UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

MARILAINE BALESTRIM ANDRADE

**A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres
usuárias do SUS.**

Ribeirão Preto
2014

MARILAINÉ BALESTRIM ANDRADE

**A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres
usuárias do SUS.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
como parte integrante das exigências para a
obtenção do título de mestre em ciências da saúde.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora Professora Doutora Elisabeth Meloni
Vieira.

Ribeirão Preto

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Marilaine Balestrim.

A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS. Ribeirão Preto, 2014.

183 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Vieira, Elisabeth Meloni.

1. Período pós-parto. 2. Maternidade. 3. Sexualidade. 4. Saúde sexual. 5. Métodos contraceptivos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marilaine Balestrim Andrade. **A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS.**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Este estudo foi desenvolvido com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

[...] “Ora a mulher é fogo, devastadora das rotinas familiares e da ordem burguesa, devoradora, consumindo as energias viris, mulher das febres e das paixões românticas, que a psicanálise opõe a guardiã da paz das famílias, na categoria de neurótica, filha do diabo, mulher louca, histérica e herdeira das feiticeiras condenadas pela inquisição de outrora. A ruiva heroína dos romances de folhetim, essa mulher cuja cor do sangue ilumina pele e cabelos e através da qual chega a desgraça, é a encarnação popular da mulher ígnea que deixa apenas cinzas e fumaça. Sua oposição seria a mulher água, fonte de frescor para o guerreiro, de inspiração para o poeta, rio sombreado e pacífico para banhar-se, onda enlanguescida, cúmplice dos almoços na relva; mas ainda água parada, lisa como um espelho, estagnada, amorosa, quieta, instintiva e paciente, misteriosa, um pouco traiçoeira, sonho do impressionista, idealização da mulher perfeita. Nutri e fecunda, planície estendida que deixa se moldar e fustigar, penetrar e semear, onde se fixam e se enraízam os grandes caçadores nômades e os predadores; mulher estabilizador, apoio dos poderes fundadores, pedestal da moral, mulher-matriz, que sua excepcional longevidade transforma ela em coveira, mulheres das agonias e da morte, dos ritos mortuários, guardiã das tumbas, dos grandes cemitérios sobre a Lua, mulher negra do dia dos mortos”.

Michelle Perrot, 1988.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo para todas as pessoas que
possam se beneficiar de seu conteúdo.

AGRADECIMENTOS

No dicionário ‘agradecimentos’ são palavras com que se agradece; ‘agradecer’ é demonstrar gratidão; ‘gratidão’ é o reconhecimento por uma graça recebida; ‘graça’ é favor, benefício, mercê; ‘verbos’ são palavras que possuem caráter dinâmico e expressam acontecimentos com ou em torno dos seres; ‘palavras’ são vocábulos providos de significação e são opostas as ações e as obras e, semente é qualquer substância ou grão que se deita a terra para germinar ou coisa que, com o tempo, há de produzir certos efeitos.

Os verbos... Ah! Os verbos! Conjugando todos os tempos das nossas ações. Os verbos estar e ser na primeira pessoa e seus indicativos de tempo. Eu estou, estava, estarei, estive, estivera, estaria. Eu sou, era, serei, fui, fora, seria. O sentimento de gratidão é maior que a sua expressão, pois agradecer ou demonstrar gratidão ultrapassa o aqui e agora. Dizer ‘Sou grata’ é diferente do que dizer ‘Estou grata’. Estar é passageiro e fugaz. Ser é duradouro, é sentimento fincado, plantado...

As palavras são sementes, sim é bem verdade, mas, sementes são temporãs e, em si são inertes, necessitando do plantio e do cuidado ou serão sementes para sempre ou por vezes podem se perder. Palavras são sementes e têm o tempo certo para semear. Precisa de solo, precisa de água e precisa de esperança. As sementes quando germinam significa que fecundaram a terra e, que gerarão frutos que serão degustados ao longo da vida, através das conquistas futuras atribuindo outros sentidos e valores a gratidão.

“Sou grata” se (re) aquece e se (re) nova ao longo da nossa história ganhando outros significados e se transformando em reconhecimento. Por isso, quero agradecer hoje e até aqui pelo que foi possível, mas desejo reconhecer continuamente esta etapa, frente ao que está por vir.

Então, mais do que manifestar minha gratidão, declaro publicamente meu reconhecimento a todas as pessoas envolvidas neste meu aprendizado. E, como uma forma inicial de reconhecimento eu quero dizer para algumas pessoas o quanto “Sou Grata”, pois creio que outras somente somos capazes de perceber a importância com o passar do tempo.

SOU GRATA...

Ao Senhor **Deus**, que para mim é a fonte de todas as coisas, por me dar a força e a coragem necessárias para recomeçar sempre, pois todas as vezes que eu penso ser impossível, Ele me mostra que ainda é cedo para desistir.

Ao meu pai **Romualdo Balestrim**, homem de grande valor, meu exemplo de caráter e, a minha mãe, Darci, mulher de fé, meu exemplo de resistência. Vocês são parte de mim e sempre me deram provas de que devemos seguir em frente, mesmo quando a dor parece insuportável.

Ao meu amor **Rod**, meu presente de Deus, meu amigo, meu companheiro de vida, meu incentivador e meu parceiro durante esta caminhada. Somente nós sabemos todas as coisas que enfrentamos, não é mesmo? E por incontáveis motivos, mas, sobretudo pela sua presença insubstituível em minha vida.

