



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Anais

III Seminário Internacional Sociedade Inclusiva *Ações Inclusivas de Sucesso*

Belo Horizonte
24 a 28 de maio de 2004

Realização:



Mesa Redonda “Saúde e Inclusão”

CONTRACEPÇÃO: AUTONOMIA OU ENCARGO FEMININO? UMA ANÁLISE DA PREDOMINÂNCIA DE MULHERES NOS GRUPOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR¹

Maria Helena Camargos Moreira

José Newton Garcia de Araújo

Professor da PUC Minas

Palavras-chave: planejamento familiar - gênero - direitos reprodutivos - cidadania reprodutiva.

Resumo:

O presente trabalho baseia-se em dados de pesquisa desenvolvida em uma unidade de saúde pública da periferia de Belo Horizonte que atende a uma população de favela, em um programa de planejamento familiar e direitos reprodutivos. Observou-se a prevalência de mulheres, nos grupos destinados ao desenvolvimento do programa em questão. Tal prevalência, comum em unidades de saúde que atendem a camadas populares pobres, estaria relacionada a valores culturais e modos de vida da população usuária, às condições de funcionamento da unidade e, em especial, aos processos ambíguos por meio dos quais se ensaia a construção da cidadania no Brasil.

¹ Texto elaborado a partir da dissertação **Na contraluz dos direitos reprodutivos:** um estudo dos grupos de planejamento familiar implementados pela Prefeitura de Belo Horizonte, defendida em abril de 2002, no Mestrado em Ciências Sociais – Gestão das Cidades, por Maria Helena Camargos Moreira, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria e co-orientação do Prof. Dr. José Newton Garcia de Araújo.

Contracepção: autonomia ou encargo feminino? Uma análise da predominância de mulheres nos grupos de planejamento familiar

O planejamento familiar tem “rosto de mulher”

... Aos poucos, elas vão se acomodando no espaço exíguo da sala de reuniões improvisada. De meninas púberes a mais maduras, na menopausa, o grupo se compõe quase exclusivamente de mulheres. Algumas amamentam no colo o filho pequeno, enquanto ouvem as explicações da enfermeira. As adolescentes formulam perguntas sugestivas de estarem iniciando a vida sexual, por vezes respondidas pelas mais experientes, com ensinamentos extraídos da vivência pessoal. Sob olhares de soslaio ante temas até então silenciados, observam-se demonstrações explícitas ou mais reservadas de solidariedade pactuada em torno de dificuldades expressas por aquelas que ousam revelar angústias íntimas. As paredes da sala em que se agrupam não asseguram vedação acústica para preservar a necessária privacidade, mas tal condição não parece preocupar as participantes. (Registros em diário de campo da reunião do grupo de Planejamento Familiar realizada no Centro de Saúde “São José”, em 19/06/2001).

Do cenário acima sugerido, com profusão de elementos possibilitando uma abordagem múltipla, destacaremos o fator “predominância de mulheres”, que será objeto de discussão neste texto. Esse dado, detectado em pesquisa desenvolvida no *Centro de Saúde São José* (CSSJ), pode ser generalizado, de modo mais ou menos acentuada, para as demais Unidades que integram o sistema municipal de saúde de Belo Horizonte e, mais amplamente, para os serviços que atendem a populações de baixa renda, segundo estatísticas da Secretaria de Saúde desta cidade. Nesse contexto social, parece justificada a observação de Mascareño (apud Castañeda, 2000) de que “la salud tiene rostro de mujer”. A pesquisa em questão focalizou a estrutura dos processos de informação desenvolvidos nos grupos de planejamento familiar implementados pela Prefeitura de Belo Horizonte. Os dados apresentados foram obtidos mediante observações em sessões de grupos e entrevistas com as mulheres que deles participavam, além de documentos disponíveis nos órgãos municipais de gestão do Programa.

A título de esclarecimento, o Centro de Saúde São José presta serviços básicos de atendimento à população da favela homônima, composta de aproximadamente 10 mil habitantes que vivem em condições de extrema pobreza e dependem de recursos públicos para resolver problemas de saúde e efetivar os direitos reprodutivos. De acordo

com dados do IPEAD (1998), essa população é predominantemente jovem e os índices de escolaridade são baixos: 54% se situam abaixo de 21 anos, e, no total da população cadastrada, 74% têm apenas o primeiro grau incompleto. Em razão da precariedade das condições de vida e urbanísticas, a “Vila”, como a região é designada pelos moradores, se enquadra nos espaços urbanos tipificados por DAMATTA como “transitórios e problemáticos, que recebem tratamento diferente, que materializam a desigualdade e o conflito social, antinomia do desenvolvimento e da civilidade” (1997: 45).

No aspecto de saúde reprodutiva, os dados da população usuária deste Centro de Saúde são preocupantes. Segundo levantamento do Distrito Sanitário Noroeste/PBH - DISANO, relativo a 1996, os índices de gestantes com idade inferior a 20 anos e baixa ou nenhuma escolaridade, eram superiores à média das outras quinze unidades de saúde da Prefeitura: 125 mulheres com menos de 20 anos, num total de 930; e 461 analfabetas ou apenas com o primeiro grau, num total de 4.003. Além disso, os altos índices de ocorrência de gravidez na adolescência eram motivo de preocupação para os profissionais do CSSJ e das instâncias da gestão municipal.

A precariedade das condições de vida da população motivou a inclusão do Centro de Saúde São José entre as Unidades de Saúde pioneiras na implantação do Programa de Planejamento Familiar (PPF) da Prefeitura de Belo Horizonte, em 1994. Por essa razão, escolheu-se o CSSJ como campo de pesquisa, observando-se que ele se assemelha a outras Unidades de saúde pública, na estrutura operacional e nas características socioeconômicas da população usuária.

