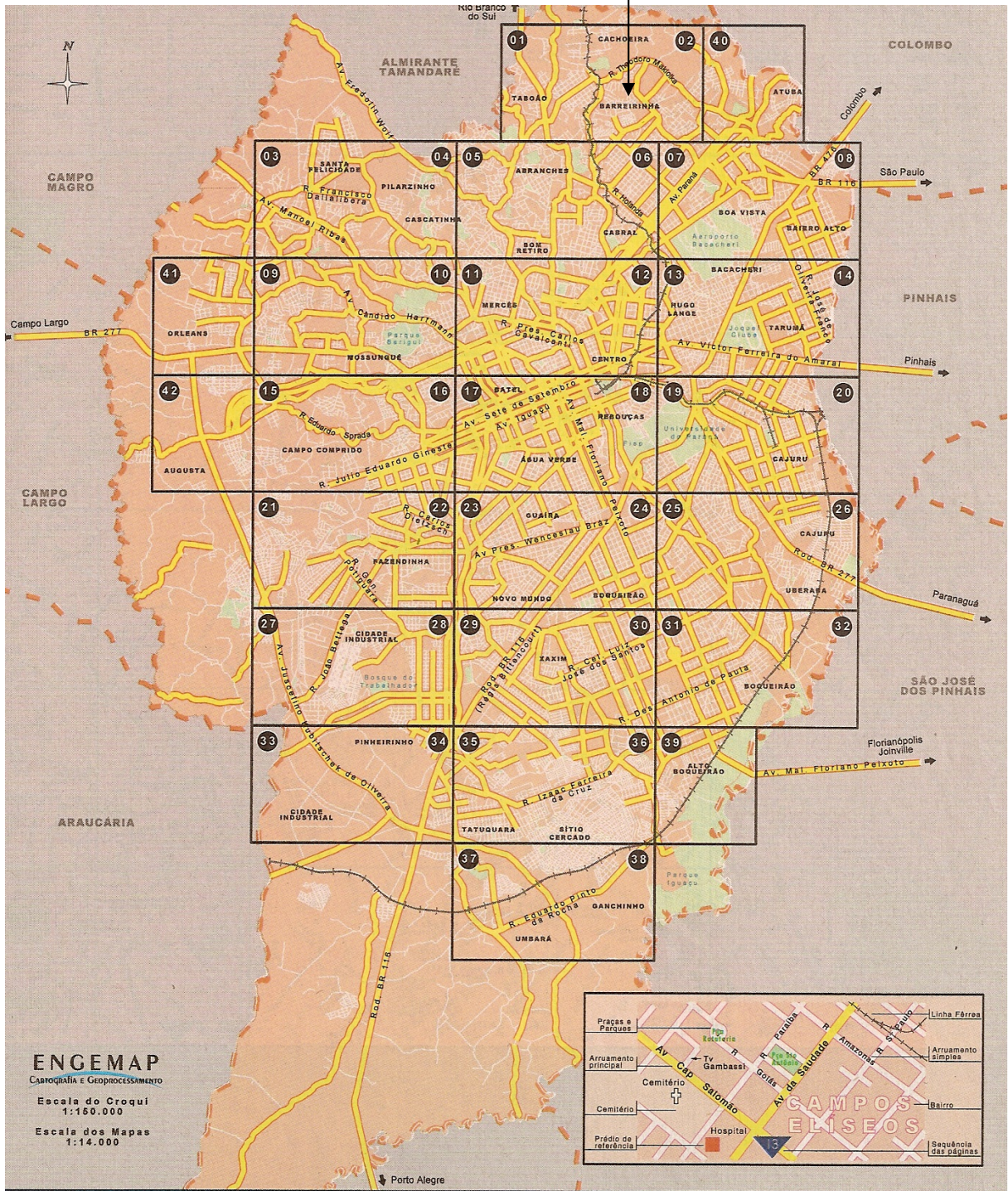
6. ANATOMIA E FISIOLOGIA REPRODUTIVAS – Representação gráfica

- concepção e localização das estruturas internas
- concepção de funcionamento
  - significado de menstruação, sua função e tipos de sensação
  - significado de período fértil e quando ocorre
  - concepção do funcionamento afeta adesão aos AC?
  - crenças relacionadas à aceitação de AC



# ANEXO – MAPA DE CURITIBA

Bairro onde está localizada a U.S. Santa Efigênia



Fonte: Guia Mais Curitiba 2002/2003