Ao meu amado irmão **Rô** (*in memoriam*) que cumpriu seu tempo e seguiu seu caminho, nunca te esquecerei. À minha preciosa irmã **Sis**, minha referência, cuja presença é constante em minha vida.

A todas as pessoas que pertencem a minha família sobrinhos (as), cunhados (as), tios (as), primos (as) e, também às pessoas que são próximas a mim, que de uma forma ou outra se importam comigo e torcem pelo meu sucesso. Fica difícil nomeá-los (as), mas sei que vocês se reconhecerão nestas palavras.

Em especial a minha sobrinha **Fernanda** e meu sobrinho **Lucas**, pelo carinho, pelas risadas e por muitas vezes se preocuparem em perguntar como estavam 'as coisas'. À minha querida tia **Denise**, por suas orações e sua amizade que tanto contribuíram com a minha trajetória. Ao meu cunhado **Lú** pelo carinho e pela torcida.

A todos os Professores e Professoras do Departamento de Medicina Social pelas reflexões e por todo aprendizado. Particularmente à Professora **Aldaisa**

Cassanho Forster e, aos Professores **Antonio Carlos Duarte de Carvalho** e **Antonio Ruffino Netto** pelas oportunidades e pelos conselhos.

À minha orientadora Professora **Elisabeth Meloni Vieira** por dedicar o seu tempo a me ajudar a superar dificuldades e transformá-las em oportunidades para o meu crescimento profissional.

À Professora **Maria José Clapis** por todo carinho, generosidade e respeito, além disso, por sua presença e seus apontamentos durante meu exame de qualificação, ao lado dos Professores **Alan Giami** e **Amaury L. Dal Fabbro**, aos que também sou grata pelas presenças e pelas contribuições para a melhoria do meu trabalho.

A toda minha turma da pós, em especial as minhas queridas “terríveis” **Michela, Fabi, Lisa, Ana** e **Amandinha**, sempre me lembrarei de vocês. E, a Bianca que me acolheu desde o primeiro instante quando nossos caminhos se cruzaram ainda em 2009.

Aos pesquisadores, pesquisadoras e, todas as integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde e Gênero pelas trocas e pela parceria.

Aos funcionários e as funcionárias do Departamento de Medicina Social e da Secretaria do programa de pós-graduação por sempre me tratarem com todo o respeito e carinho.

A todas as equipes das UBS que participaram deste estudo, pelas colaborações, as quais viabilizaram a realização deste trabalho.

E, a todas as mulheres que participaram desta pesquisa, reafirmando através de seus depoimentos, a certeza de que as pessoas são os principais motivos do trabalho acadêmico, cujas vidas e as necessidades superam as titulações.

RESUMO

ANDRADE, M. B. - **A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS**. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado). – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

A chegada do primeiro filho traduz um cenário de intensas mudanças na rotina das mulheres, o qual é pautado por diferentes percepções a respeito da sexualidade e da maternidade. As formas como as novas mães percebem tais mudanças e, identificam suas necessidades em relação ao exercício da sexualidade exercem influência sobre o cotidiano e a saúde das mulheres. Este estudo teve por objetivo compreender como as mulheres que se tornaram mães pela primeira vez percebem as mudanças e identificam as suas necessidades em relação ao exercício da sexualidade durante o primeiro ano do período pós-parto. Especificamente buscou analisar as perspectivas das participantes sobre a maternidade e a sexualidade; compreender a vivência da sexualidade em função dos significados atribuídos a maternidade; identificar o conhecimento e a importância atribuída aos diferentes métodos contraceptivos e; identificar a importância das orientações profissionais nas questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Em virtude dos fenômenos estudados desenvolvemos uma pesquisa de cunho qualitativo com 12 mulheres primíparas e usuárias de Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo. O instrumento utilizado para a realização da coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e, através da Análise de Conteúdo o material oriundo da transcrição integral das entrevistas foi fragmentado dando origem a categorias, as quais foram reagrupadas por temáticas relevantes ao objeto estudado. Da análise de conteúdo obtivemos categorias que dizem respeito a concepção de sexualidade, ao sexo e maternidade, a concepção de maternidade, a gravidez, ao parceiro e pai e, ao planejamento familiar. Portanto, a compreensão que as mulheres têm acerca do seu novo papel social imprime novos direcionamentos às experiências diárias no ambiente doméstico, nas relações sociais e no relacionamento com o parceiro. Muitas questões permeadas pelo desequilíbrio nas relações de gênero estão envolvidas nesta dinâmica como a qualidade do acesso ao planejamento familiar, a forma como se apropriam das informações recebidas e a qualidade do atendimento pré e pós-natal. A forma como a mulher exerce a sexualidade e a maternidade é indissociável da construção social da identidade feminina, construção esta que determina as práticas relativas a atenção à saúde das mulheres e que pode interferir nas escolhas e no cuidado com a saúde e na procura da assistência.

Palavras-chave: Período pós-parto, Maternidade, Sexualidade, Saúde Sexual, Métodos Contraceptivos.