A investigação confirmou os desafios inerentes aos estudos desenvolvidos em contextos sociais de acentuada miséria. Ela exigiu novos exercícios de percepção, frente à condição da população usuária, bem como estratégias específicas de comunicação, como uma interação mais informal com as mulheres entrevistadas, além de um esforço de interpretação de seus códigos lingüísticos, de seus valores e modos de vida.

Em estudos como este, por vezes o fio elucidativo dos dados se esconde no avesso da “casca empírica”, como diria DEMO (1995), encapsulando-se em situações inusitadas ou aparentemente casuais. Assim, foi por vias tortuosas e inversas à lógica de previsibilidade que emergiram dados relevantes para nossa análise, ora explicitados nas

falas das mulheres, ora eclipsados em seu silêncio ou nos gestos contidos, exigindo sensibilidade apurada para serem decodificados.

A predominância de mulheres nos grupos pesquisados exigiu ainda uma abordagem de gênero que ultrapassasse a conotação biologizante e determinista imputada a “sexo”. Isso nos permitiu explorar melhor o fenômeno da predominância feminina, bem como avaliar a fragilidade das estratégias das Unidades de Saúde para a inclusão de homens no PPF.

Os dados aqui apresentados referem-se aos processos de inserção nos grupos, à opção pela contracepção, ao acesso aos métodos contraceptivos, aos conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da reprodução e aos efeitos do método adotado sobre o organismo. Esses dados revelaram também os valores e modos de vida das mulheres pesquisadas, em sua relação com: a reprodução e a contracepção; os conflitos entre os casais; os papéis atribuídos a homens e mulheres; a organização e funcionamento do PPF e do sistema público de saúde. Eles nos possibilitaram ainda analisar em medida os direitos reprodutivos assegurados em lei se efetivam na prática.

Para contextualizar e historiar esses dados, julgamos proveitoso lembrar alguns aspectos do processo de conquista dos direitos reprodutivos no Brasil, donde brotou a formulação e a estruturação do Programa de Planejamento Familiar. Abordaremos, em seguida, as características da população atendida no Centro de Saúde São José.

A conquista dos direitos reprodutivos e o PPF

A proteção legal dos direitos reprodutivos no Brasil é fruto de um longo processo de luta em que contracenam diversos atores sociais. Por esta via, o planejamento familiar, até então à deriva de iniciativas de governantes e entidades privadas, passou a constituir dever do Estado, como se lê no artigo 226, parágrafo 7 da Constituição:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Apud DORA, 1999).

A universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos se aplica indistintamente a homens e mulheres, estando expressa na Constituição e reiterada nos termos da Lei Federal 9.263, de dezembro de 1996, artigo 3º, que regulamenta a oferta de serviços de planejamento familiar:

*Artigo 3º- “O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de **atenção à mulher, ao homem ou ao casal**, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (grifo nosso).*

No plano internacional, os documentos produzidos a partir das convenções multilaterais compõem a legislação de proteção aos direitos humanos, nos planos sexual e reprodutivo. Entre os eventos de que o Brasil participou, merece destaque o Programa de Ação do Cairo (1994), que legitima a noção de direitos reprodutivos, como expresso no parágrafo 7.3 do documento final:

... os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos (...) Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer... (Apud CORREA, 1999:29).

No ano seguinte, o Brasil se fez representar na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, na China (1995). Entre os pontos acordados, constou uma referência (item 96) às relações homem-mulher:

As relações igualitárias entre a mulher e o homem, a respeito das relações sexuais e da reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências do comportamento sexual (Apud DORA, 1999:78).

Percorre-se, todavia, um longo processo de luta, do qual participaram os movimentos de mulheres, políticos e a Igreja Católica, entre outros, até se chegar à proteção legal do direito de ter ou não filhos, quantos e quando, assegurado pela Constituição, além do acesso aos meios materiais e simbólicos para efetivá-lo. Aqui tiveram lugar as pressões sociais relativas às mudanças no comportamento reprodutivo, com tendência à redução do número de filhos, assim como aos novos papéis dos homens e mulheres, relacionados à delimitação da prole, à sexualidade e à manutenção da família. Tais fatores já se configuravam ao final dos anos 60 e se aprofundaram na década seguinte. Com efeito, os

anos 60/70 são sublinhados, na história social brasileira, pela acentuada, súbita e generalizada queda da fecundidade, nos diversos estratos sociais, no meio rural e urbano, ressalvadas algumas flutuações regionais. A partir de então, as taxas de fecundidade vão gradualmente diminuindo, de modo a alcançar, em tempos mais recentes, índices ainda mais baixos (2,7, em 1991, e 2,2 em 1999, segundo dados do Censo Demográfico).

“Deus dá, Deus cria...”

Sabemos bem que, em décadas anteriores, as decisões acerca de ter ou não ter filhos - mas isso ainda não desapareceu totalmente - eram afetas aos desígnios divinos e às regras da natureza. Por isso, antes do período acima mencionado, no Brasil, não se registram demandas sociais e políticas de planejamento familiar capazes de balizar a discussão pública. Razões de ordem religiosa, econômica e valores culturais sustentavam a constituição de prole numerosa e as vantagens de ter filhos. A visão sexista dos papéis sociais (ainda não de todo superada) reservava à mulher uma posição de subordinação e de autonomia restrita, reduzindo-a a um corpo reprodutivo e cerceando, via de regra, ideais e projetos de vida que ultrapassem as funções de mãe e dona de casa.

As mudanças no comportamento reprodutivo - a despeito das tentativas conservadoras de regulação, por parte da Igreja Católica - ocorreram nos diversos estratos sociais, de forma generalizada e sem interferência do Estado, ou seja, à revelia de políticas de planejamento familiar, praticamente inexpressivas nas décadas de 60 e 70.