ABSTRACT

ANDRADE, M. B. – **The sexuality after motherhood: the experience of user women of SUS.** 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

The coming of a firstborn son represents a scene of intense changes in routine of women which is lined for different perceptions related to sexuality and motherhood. The ways new mothers notice these changes and identify their needs related to sexuality influences their daily lives and the women health. This study had the goal understand how women became mothers for the first time realize the changes and identify their needs in relation to their sexuality during the first year postpartum period. Specifically sought analyze the participants perspective about motherhood and sexuality; understand the experiences of sexuality according to the meanings assigned to motherhood; identify the knowledge and the importance given to different contraceptive methods; identify the importance of professional orientation linked to matters of sexual and reproductive health of the women researched. In view of the phenomena studied we developed a qualitative research with 12 primiparous women and users of public health system in Ribeirão Preto, countryside of São Paulo state. The instrument used to perform the data collection was semi-structured interview and through the content analysis of the material from the whole interviews transcription, it was fragmented originating categories, which were regrouped by relevant themes to the object of study. Content analysis categories obtained concerning the conception of sexuality, sex and motherhood, conception of motherhood, pregnancy, partner and father, and, family planning. Therefore, the understanding women has about their new social role requires new directions to daily experiences in the home environment, in social relations and in the relationship with their partner. Many questions are permeated by the imbalance of gender relation involved in this dynamic with quality familiar planning access, the way they appropriate information received and the quality of pre and postnatal treatment. At long last, the way which the women practice the sexuality and the motherhood is inseparable from the social construction of female identity, construction that determines the practices related to the attention to women's health that could interfere in the choices and care with health and in the search for assistance.

Key words: Postpartum period, Motherhood, Sexuality, Sexual health, Contraceptive methods.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica à Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
GO	Ginecologista-Obstetra
HC	Hospital das Clínicas
LAM	Método da Amenorreia da Lactação
MAC	Método Anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
NTR	Novas Tecnologias Reprodutivas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
Capítulo 1 - A SEXUALIDADE.....	23
1.1 A sexualidade.....	25
Capítulo 2 - A MATERNIDADE.....	37
2.1 A maternidade.....	39
2.2 A maternidade e o movimento feminista.....	48
Capítulo 3 - SAÚDE DA MULHER.....	55
3.1. Trajetória Histórica.....	57
3.2. Planejamento Familiar no Brasil.....	67
3.2.1. A transição demográfica e o panorama atual da fecundidade no Brasil.....	71
3.3. Contracepção no Brasil.....	73
3.3.1. Métodos anticoncepcionais.....	74
3.3.2. Características dos métodos contraceptivos.....	75
3.3.3. Anticoncepção no pós-parto e aleitamento.....	76
3.3.4. Conhecimento das mulheres sobre métodos anticoncepcionais	77
Capítulo 4 - OBJETIVOS DO ESTUDO.....	85
4.1. Objetivo geral.....	87
4.2. Objetivos específicos	87
Capítulo 5 - MATERIAL E MÉTODO.....	89
5.1 O tipo do estudo.....	91
5.2 Instrumento	93
5.3. O universo amostral	95
5.4. Operacionalização	97
5.4.1 Pré-teste	98
5.4.2 Coleta dados.....	99
5.4.3 Perfil das participantes	102
5.5 Aspectos Éticos	104
5.6 Procedimentos de Análise.....	105
RESULTADOS E DISCUSSÃO	111
1. CONCEPÇÃO DE SEXUALIDADE	113

1.1. Falando sobre sexo	114
1.2. Sexo e saúde	116
2. SEXO E MATERNIDADE	118
3. CONCEPÇÃO DE MATERNIDADE	121
3.1. Ser mãe no plano ideal.....	122
3.2. Ser mãe o plano real	124
3.3. Por que escolhi ser mãe.....	129
4. FALANDO DA GRAVIDEZ.....	131
4.1. Um estado interessante.....	131
4.2. Uma boa hora.....	133
5. FALANDO DO PARCEIRO E DO PAI.....	136
6. PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	139
6.1. Conhecimento, uso, obtenção e opinião sobre métodos contraceptivos.....	140
6.2. O avesso do desejo e do direito	143
6.3. Outro filho? Talvez	145
6.3.1. Mas agora estou grávida novamente	147
6.4. A atenção, as orientações e os mitos sobre contracepção	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS.....	163
ANEXOS.....	175
Anexo A.....	177
Anexo B.....	178
Anexo C.....	179
Anexo D.....	180
Anexo E.....	182
Anexo F	183

APRESENTAÇÃO

Era mais um dia de aula durante a graduação do curso de psicologia na Universidade Estadual Paulista em Assis (UNESP) e, início de mais uma disciplina da grade curricular: 'Teorias e Técnicas Psicoterápicas'.

Disciplina ministrada pela Professora Marília Muylaert que iniciou seu curso falando sobre um universo de micro partículas, sobre a porosidade dos corpos, sobre Spinoza e a 'teoria' dos encontros.

Logo eu, que estabelecera por força de convicções próprias e por estratégia de enfrentamento social uma 'teoria' pessoal dos 'corpos possíveis'.

Em virtude de uma adolescência atípica, nem pior, nem melhor, apenas diferente e já entrando em uma fase adulta me vi interpelada por pensamentos que se originavam do desejo de ultrapassar o que estava posto e se dirigiam para o campo das potencialidades e do devir.

Naquele dia, durante aquela aula, a ideia e a constatação da ausência de limites, bem como das possibilidades e potencialidades do ser, me surgiram como um refúgio e um refrigerio frente a mobilização que a angústia da impossibilidade me causava.

Tudo isso ganhou força quando iniciei o estágio curricular na Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e me deparei com o universo do 'Não' do 'Diferente', equivocadamente entendido como desigual. Corpos ilegítimos submetidos ao decreto da impossibilidade.

O interesse pela sexualidade como uma expressão do ser no mundo surgiu a partir de um 'encontro' com uma Professora da APAE que em uma tarde, ainda nas semanas iniciais do estágio me chamou a atenção após um aluno ter me recebido com um abraço e um beijo, ao qual respondi, é claro, afinal eu jamais imaginaria que pudesse ser de outra forma.

A professora me disse incisiva: - "Aqui nós não incentivamos este tipo de contato, este tipo de excitação não faz bem para as crianças! Por favor, não faça mais isso".

No primeiro momento fui tomada por sentimentos que não consegui identificar imediatamente, me lembro de que todo meu ser era um ponto de interrogação. Apenas lembro de que aquela frase me soou como o peso de uma sentença.

Pouco mais tarde fui entender que era o peso da interdição, tanto sobre o corpo do aluno como sobre o meu corpo e a impossibilidade, novamente atravessa meu caminho reafirmando a sua força.

Então, durante a supervisão semanal, tudo fez sentido quando discutimos a sexualidade do excepcional que está entre as sexualidades consideradas marginais ou ilegítimas, descritas por Foucault.

O tempo passou e entendi que precisava aprofundar meus conhecimentos sobre o assunto e, me integrei a um grupo de pesquisa e fiz um curso de extensão sobre a 'Constituição do Sujeito Excepcional'. Pronto e ponto final, eu estava decidida iria estudar as representações sociais sobre o sujeito excepcional, porém, precisei adiar por um longo tempo a minha decisão e, somente em 2009 resolvi que havia chegado o momento de um reencontro comigo mesma.

Neste ano pesquisando programas de mestrado da USP Ribeirão Preto encontrei o programa Saúde na Comunidade, a partir disso e considerando que a sexualidade do excepcional é negada surgiu o seguinte questionamento: O que havia disponível em termos de políticas públicas voltado à saúde sexual dessas pessoas?

Para isso, achei que deveria tentar fazer uma disciplina como aluna especial para me aproximar deste universo da saúde pública, distante da minha prática profissional, cuja, experiência até aquele momento era na área clínica e com adolescente infrator.

Assim, no primeiro semestre daquele mesmo ano fui aceita pela Professora Aldaisa como aluna ouvinte em sua disciplina 'Organização em Saúde' e no segundo semestre fui aceita pelo Professor Antonio Carlos na disciplina 'Família e Processo Saúde – doença'.

Na ocasião conheci o Professor Ruffino com quem conversei brevemente sobre as minhas inquietações e ele me incentivou a procurar a Professora Elisabeth por ela trabalhar com pesquisa qualitativa e ter como uma de suas linhas de pesquisa a sexualidade.

Encontrei-a pela primeira vez, somente no segundo semestre de 2010, quando, gentilmente me convidou para participar da disciplina 'Introdução ao Uso de Métodos Qualitativos na Pesquisa em Saúde', a qual ministraria, ainda naquele semestre, juntamente com o Professor Nicholas John Ford.

Graças a esta disciplina tive a oportunidade de construir um projeto com desenho qualitativo que pretendia estudar as representações sociais dos profissionais da APAE de Ribeirão Preto sobre a sexualidade do portador de deficiência mental.

No final de 2010 participei do processo seletivo do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, no qual, felizmente fui aprovada e passei a ser orientada pela Professora Elisabeth.

Após o início do curso minha orientadora sugeriu estudarmos a sexualidade relacionada à saúde das mulheres no puerpério, especificamente daquelas que houvessem sido submetidas à episiotomia.

A possibilidade de estudar a sexualidade voltada para a saúde das mulheres despertou meu interesse e procurei ler sobre o assunto, afinal a sexualidade feminina, assim como a do sujeito excepcional não é reconhecida como legítima. As sexualidades 'marginais' ou ilegítimas estão descritas nos estudos de Michel Foucault sobre sexualidade, com os quais tive contato durante a graduação.

Percebi que estava diante de um tema fascinante, com muitos desdobramentos e inúmeras possibilidades de estudo, com isso aceitei o desafio de reconstruir meu projeto de mestrado.

Um longo caminho seria percorrido até que o projeto fosse estruturado e se tornasse consistente para prosseguir e, assim, nove meses se passaram até que o projeto estivesse pronto para ser executado.

Durante a fase de estruturação do projeto decidimos estudar os aspectos envolvidos na experiência da sexualidade de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Das que estivessem vivenciando o período após o nascimento do primeiro filho, considerando as inúmeras readaptações, a que elas são submetidas após se tornarem mães.

O objetivo geral do estudo foi compreender como as mulheres participantes desta pesquisa que se tornaram mães pela primeira vez perceberam as mudanças e identificaram as necessidades relativas ao exercício da sexualidade durante o primeiro ano após o parto.

O exercício da sexualidade e da maternidade é influenciado por diferentes perspectivas que perpassam os meios sociais acerca da gravidez, da retomada da vida sexual após o parto, do planejamento familiar e da contracepção. Visto que as formas como a sexualidade é vivenciada no período pós-parto têm relação com as

expectativas e com as circunstâncias que antecedem e, que permeiam a gravidez e o parto, bem como, com os aspectos culturais, emocionais e fisiológicos.

A sexualidade após a maternidade, somada a necessidade de adaptações durante o período pós-parto pode causar diversos transtornos para a vida das mulheres. A nova realidade enfrentada causa alterações nas dinâmicas familiares, sociais e emocionais, a mulher se depara com dificuldades relativas ao exercício da sexualidade no contexto da maternidade.