Entre as várias explicações desse complexo fenômeno, a ampliação do contingente de mão-de-obra feminina, na população economicamente ativa, um aspecto a ser destacado. O trabalho assalariado, apesar de reduzir a presença da mulher em casa, não a eximiu das funções domésticas tradicionais. Nessa nova ordem de papéis, as atribuições sociais acumuladas não foram partilhadas pelos homens nem se fizeram acompanhar da implementação de políticas de educação e guarda das crianças pequenas, o que tornou ainda mais difícil o cuidado de muitos filhos. Com o acúmulo de funções domésticas e profissionais, envolvendo tempo e desgaste físico, a inserção da

mulher no mercado de trabalho e nos espaços públicos tornou mais frágeis seus papéis tradicionais. Isso propiciou relações mais igualitárias, ou, melhor, menos assimétricas, entre os casais, ampliando o nível de autonomia da mulher, em suas decisões relativas à delimitação do número de filhos.

Merece ainda destaque o avanço tecnológico que possibilitou a produção de meios anticoncepcionais disponibilizados no mercado. Tal acontecimento foi significativo para o processo de “liberação da mulher” nos anos 70, sendo o direito ao prazer sexual uma de suas bandeiras. Nos anos 60, métodos contraceptivos, como a pílula e o DIU (dispositivo intra-uterino), já se encontravam disponíveis no mercado. Desta maneira, propiciavam meios para concretizar o propalado ideal de liberação, possibilitando ainda a separação entre a reprodução e a sexualidade.

Neste processo de luta, cabe mencionar o papel do movimento feminista que ousou questionar valores, papéis e representações entranhadas na cultura brasileira. Torna-se relevante o lugar das mulheres como ator político coletivo ou “na verdade, atrizes”, no dizer de Souza Lobo (apud FARAH, 1999:68), pois elas estavam presentes nos diversos movimentos sociais, não apenas na construção da cidadania reprodutiva. Isso ensejou mudanças nas arraigadas matrizes culturais que reservavam à mulher uma posição de subordinação, tanto no nível micro quanto macrossocial. Na visão de CITELI (1996:18),

o cerne dessa transformação reside na desnaturalização dos processos que envolvem a reprodução que, cada vez mais, deixa de ser representada como desígnio divino ou destino feminino inarredável, para ser pensada como fenômeno passível de controle e decisão individual.

Desnaturalizada, a reprodução torna-se passível de intervenção. Daí o aparecimento dos serviços de planejamento familiar, no Brasil, com efetivação ocorrendo a partir de 1983, mediante a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Este é considerado um marco na história das políticas de gênero no país, em função de seus princípios estruturadores, como a ênfase na dimensão educativa, “pretendendo-se alterar valores e práticas de saúde de caráter sexista”, e a priorização de “ações de promoção da saúde das mulheres e não apenas da saúde de seus filhos” (COSTA, apud Costa e Aquino, 2000:186). Mas, a despeito da justeza dos princípios orientadores do PAISM, um ponto frágil de sua formulação é justamente a não-inclusão dos homens, particularmente, nas ações relacionadas ao planejamento familiar.

A partir da Constituição de 88, os serviços de planejamento familiar ofertados pelos municípios paulatinamente se ampliam. No entanto, só quase uma década depois foi promulgada a Lei Federal 9.263, de dezembro de 1996, que regulamenta a oferta de serviços. A referência para a normatização dos serviços é o manual “Assistência ao Planejamento Familiar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), que recomenda serem incorporados às ações de atendimento os valores e modos de vida da população:

*Os profissionais devem estar familiarizados com os mitos e percepções **errôneas** sobre os métodos anticoncepcionais (...) Deve-se **combatê-los** com sensibilidade, mas **de maneira correta**. (grifos nossos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, p.10).*

Sobre os termos sublinhados, cabe indagar: trata-se de “combater” sumariamente os mitos e preconceitos, ainda que “com sensibilidade”, ou compreendê-los, conquanto estejam relacionados aos valores e modos de vida da população? A expressão “correta”, que também destacamos, parece conotar um juízo de valor que pode resvalar para um cientificismo infundado.

A implementação do PPF e o funcionamento dos grupos no CSSJ

Os grupos de transmissão de informações constituem uma das ações do Programa de Planejamento Familiar implementado pela prefeitura de Belo Horizonte. Ele disponibiliza recursos técnicos e científicos para tratar os casos de esterilidade e para orientar as escolhas individuais de métodos contraceptivos: métodos naturais, condom ou camisinha masculina, diafragma, pílula hormonal, hormônio injetável de aplicação mensal e trimestral, dispositivo intra-uterino e cirurgias de esterilização. Implantado em 1994, para atender a demandas da população usuária das unidades e dos profissionais de saúde, o Programa, hoje, se estende a todo o Sistema Municipal.

Constituem referências da formulação do PPF: no plano conceitual, o PAISM; no jurídico, a Constituição e a Lei Federal 9.263; no plano normativo, o manual “Assistência ao Planejamento familiar”, do Ministério da Saúde, e os “Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher”, da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher, ligada à Secretaria Municipal de Saúde de BH. No conjunto destes documentos é reiterada a inclusão indistinta de

homens e mulheres, explicitada na Constituição, embora sejam ambíguas as recomendações contidas nos dois últimos.

Veja-se, como exemplo, a recomendação acerca das atividades educativas que devem “permeiar todas as atividades, possibilitando não só um maior diálogo entre o profissional de saúde e **a mulher...**” (grifo nosso) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PBH, 2001:1). Aqui, a ênfase recai exclusivamente na saúde da mulher, soando, pois, contraditória, em relação à proclamação da universalidade do atendimento.

Também nas normas elaboradas pelo Ministério da Saúde as ambigüidades se repetem, a despeito da orientação de que a atuação dos profissionais de saúde se pautem no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casal. O referido manual recomenda que o treinamento de profissionais vise a “prestar o atendimento ao indivíduo ou casal consoante ao enfoque da assistência integral à **saúde da mulher...**” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996:13). E no que tange à consulta de orientação do método contraceptivo, que sucede a participação no grupo, determina o manual que se deva “...analisar a adequação da opção feita **pela mulher...**” (p.26) (grifos nossos).

A participação na sessão de grupo que informa e auxilia na escolha individual do método contraceptivo é condição de acesso aos bens disponibilizados, segundo norma estabelecida pelo PPF. Após o grupo, a mulher (geralmente sem o parceiro) é encaminhada para a consulta ginecológica de disponibilização e orientação sobre o uso do método escolhido.

Entre os serviços de saúde reprodutiva, oferecidos pelo “Centro de Saúde São José”, incluem-se consultas ginecológicas clínicas, encaminhamento para maternidades e hospitais de referência, acompanhamento pré-natal. Tal como ocorre nas demais unidades do sistema municipal, os profissionais não recebem treinamento para a prestação dos serviços do PPF e, no rol das especialidades médicas existentes nessa Unidade, não há profissionais para tratar das questões reprodutivas específicas dos homens.

No que tange à distribuição de recursos para operar os métodos contraceptivos, verifica-se no CSSJ uma situação comum às demais unidades do sistema municipal: a insuficiência ocasional ou a não-disponibilidade de alguns deles, particularmente de

camisinhas, o que constitui motivo de queixa por parte da população, geralmente dirigida aos funcionários.² Isso limita os critérios de escolha individual e da própria indicação médica.

A predominância da participação de mulheres, nos grupos, com demanda maciça de acesso ao método contraceptivo, é verificada desde a implantação do PPF. Elas sabem que ir ao grupo é ter assegurado o agendamento automático para a orientação do método contraceptivo. Isso faz com que, estrategicamente, se inscrevam no PPF, como forma de acesso às consultas ginecológicas clínicas. No entanto, as vagas nos grupos são restritas, pois a Unidade tem poucos profissionais para atender a uma população extensa com demandas múltiplas. Esse dado mostra um dos pontos críticos do funcionamento do PPF e da estrutura da Unidade.

Falam as mulheres: sobre a opção e a prática da contracepção

A predominância de mulheres nos grupos de planejamento familiar se repete nos demais serviços da Unidade de Saúde pesquisada. Algumas levam o filho para a consulta, outras acompanham a vizinha, marcando lugar na fila ou mesmo vendendo quinquilharias. Apesar de serem muitas vezes silenciosas perante os profissionais, no momento das consultas, na sala de espera suas conversas são ruidosas e, por vezes, ouvem-se atritos e protestos bradados contra os funcionários.

No grupo, as formas de participação são variáveis. Algumas mulheres, mais descontraídas, fazem perguntas e observações acerca da própria vida. Outras, todavia, mantêm-se caladas. Por vezes, a linguagem se corporifica em gestos. Seja exemplo uma situação de vivência da intimidade entre os casais: ao final da reunião, uma adolescente apanhou sobre a mesa a réplica de um pênis, usada para demonstrar o uso da camisinha. A iniciativa provocou, inicialmente, manifestações de reprovação nas colegas do grupo, todavia logo dissipadas com a afirmativa da coordenadora de que poderiam comparar a réplica à anatomia do parceiro. A partir de então, aquela “peça”, tão familiar, mas desconhecida, circulou de mão em mão, num ritual de exploração do órgão sexual masculino.

² Numa sessão de grupo observada não havia camisinha disponível sequer para a demonstração do uso.

A opção pela contracepção e a escolha do método

A presença de homens é rara não só nos grupos de planejamento familiar, mas também nas consultas de orientação sobre o método contraceptivo. Isso ocorre de um modo geral em unidades de saúde de atendimento público. A preponderância das mulheres incita-nos a indagar, de um lado, como a contracepção está diferentemente relacionada aos papéis socialmente atribuídos às mulheres e aos homens e, de outro, como tal situação tem sido considerada para efeito de formatação de políticas públicas. Considere-se que as qualificações “masculino” e “feminino” não se restringem a uma composição binária ou polarizada, mas constituem categorias inter-relacionadas e complementares. Apesar da ausência quase total de homens, eles aparecem referenciados nos relatos das participantes dos grupos ou mesmo no silêncio e nas suas expressões de ironia e queixa.

Para justificar sua inserção nos grupos, a maioria das mulheres declara demandar melhor esclarecimento sobre a contracepção, uma vez que sua escolha do método muitas vezes se baseou na própria experiência, nos conselhos de amigas, ou como decorrência de imposições do parceiro. Algumas fazem a escolha da pílula entre os rótulos disponíveis na farmácia, optando pelas mais baratas, sem orientação médica, desprezando critérios de inocuidade e a confiabilidade do método.

As razões da escolha do método contraceptivo estão ainda relacionadas aos valores e modos de vida da população, ao domínio precário de informações para operá-los, bem como à provisão dos recursos pelo sistema municipal de saúde. O DIU, a pílula hormonal, a camisinha masculina, e com menor frequência o hormônio injetável, são os métodos preferidos das mulheres. À menção da vasectomia, com riscos cirúrgicos enfatizados como menores que a laqueadura de trompas, as participantes observaram que os homens a rejeitam pelo medo de “virar veado”.

Para algumas mulheres, a escolha da camisinha está relacionada à prevenção da AIDS, já que a infidelidade é mencionada como típica da “natureza” do homem. No entanto, esta opção traz dificuldades de negociação com os parceiros, posto que é interpretada como sinal de infidelidade da mulher. Expressões como “chupar bala com casca” e “comer banana sem descascar” seriam argumentos usados pelos homens, numa

demonstração de que as objeções ao método não se relacionavam propriamente à confiabilidade, mas ao desconforto físico ou à limitação do prazer.

A preferência pelo DIU, por sua vez, é justificada pelas mulheres por não requerer conhecimentos para a operação e por não mobilizar conflitos entre o casal, conferindo à mulher maior “autonomia” no uso, já que, supostamente, dispensa negociação com o parceiro. Além do DIU, os métodos mais duradouros como a pílula injetável e a cirurgia de esterilização também são escolhidos por dispensarem procedimentos rotineiros de operação. “O médico põe lá e pronto, a gente não tem de se preocupar mais...” Algumas mulheres relataram temores relacionados a efeitos indesejáveis de tais métodos, o que não era suficiente para demover a preferência pelos mesmos.