Algumas situações podem exemplificar quais os tipos de problemas que as mulheres podem enfrentar, tais como, dúvidas em relação a retomada das relações sexuais, que deixam de ser esclarecidas por medo ou vergonha de perguntar ao profissional de saúde, devido a sexualidade ser considerada um assunto de foro íntimo. E, também encontram obstáculos para receber orientações sobre planejamento familiar e contracepção, que refletem na a escolha ou uso inadequado de anticoncepcionais por ausência ou insuficiência de informações sobre as inúmeras possibilidades de métodos contraceptivos que existem; na falta de conhecimento sobre o direito de decidir livremente sobre o número de filhos que pretende ter; na ocorrência de gestações não planejadas, dentre outros.

Estas são questões que fazem parte das noções de atenção integral à saúde da mulher, tornando relevante abordá-las e discuti-las, pois acreditamos que ampliando a compreensão sobre tais assuntos e ressaltando a importância do atendimento integral para as mulheres poderemos contribuir com os profissionais envolvidos no campo da saúde da mulher e aprimorar a qualidade dos atendimentos na rede pública de saúde.

No primeiro capítulo discorreremos sobre como a sexualidade se tornou objeto de estudo da medicina a partir do século XIX; apresentamos a perspectiva das ciências sociais sobre o assunto e o processo de transformação da sexualidade em dispositivo de controle social.

No segundo capítulo buscamos compreender vários aspectos que compõem as percepções atuais sobre maternidade. Abordamos o universo simbólico que envolve a maternidade, permeado pelo momento histórico, pela sociedade, pelos valores culturais, pelas questões sociais, étnicas e de gênero; a construção social e cultural do mito do amor materno; a medicalização do corpo feminino através da sexualidade e da reprodução e; as relações da maternidade com o movimento feminista.

O terceiro capítulo discute a trajetória histórica em torno da saúde da mulher, as mudanças nas formas de olhar e cuidar da saúde feminina. A participação das mulheres neste contexto, a conquista de direitos no cenário mundial e os avanços políticos no Brasil.

Os capítulos quatro e cinco são compostos, respectivamente pelos objetivos do estudo e pelos materiais e métodos.

E, finalmente no capítulo sobre os resultados e discussão apresentamos a análise interpretativa dos nossos dados, que foram divididos em categorias temáticas de acordo com a análise do conteúdo.

CAPITULO 1
A SEXUALIDADE

Foi, um dia, capturado por um certo mecanismo, bastante feérico a ponto de se tornar invisível.

Michel Foucault

1.1. A sexualidade

O propósito do presente capítulo não é apresentar um conceito universal para o termo sexualidade, isto seria uma tentativa inútil, apenas pretendemos esclarecer qual perspectiva, sobre a sexualidade, pautou nossa pesquisa durante o seu desenvolvimento.

O termo sexualidade no dicionário da língua portuguesa Ferreira (2004) está descrito como: *qualidade de sexual; o conjunto dos fenômenos da vida sexual e sexo*. Esta definição inicial nos permite dizer apenas que o termo sexualidade diz respeito ao sexo, as práticas ditas sexuais e a somatória das ideias e dos significados relacionados a estas práticas. Por esta razão é comum que este termo seja utilizado de forma equivocada e reducionista.

Na maioria das vezes, a sexualidade é reduzida a dimensão genital e fisiológica, ainda mais, parece prevalecer a ideia de que o exercício da sexualidade é simplesmente o sinônimo de ato sexual entre duas pessoas. Porém, esta compreensão não traduz a amplitude dos fenômenos envolvidos na constituição dos significados atribuídos à sexualidade que está sujeita a uma variedade de sentidos definidos pelas particularidades dos indivíduos e seu tempo, bem como pelos repertórios psicológico, social e cultural, o que faz com que seja vivenciada diferentemente pelas pessoas de acordo com o meio sociocultural, a idade e o gênero.

De acordo com a abordagem sociológica de Gagnon (2006) o sexo e a sexualidade não são fenômenos de origem biológica, pois os comportamentos sexuais são adquiridos através de um processo de aprendizado próprios do contexto cultural e histórico dos indivíduos. Sobre isto, Heilborn, (1999:40) aponta que:

A sexualidade não tem o mesmo grau de importância para todos os sujeitos. Mais do que um recurso explicativo baseado em diferenças psicológicas, essa variação é efeito de processos sociais que se originam no valor que a sexualidade ocupa em determinados nichos sociais e nos roteiros específicos

de socialização com que as pessoas se deparam. A cultura (em sentido lato) é a responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significados que abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual, de escolha de parceiros. Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, dando origem a carreiras sexuais/amorosas.

Por estes motivos acreditamos que buscar uma definição de sexualidade desvinculada do contexto histórico no qual é produzida seria uma tarefa improdutiva. Além disso, é necessário considerar sobre qual sexualidade nós falamos e, delimitar em qual perspectiva teórica ou campo do saber está fundamentado seu conceito, ou seja, se tem origem no plano discursivo da medicina ou das ciências sociais.

Enquanto a medicina está centrada em aspectos biofisiológicos para definir a sexualidade, as ciências sociais de acordo com Heilborn & Brandão (1999) se ocupam do universo simbólico, ou seja, dos comportamentos, atitudes e valores humanos relacionados ao sexo.

Desde tempos remotos a humanidade demonstra interesse por assuntos ligados ao sexo, no entanto, o termo sexualidade, propriamente dito, é relativamente recente.

Foucault (1999) aponta que a partir do final do século XVII, em meio ao surgimento da sociedade capitalista, a sexualidade é circunscrita em um mecanismo de repressão (período de grande moralização do sexo) e, juntamente com a reprodução passa a ser abordada de forma política.

Porém, de acordo com o autor é somente no século XIX que os estudos científicos a esse respeito tiveram início e a medicina criou o termo sexualidade, se apropriando deste campo e, incluindo uma proposta de controle sobre a sexualidade e a reprodução.