Os conflitos com os parceiros têm relativo destaque entre os temas abordados pelas mulheres, quer de forma explícita, em suas falas que ganham a adesão das colegas, quer em confabulações solitárias. As queixas sobre imposições sexuais dos homens, a falta de diálogo ou a supremacia “das decisões deles” denotavam a assimetria dos papéis e a subalternidade feminina. Tal condição foi claramente afirmada, numa sessão em que a coordenadora, referindo-se às vantagens do DIU, enfatizou que o uso prescindia de negociação com o parceiro. Uma das participantes se contrapôs, enfaticamente: “mas eles é ignorante”, numa referência ao autoritarismo dos parceiros. A coordenadora rebateu, destacando o direito da mulher de partilhar a decisão: “mas relação é de dois”. Ao que a participante tornou a objetar: “... de dois, não, é de um só...”, sugerindo o monopólio masculino nas decisões. Tal observação teve a concordância de outras mulheres. Muitas mencionaram, ora como queixa, ora com orgulho dissimulado, a alta frequência de relações sexuais. Só uma minoria afirmou não se submeter a pressões do companheiro.

Se a fidelidade é exigida da mulher, para o homem o oposto é indicador de virilidade. E se a mulher não responde incondicionalmente à sua demanda, ele pode “procurar na rua”. Esta lógica se verifica também na prática contraceptiva. Como se viu, se a mulher solicita o uso da camisinha, isso é interpretado pelo homem como indício de infidelidade. Conforme uma entrevistada, a solicitação da camisinha só ganha legitimidade, na ótica do parceiro, sob o argumento de que suas práticas sexuais “na rua” põem em risco a saúde da família.

As mulheres são, pois, os agentes principais ou exclusivos da decisão sobre a adoção da contracepção, com a aquiescência apenas periférica dos parceiros. Mais que isso, só mesmo os imperativos econômicos e as precárias condições de vida pressionam por um consenso entre os casais, contrariando, para alguns, a aspiração por mais filhos.

De forma generalizada, as mulheres demonstram um precário conhecimento do próprio corpo, dos processos de ovulação, fecundação ou período fértil. A anatomia e a fisiologia da reprodução se restringe, para a maioria delas, ao reconhecimento da existência e função de algumas estruturas do aparelho reprodutor feminino, como o útero e, em menor grau, os ovários. Esse desconhecimento interfere fundamentalmente na vivência sexual, na escolha e uso dos métodos contraceptivos, na avaliação de sua inocuidade e efetividade, bem como de seus efeitos sobre o organismo.

Sobre a provisão pública de métodos contraceptivos

Entre os condicionantes da escolha do método, além dos valores e modos de vida da população, da posição subalterna da mulher e do precário conhecimento acerca da anatomia e fisiologia da reprodução, devem-se mencionar também as precárias condições de provisão, pelo poder público, de recursos simbólicos e técnico-científicos.

Além disso, se os profissionais de saúde, nos grupos, levam em conta precariamente os valores e modos de vida da população, os papéis socialmente atribuídos a homens e mulheres, suas informações ou “aulas”, podem se restringir aos aspectos biológicos da reprodução e da contracepção, sem trabalhar seus mitos, equívocos ou valores. Por isso mesmo, caberia ao poder público oferecer treinamento para as equipes responsáveis pelo Programa. Se, por um lado, a compreensão e a abordagem das temáticas afetas ao universo feminino constituem uma tarefa complexa, por outro lado não há, no quadro funcional das unidades, profissionais especializados nas questões da saúde reprodutiva dos homens. Estes, além disso, não dispõem de tempo para planejar e avaliar o trabalho dos grupos, articulando-os com as atividades clínicas, dado o volume e a variedade das demandas, no cotidiano conturbado do Centro de Saúde.

Ainda sobre a questão do domínio de informações, como condição para se processar a escolha do método contraceptivo em bases mais criteriosas e seguras, são dignos de menção alguns termos do documento “Solicitação para contracepção cirúrgica”, adotado no sistema municipal de saúde, do qual destacaremos alguns trechos:

“Eu,-----, voluntariamente desejo submeter-me à contracepção cirúrgica e esclareço que:

1-Tenho conhecimento sobre outros métodos contraceptivos que estão disponíveis neste Centro de Saúde, os quais me foram oferecidos (...)

5-Estou consciente que com a cirurgia estarei interrompendo minha fertilidade, que caso contrário poderia se prolongar por vários anos (o homem tem capacidade reprodutiva até a velhice...)” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PBH, 2001)

Apesar de o documento afirmar que foram oferecidas, pelo poder público, todas as informações necessárias para a tomada de decisão “consciente” pela cirurgia contraceptiva, como vimos, elas são precariamente apropriadas nos grupos. Assim, julgamos que os termos do formulário podem ser até constrangedores, na medida em que os demandantes devem confirmar conhecimentos que, na prática, raramente se comprovam.

Outro condicionante da escolha do método contraceptivo, já citado, é a irregularidade da provisão de recursos. Nesse caso, a indicação médica e a opção individual ficam sujeitas à disponibilidade do estoque. Além disso, entre a participação no grupo, a consulta ginecológica de orientação e o procedimento de aplicação do método podem decorrer até quinze dias. Neste intervalo, as camisinhas disponibilizadas pela unidade de saúde são a única alternativa de contracepção, mesmo que possam causar atritos entre os casais.