A apropriação do tema pela medicina teve o propósito de desenvolver um discurso e uma prática sobre o assunto para respaldar a sua ação sobre as questões ligadas às atividades sexuais e reprodutivas. Foucault (1999:93), afirma que:

Se a sexualidade se constitui como domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instruíram como objeto possível; e em troca, se o poder pôde tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos.

Foucault (1999:100) destaca que a sexualidade não deve ser concebida “como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado a pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria pouco a pouco desvelar”.

O autor descreve a sexualidade como um dispositivo¹ de controle social, pois ao ser classificada, categorizada e regulamentada por diversas formas disciplinares passou a determinar modelos de conduta que influenciou de forma abrangente a vida das pessoas.

O autor assinala que o conceito de sexualidade, que se apresentou como uma nova forma de pensar as questões ligadas ao sexo foi delineado por uma construção discursiva proveniente da interação de forças entre o poder e o saber, o que caracteriza o dispositivo da sexualidade. Foucault (1999:149) esclarece:

E devemos pensar que um dia, talvez, numa outra economia dos corpos e dos prazeres, já não se compreenderá muito bem de que maneira os ardis da sexualidade e do poder que sustêm seu dispositivo conseguiram submeter-nos a essa austera monarquia dos sexos, a ponto de votar-nos à tarefa infinita de forçar seu segredo e de extorquir a essa sombra as confissões mais verdadeiras. Ironia deste dispositivo: é preciso acreditarmos que nisso está nossa “liberação”.

Conforme mencionamos a sexualidade foi constituída pelo saber médico, enquanto conceito, a partir do século XIX, possibilitando a ação política sobre a vida das pessoas, assim pode ser descrita como uma ferramenta de repressão social, que exerce domínio sobre os corpos, os capturando e os sujeitando às formas de poder. Sobre isto, Giami (2007) acrescenta que durante o século XIX a medicina, incluindo a psiquiatria, considerava que a sexualidade tinha como finalidade normal a procriação, visto que, a atividade sexual objetivando unicamente o prazer era relacionada a um comportamento desviante.

Portanto, o discurso vigente constitui um meio de determinar as formas de agir das pessoas. Para Foucault (1979) o corpo traz as marcas dos controles sociais e culturais, pois sobre os corpos incide o controle da sociedade e das relações de poder.

¹ Segundo Foucault (1979:244), dispositivo é: um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

Foucault (1999) destacou que o exercício do poder sobre a vida, o chamado “biopoder”, se desenvolveu gradativamente a partir do século XVII através de dois polos interligados; por um lado o poder incidiu sobre o corpo máquina ou utilitário, com o foco voltado para a sua docilidade ou disciplina; de outro lado investiu no corpo biológico que tem a capacidade de desenvolver processos relativos à vida ou a morte, tais como, reprodução, nascimentos, condições de saúde, longevidade, mortalidade, além de todas as circunstâncias que podem interferir nestes processos biológicos.

Assim houve a criação de inúmeras técnicas para sujeitar os corpos e com isso obter êxito em controlar as populações. Sobre esta questão Foucault (1999:131), explica:

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. [...] caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida de cima para baixo.

O autor destaca que foi através da perspectiva de uma crescente tecnologia do poder centrada em medidas planejadas e concretas, que no século XIX, o dispositivo da sexualidade constituiu um dos mais importantes meios de controle sobre as populações.

No Brasil do século XIX, com o avanço do processo de urbanização das cidades, a medicina empenhada em “sanar” as mazelas da sociedade passa a ditar regras de práticas preventivas.

Neste período as desordens e ou a desorganização social passa a ser um sinônimo de doença, noção que fundamentou um projeto que ficou conhecido como Movimento Higienista, que buscava controlar a dinâmica da sociedade através dos cuidados com a saúde, com o objetivo maior de atingir a intimidade do seio familiar, em especial as mulheres e as crianças (COSTA, 1979).

Vieira (2002) descreve a trajetória histórica que transformou o corpo feminino em objeto da medicina, esta mudança se deu por meio da naturalização do sentido social da condição feminina.

De acordo com a autora o processo que submete os aspectos sociais ao saber e as técnicas médicas ficou conhecido como a medicalização da sociedade.

Vieira (2002) destaca que a partir do final do século XVIII a medicina começou a controlar os corpos, fundamentada em novos conhecimentos científicos sobre a saúde e a doença, este fenômeno se consolidou no século XIX com a formação da sociedade capitalista, neste período a medicina passou a exercer um papel político e, em virtude do projeto de disciplinar os corpos, se apropriou do campo da sexualidade e da reprodução.

Este novo olhar da medicina sobre as questões sociais centrou seu controle sobre a reprodução humana, logo sobre o corpo feminino. Sobre esta questão Vieira (2002:22-3) aponta:

No Brasil, no final do, século XIX a constituição de uma medicina social marca um período de ampliação dos objetivos do processo de medicalização da sociedade, principalmente na perspectiva de transformação não apenas dos grupos urbanos e dos espaços públicos, mas também dos indivíduos.

[...] a medicalização termina por transformar principalmente o corpo feminino em objeto de saber médico, no que se refere à sexualidade e à reprodução.

As práticas discursivas e as ações médicas presentes no contexto histórico das sociedades disciplinares do século XIX levaram à concepção ‘medicalizada’ e, às condutas prescritivas acerca da sexualidade e da reprodução. O interesse e a influência de várias áreas do conhecimento científico tornaram a sexualidade um assunto permitido através da legitimação das ciências, que tomaram para si o poder de definir e padronizar o que é adequado, inadequado, normal ou patológico em relação à sexualidade.

A sexualidade enquanto um campo de estudo científico foi permeado por múltiplas teorias que envolvem o interesse de diversas áreas do conhecimento como ciências da saúde, ciências sociais, inclusive política e direito o que torna impossível uma definição consensual em função da sua complexidade e diversidade de significados.

Chauí (1991) destacou que a compreensão acerca da sexualidade deve ser pautada em um contexto mais amplo, pois diz respeito ao conjunto das experiências fisiológicas e simbólicas que incluem a genitalidade, mas que permeiam a existência humana em todos os ciclos da vida.

Villela & Arrilha (2003) concordam ao afirmarem que a sexualidade diz respeito ao âmbito subjetivo da compreensão e das sensações de prazer e trata-se

de um meio para acessar o mundo que ultrapassa o corpo físico, portanto são experiências, exclusivamente humanas, que são vividas de diferentes maneiras pelas pessoas.

As afirmações anteriores demonstram o caráter predominantemente subjetivo da sexualidade, sendo este o ponto central das concepções, representações ou entendimentos a respeito de uma sexualidade cercada por preconceitos e tabus socialmente construídos.

Neste sentido Hawkes (1999) afirma que na sociedade contemporânea o sexo possui um forte significado social que pode ser tanto negativo quanto positivo, dependendo em que contexto é discutido, o assunto pode gerar desconforto ou satisfação, isto é, existe o sexo ligado a moral e ao pudor, responsável pelos sentimentos de ‘medo e vergonha’ e o sexo presente no discurso médico, o ‘bom sexo’ que é relacionado à saúde, ao prazer, ao sucesso e à realização pessoal. Hawkes (1999:6) esclarece que estas:

Distinções são feitas somente através do contexto nos quais os discursos emergem; a positividade e a negatividade do sexo, seja ele promovido ou desencorajado é deixado na maioria das vezes implícito. Esta ‘repressão’ não é uma estratégia conspiratória consciente imposta por um regime policial. Sua efetividade deriva da presença de que assumimos noções pré-concebidas que seriam triviais em qualquer inquérito sociológico ².

Para a autora o sexo possui uma ‘peculiaridade’, ele desperta nas pessoas um misto de ‘fascínio e ansiedade’, perceptível através do conjunto das ideias socialmente compartilhadas, pois apesar da sexualidade instigar e atrair o interesse das pessoas, ao mesmo tempo traz à tona a noção de que é, em si, uma força incontrolável da natureza, que pode diminuir a capacidade de raciocínio e levar à perda do domínio próprio, o receio de perder o controle, de sair dos “trilhos”, gera um sentimento de ansiedade.

De fato, estas noções sobre os aspectos positivos e negativos do sexo e da sexualidade são tão presentes em nosso cotidiano quanto são contraditórias, pois ao mesmo tempo em que se fala em demasia sobre o assunto; também se valoriza a manutenção do segredo e da necessidade de proteção da privacidade. A sexualidade

² Hawkes, Gail. *A sociology and Sexuality*. Chapter 1 – The specialness of sex: p. 5-16, BUKINGHAM/Philadelphia: Open University Press, 1999. Tradução: Elisabeth Meloni Vieira.

é mantida em pauta por meio das ciências e dos meios de comunicação, tais como, programas de televisão, jornais, revistas, internet, dentre outros que ditam o que é bom, saudável e esperado em relação às práticas sexuais.

Foucault (1999) ao falar sobre a sexualidade enquanto dispositivo ressaltou que os discursos que pretensiosamente impõem uma verdade sobre o sexo oferecem garantias para a conquista do prazer e da felicidade. Nesta análise o autor afirma que este ideal de sexo que deve ser explorado e cultivado é algo que pertence ao plano da construção discursiva. O trecho abaixo ilustra o pensamento de Foucault (1999, p. 36):

O que é próprio das sociedades modernas não é terem condenado o sexo a permanecer na obscuridade, mas sim o terem-se devotado a falar dele sempre, valorizando-o como o segredo.

No entanto, como já apresentamos anteriormente, o entendimento acerca da sexualidade depende das circunstâncias sociais, culturais e históricas, como exemplo, o saber e o conhecimento envolvidos em sua compreensão sofrem alterações de acordo com sua época; os avanços tecnológicos, como no caso das novas tecnologias reprodutivas; os novos arranjos familiares, que reconfiguram os relacionamentos interpessoais e sociais, enfim esses elementos, também servem de base para as múltiplas expressões da sexualidade.

Além disso, existem outros fatores que influenciam as interpretações da sexualidade, tais como idade e gênero. A sexualidade reconhecida e valorizada em nossa sociedade está relacionada aos homens adultos e jovens, enquanto que a sexualidade de mulheres, crianças, idosos, assim como de deficientes e doentes são consideradas marginais ou ilegítimas.

De acordo com Foucault (1999) a sexualidade destes indivíduos é frequentemente, ignorada ou sujeita a ações discursivas específicas, isto se deve a um processo de construção histórica que tem como modelo normalizador a sexualidade de adultos, jovens e, sobretudo do sexo masculino, elementos estes, que abrangem as características da heterossexualidade reprodutiva.

Este enquadramento reduz a sexualidade ao ato sexual destinado a reprodução e relacionado ao instinto ou necessidade fisiológica, estes aspectos são fundamentados pela noção restrita do sexo biologicamente determinado, ou seja, o

sexo genético, anatômico e fisiológico. Esta compreensão negligencia o universo subjetivo da sexualidade, que é um dado que nos diferencia dos animais e que apesar de englobar o ato sexual, define quais experiências corporais e psíquicas estão ocorrendo através do sexo.