Vemos, assim, que muitas mulheres são compelidas ao uso de métodos contraceptivos por critérios outros que não a escolha pessoal. Para elas, a escolha recairá sobre métodos cuja compreensão e rotinas de operação pareçam mais simplificadas, que atenuem conflitos com os parceiros. Ou sobre aqueles de efeitos mais duradouros e menos vulneráveis à irregularidade da provisão pelo poder público. Dados da Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde, relativos a 2000, sobre a escolha dos métodos contraceptivos no CSSJ, revelam a prevalência da pílula (64%) entre as mulheres que iniciavam a contracepção, seguida do método hormonal injetável (29,9%), do DIU (9,3%) e do *condom* (3%). São nulos os índices de escolha dos métodos

naturais e do diafragma. Ademais, deve-se ressaltar, os métodos hormonais injetáveis trimestralmente têm sido questionados pelas feministas, em razão de efeitos colaterais. Ante tais condições ou constrangimentos, a escolha de um método contraceptivo fica comprometida e impõe graves ônus para a saúde emocional, reprodutiva, ou para o relacionamento entre os casais.

Os dados acerca da desarticulação entre as atividades educativas, clínicas, e as políticas de gênero expõem uma realidade muito distinta do que se compreende como integralidade da atenção à saúde reprodutiva. Segundo a expressão de uma entrevistada, a insuficiência de recursos humanos e a grande demanda obrigam os profissionais a selecionar, no atendimento, entre “os que podem ir para os consultórios, para a maca e os que têm que ficar na sala de espera”.

O quadro acima relatado seria compatível com o processo qualificado por Wanderley Guilherme dos Santos (*apud* Almeida, 2000) como “escolhas trágicas”. Comentando o pensamento do autor, ALMEIDA (2000:69) lembra que tais “escolhas” obrigam à “opção entre equidade (justiça) e eficiência (administração da escassez)...”. “Escolhas trágicas” se aplicam, em nosso estudo, às mulheres que adquirem o anticoncepcional na farmácia, por critérios aleatórios, talvez em função do menor custo, sem indicação e acompanhamento médico. Ou àquelas mulheres que, numa gravidez indesejada, por falta de alternativas contraceptivas, “optam” pelo aborto clandestino, com o ônus até da própria vida.

Considerações gerais sobre os resultados da pesquisa

A complexidade dos fenômenos acima tratados, relativos à demanda pelo planejamento familiar, supõe múltiplas facetas éticas, religiosas, culturais, políticas, psicológicas e técnico-científicas, gerando acirradas polêmicas. Ao terminar nossa exposição, vamos focalizar duas questões que parecem centrais à nossa pesquisa: a primeira, relativa ao lugar político e socioafetivo da mulher, nos processos de contracepção; a segunda, relativa aos limites ou à inoperância do poder público, nos programas de planejamento familiar. Vamos a elas:

a) contracepção: autonomia feminina ou encargo?

Retomemos o fato da predominância de mulheres, na demanda pelos grupos de planejamento familiar. Uma análise apressada poderá nos fazer supor que elas são os agentes principais ou exclusivos da escolha do método contraceptivo, adquirindo assim um importante grau de autonomia. No entanto, como vimos, vários fatores relacionados aos valores e modos de vida, à provisão de meios pelo poder público e às condições de vida, impõem reserva a tal leitura.

Na verdade, achamo-nos aqui diante de um desafio interpretativo. Vimos, de um lado, que nas relações com o parceiro a subalternidade feminina persiste, deixando, muitas vezes, ao homem, as decisões relativas à vida sexual. O universo pesquisado parece marcado pelo androcentrismo, sendo a virilidade - tomada aqui como dominação e violência - o elemento identitário da masculinidade. Por outro lado, se é a mulher que demanda os métodos contraceptivos, cabe-lhe também um *quantum* de decisão, relativamente à delimitação da prole ou à prevenção da gravidez não desejada. E aqui está a questão: seria isso devido apenas aos fardos da concepção, do cuidado e da educação dos filhos? A resposta não é simples, se pensarmos que, em passado relativamente recente, a mulher pouco ou nada decidia sobre a limitação dos filhos. Poderíamos falar, então, relativamente ao universo feminino pesquisado, de uma dialética submissão-decisão ou subalternidade-autonomia?

O desafio analítico continua: se a decisão realmente autônoma supõe um grau de independência e liberdade de pensamento e ação, esta não parece ser a condição predominante na vida das mulheres da "Vila". Mas, ao mesmo tempo, sua submissão não é incondicional. Nos grupos, às vezes se ouviam contrapontos de inconformismo, rebeldia e narrativas de enfrentamento das restrições impostas pelos parceiros ou pelas condições de vida. Tal postura era corroborada por sinais bem definidos de auto-estima: mulheres trajando roupas simples, porém coloridas e bem cuidadas, algumas moldando as curvas com sensualidade, rindo alto, relatando estratégias de dribble da tirania dos parceiros; outras, mesmo permanecendo em silêncio, sinalizavam pelo olhar, pelo riso contido e outras expressões do corpo, que se identificavam com falas mais ousadas e vozes que denunciavam a submissão feminina. Parece, pois, que não cabe polarizar a resposta entre alternativas excludentes (subalternidade-autonomia, por exemplo), pois as

duas se entrelaçam. A predominância feminina nos grupos traduziria, então, traços interdependentes de autonomia e de encargo. Enfim, se a decisão do planejamento familiar é teoricamente partilhada pelo casal, são as mulheres que dominam, embora precariamente (daí sua dificuldade em optar pelos métodos mais simplificados, deixando de lado os métodos naturais ou o uso do diafragma), as informações acerca da fisiologia e da anatomia da reprodução, da confiabilidade ou da inocuidade dos métodos contraceptivos, do monitoramento de seus efeitos colaterais.

Cabe aqui uma observação complementar: se a opção de limitar o número de filhos é do casal, ela seria anterior à escolha do método contraceptivo. De fato, várias mulheres se declararam responsáveis pela decisão, com o acordo do companheiro, devido principalmente à falta de condições econômicas e sociais para criar os filhos dignamente. Nesse caso, a contracepção seria mais uma contingência do que propriamente uma opção, que reverbera no universo íntimo e nos projetos de vida do casal.

Essa postura ambígua das “mulheres da Vila” apareceu, aliás, não só em relação aos parceiros, mas também em relação à Unidade de Saúde pesquisada, através de suas reivindicações junto aos funcionários da Unidade, relativas aos recursos para suas escolhas contraceptivas, aos direitos sobre o próprio corpo, à sobrevivência cotidiana... Residem aí as potencialidades do trabalho de grupo, ainda que o seu alcance seja limitado para reverter problemas estruturais.

b) os limites ou a inoperância do poder público

Ainda que a ausência dos homens, nos grupos, esteja vinculada à atribuição de papéis sociais que os tornam refratários a tal participação, isso não desobriga o poder público de buscar alternativas para a sua inclusão, em se tratando de populações desfavorecidas. Veja-se o caso do horário estipulado para o início das sessões, na Unidade de Saúde pesquisada: 9h e 14h - períodos inadequados para trabalhadores que cumprem jornada fixa.

No CSSJ, os grupos sem presença masculina constituem a única via de transmissão de informações que possam caucionar as decisões acerca dos métodos contraceptivos. Mas a apartação dos homens não é específica dessa Unidade. Como observa SIQUEIRA

(1999), há uma tendência comum, em instituições de saúde, a eleger as mulheres como o alvo principal das ações, em detrimento de procedimentos que favoreçam a inclusão dos homens. Assim, certas representações do que é ser masculino e feminino incorporam-se às práticas das instituições sociais, que podem ser consideradas “generificadas”, em termos de formação, socialização e reconhecimento dos sujeitos. Segundo COSTA (2001), na implementação de políticas de saúde, não raro, observa-se a vigência da concepção biologizante, que desconhece tal faceta social.

Se as mudanças nos papéis “masculino” e “feminino” não se fazem sem conflitos, nos planos intra-subjetivo e intergêneros, as instituições de saúde parecem simplesmente refratárias a elas, não modificando a estrutura de alguns serviços inadequados para homens e mulheres. A mulher é ainda vista, muitas vezes, na tradicional função de “cuidadora”, restando ao homem, quando muito, o papel de coadjuvante, como observa SIQUEIRA (1999). O caso dos horários dos grupos seria apenas um exemplo do desconhecimento institucional das mudanças de papéis da mulher e da necessidade da inclusão do homem nos programas públicos de saúde. Com efeito, as mulheres não são apenas “mães” e “donas-de-casa”. Na população pesquisada, porcentagem significativa delas divide com os homens os encargos de provisão das famílias. Para freqüentar os grupos ou outros serviços, elas ficam ainda mais oneradas, nos papéis de se informar e decidir sobre o planejamento familiar, de cuidar dos filhos, de sustentar a casa.

Voltamos, assim, à questão do encargo feminino, dadas as diversas pressões que sofre a mulher. Sabemos que no caso dos filhos “não planejados”, devido a falhas nos métodos contraceptivos, ela deve arcar com a responsabilidade de criar e educar. E o nascimento indesejado vai repercutir negativamente na história dos filhos ou na trajetória pessoal e profissional dos pais, alterando e frustrando seus projetos de vida ou gerando problemas na relação do casal. Some-se a isso a inexistência de creches públicas, o que onera e limita ainda mais, principalmente as mães, nos seus múltiplos “novos papéis” acima mencionados.

Ainda quanto à ineficácia do poder público, refletida na Unidade pesquisada, relembremos a inexistência de treinamento da equipe encarregada do PPF, não ofertado desde a implantação do Programa, em 1994. Este supõe complexas questões técnicas e metodológicas, ligadas ao planejamento familiar, à indicação e acompanhamento do uso

dos métodos contraceptivos ou à abordagem da população usuária (sabemos o quanto é delicada a tarefa de tratar uma temática afeta à sexualidade, ao universo íntimo do casal, muitas vezes eivada de mitos e preconceitos). Neste caso, a ausência de uma formação ou treinamento adequado do profissional de saúde repercute na qualidade dos serviços e nos seus resultados, comprometendo a efetivação dos direitos reprodutivos.

As situações mencionadas sugerem, pois, que o PPF não está cumprindo com a eficácia desejada os objetivos que justificaram a sua implantação e funcionamento. Além dos problemas relacionados à pedagogia da transmissão de informações e ao funcionamento da Unidade, comentamos a provisão irregular e insuficiente de recursos materiais e técnico-científicos. Trata-se de uma situação particular ou anômala da Unidade de Saúde estudada? Julgamos que não. Os problemas aqui apontados são freqüentes, de um modo geral, no sistema municipal de saúde, o que é incompatível com as “razões” centrais da criação do Programa. Com a devida precaução para não diluir em generalizações indevidas, julgamos que as lacunas na implementação do PPF podem ser extrapoladas para o sistema público de saúde, em geral, o que remete à forma como, historicamente, vem se arquitetando a precária e ambígua cidadania, no Brasil.

Nessa direção, a pesquisa ainda mostrou que, se a escolha do método contraceptivo é uma iniciativa geralmente feminina, sem o suporte adequado do Estado, as mulheres pobres se valem de iniciativas próprias para evitar a gravidez indesejada, arcando com o ônus financeiro e os danos para a própria saúde, recorrendo ao aborto ou adquirindo a pílula na farmácia, sem orientação adequada. Tais alternativas constituem a face mais perversa do acesso aos recursos para a limitação da prole e atentam contra os direitos reprodutivos assegurados pela Constituição. Com efeito, o cerne da estrutura da cidadania no Brasil, arquitetada nos anos 30, teria como princípio conceder controlando e incluir restringindo. Esse princípio perverso continua incrustado na história política do País. As “fraturas da cidadania”, denunciadas pelo movimento sanitário, na década de 80, apareciam na oferta de programas direcionados à população mais pobre, pelo Ministério da Saúde, ao lado de melhores serviços ofertados pelo INAMPS à classe média e aos trabalhadores do setor formal. Vemos aí a lógica da “cidadania regulada”³ instaurada no período Vargas. Em tempos mais recentes, a despeito do universalismo formal do direito

³ O conceito de “cidadania regulada” foi cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) para explicar a lógica de constituição dos direitos sociais no período getulista.

à saúde, a exclusão opera por dentro das instituições de atendimento e gestão, através de incongruências nas práticas de saúde, das representações pejorativas sobre a população pobre atendida⁴, da negação ou desconsideração de seus valores e modos de vida. TELLES (1999) argumenta que a concessão de direitos, no Brasil, se sustenta por uma “lógica de contrários”: o que se constrói em direito formal se desmancha na execução, o que se proclama em discurso não se efetiva na prática. Os direitos reprodutivos não escapam à lógica em que se pauta a cidadania no Brasil, a despeito dos avanços nos critérios de inclusão formalizados em lei.

A implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) criou, institucionalmente, as condições para o acesso e a efetivação dos direitos reprodutivos. O Programa de Planejamento Familiar foi formulado e implementado pela Prefeitura de Belo Horizonte, anos mais tarde, com tal propósito. No entanto, como observa CITELI, na lógica que conforma historicamente a cidadania no Brasil, tais condições não asseguram, por si, a efetivação:

“O fracasso das políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva, em geral, e para a anticoncepção em particular, (...) não pode ser obscurecido, pois as brasileiras ainda continuam lidando com a reprodução em um cenário caracterizado (...) pelo uso irregular e desprovido de assistência adequada de anticoncepcionais orais, pelo recurso exagerado à esterilização e ao aborto clandestino, pela baixa disponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos, ao lado das taxas de mortalidade materna”. (1996: 5).

Pode-se aventar que a exclusão, inerente às condições de funcionamento dos grupos e do PPF, reitera a subalternidade social, repercutindo na subjetividade individual e coletiva. Para além da polissemia do termo “exclusão”, nós o tomamos aqui num sentido específico, ou seja, aquele figurado no “Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte”, com a seguinte definição: *“...processo que impossibilita parte da população de partilhar dos bens e recursos oferecidos pela sociedade, conduzindo à privação, ao abandono e à expulsão desta população dos espaços sociais”* (SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, 2000:5).

Os reflexos subjetivos dessa condição de privação, dessa impossibilidade de partilhar os espaços, os bens e os recursos sociais, remetem diretamente à noção de sofrimento que Ricoeur (2000) define como impossibilidade ou impotência para falar e para agir

⁴ Sabemos que, no jargão usado por profissionais das unidades públicas de saúde, o usuário anônimo do SUS é conhecido pela alcunha de “jacaré”.

(impuissance à dire et impuissance à faire). De fato, a face explícita de tal impotência está não apenas na condição socioeconômica dos usuários ou na precariedade de recursos materiais e de informação para a prática dos métodos contraceptivos, mas talvez e principalmente no próprio desconhecimento de seus direitos reprodutivos.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Célia (2000) “Saúde nas reformas contemporâneas”, In A. M. Costa, E. Merchán-Hamann, & D.Tajer (orgs), *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
- CASTAÑEDA, Magally Huggins (2000) “Participación, empoderamiento y control social em salud”. In: A. M. Costa, E. Merchán-Humann & D. Tajer (orgs.), *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
- CITELI, Maria Teresa. (1996) Saúde reprodutiva e anticoncepção no Brasil pós-60. In: 5º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade - Módulo III: Concepção e anticoncepção, UNICAMP/ NEPO, p. 1-24.
- CORREA, Sônia. (1998) Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. In: M. Arrilha e M. T. Citelli (orgs.). *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo, Editora 34: Comissão de Cidadania e Reprodução.
- COSTA, Ana Maria e AQUINO, Estela Leão. (2000) Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: A. M. Costa, E. Merchán-Hamann & D.Tajer (orgs.). *Saúde, eqüidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
- COSTA, Suely Gomes. (2001) Saúde, gênero e representações sociais. In: MURARO, R. e PUPPIN, A. B. *Mulher, Gênero e Sociedade*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- DAMATTA, Roberto. (1997) Casa, rua e outro mundo: o caso do Brasil. In: Damatta, Roberto. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro, Rocco.
- DEMO, Pedro. (1995) *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo, Atlas.
- DORA, Denise Dourado. (1998) Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento. In: M. Arrilha, e M. T. Citelli (orgs.) *Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo, Editora 34: Comissão de Cidadania e Reprodução.

- FARAH, Marta F. S. (1999) Gênero e políticas públicas na esfera local de governo. *Organização e sociedade*, 6, 14: 65-104.
- IPEAD-UFMG. (1998) *Levantamento do perfil sócio-econômico dos residentes permanentes da Vila São José e das características construtivas de seus domicílios*. Mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1996) *Assistência ao Planejamento Familiar*. Brasília: Secretaria executiva de Coordenação de Saúde da Mulher.
- MOREIRA, Maria Helena Camargos. (2002) *Na contraluz dos direitos reprodutivos: um estudo dos grupos de planejamento familiar implementados pela Prefeitura de Belo Horizonte*. (Dissertação) Mestrado em Ciências Sociais / PUC Minas.
- RICOEUR, Paul. (1992) La souffrance n'est pas la douleur. In: Von Kaenel, Jean-Marie (org.). *Souffrances - corps et âme, épreuves partagées*. Autrement, Série Mutations, n. 142.
- SANTOS, Wanderley Guilherme. (1979) *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO/PBH. *Planejar BH – mapa da exclusão social de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, ano 2, n.8.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/PBH. Coordenadoria de atenção à saúde da mulher. *Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher*. Mimeo, Belo Horizonte, 2001.
- SIQUEIRA, Juracy Toneli. (1999) Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais. In: A. SILVA, M. C. LAGO, & T. R. A. RAMOS, (orgs.) *Falas de gênero – teorias, análises, leituras*. Florianópolis, Mulheres.
- TELLES, Vera da Silva. (1999) *Direitos sociais - afinal do que se trata?* Belo Horizonte, Editora UFMG.