Segundo Foucault (1999) os mecanismos que criaram dispositivos específicos de saber e poder para a sexualidade envolvem, a partir do século XVIII, “quatro grandes conjuntos estratégicos”, estes descritos a seguir de acordo com o autor.

A ‘histerização do corpo da mulher’, cujo processo foi analisar, qualificar e desqualificar o corpo feminino como portador de uma sexualidade exacerbada e intrinsecamente patológica que deveria ser integrado ao campo das práticas médicas, pelo qual se estabeleceu a articulação do corpo orgânico da mulher com o corpo social (fecundidade), com a família (estabilidade conjugal) e com a criação dos filhos gerados (educação).

A ‘pedagogização do sexo da criança’, que se estabeleceu por afirmar que a sexualidade das crianças era inadequada e perigosa, por isso precisavam ser protegidas de suas inclinações e suscetibilidade às atividades sexuais e necessitavam de constante vigilância dos pais, familiares, educadores, médicos e mais tarde, dos psicólogos, esse dispositivo se manifestou, principalmente no combate à masturbação.

A ‘socialização das condutas de procriação’, de viés econômico, que incidiu por meio de medidas sociais, fiscais e políticas, sobre a fecundidade dos casais. E, por último a ‘psiquiatrização do prazer perverso’, que se ocupou de classificar, controlar e corrigir as anomalias ligadas às condutas sexuais.

Especificamente em relação ao corpo feminino que foi transformado em objeto médico e, cuja, sexualidade foi posta sob a norma científica Loyola (2000) afirma que a sexualidade feminina tanto é negada quanto marginalizada em virtude de não ser reconhecida como genuína e moralmente aceitável pelos moldes de uma sociedade que atribui à mulher a irrefutável tarefa de ser mãe.

Deste modo é possível entender que o exercício da sexualidade feminina é permitido apenas no contexto de um relacionamento estável e com fins reprodutivos, em função disso a sexualidade feminina é vivenciada de modo particular, de acordo com a fase do ciclo vital, além de ser atravessada por contingências relativas à condição da mulher na sociedade.

A esse respeito Gonçalves (1994) diz que o corpo de cada indivíduo traduz, não somente sua singularidade pessoal, mas também expressa a história acumulada de uma sociedade que nele marca seus valores, suas leis, suas crenças e seus sentimentos, que estão na base da vida social.

Gualda et. al. (2009), dizem que no corpo estão inscritas múltiplas marcas condizentes aos contextos culturais que envolvem o tempo, o espaço e os grupos sociais.

As formas como as pessoas vivenciam os acontecimentos estão ligadas as construções da própria sociedade, por exemplo, o processo saúde-doença é intermediado pelos cenários culturais. Isto se esclarece através do apontamento de Spink [1992 1(2): 126]:

[...] as nossas explicações e descrições deste mundo são tidas como construções socialmente determinadas. Desta forma, o discurso e a própria prática científica podem e devem ser eles próprios objetos de uma análise social.

Portanto compreendemos que a sexualidade não é um componente da vida constituído instintiva, biológica e de forma natural, antes é uma construção social e histórica. Ainda em relação ao corpo e a sexualidade feminina Vieira (2002:26) esclarece:

[...] as concepções sobre o corpo feminino relativas as raízes de sua medicalização, embora tenham se transformado, em outro sentido permanecem inalteradas, ou seja, arraigadas às suas origens. Tal é o caso da redução da condição de sexo à condição orgânica, entendendo-se esta, em última instância, como condição 'natural', essência própria e intrínseca do corpo das mulheres, o que transforma a dimensão social do corpo em elemento naturalizado.

Enquanto teoria e área do saber científico a sexualidade se desenvolveu sob o domínio da medicina, porém partindo do pressuposto que o seu sentido muda de acordo com o período histórico e o cenário cultural percebemos que o modelo biomédico é insuficiente para a compreensão deste objeto de forma abrangente e neste sentido as ciências sociais tem prestado contribuições significativas com relação a este assunto.

Esta afirmação explica o nosso interesse em buscar compreender a sexualidade através das perspectivas histórica e sociocultural abordadas pelas ciências sociais que partem da premissa de que a construção da realidade está pautada em um conjunto de significados que são estabelecidos através da trajetória sócio histórica das pessoas.

Spink (2004) afirma que as práticas sociais do cotidiano traduzem os diferentes processos de produção de sentidos. Logo, as formas como as pessoas vivenciam suas experiências mantêm íntima relação com o contexto social em que estão acontecendo.

No caso deste estudo o interesse incide sobre a vivência da sexualidade no contexto da maternidade e de toda a dinâmica implicada nesta relação. A maneira como a mulher sente as mudanças que ocorrem após o parto, à forma como vivencia a maternidade e retoma a atividade sexual, a escolha do método contraceptivo e o entendimento sobre o planejamento reprodutivo são fatores que dependem de questões subjetivas, ligadas às percepções em relação a si, ao parceiro e a respeito do novo processo vivenciado.

A identificação dessas percepções relacionadas à própria mulher em conjunto com o seu meio social favoreceu as nossas reflexões e a nossa compreensão a respeito dos relatos apresentados e do processo vivenciado pelas participantes desta pesquisa.

Esta complexa dinâmica na perspectiva da teoria sobre as condutas sexuais das pessoas, desenvolvida por Gagnon na década de 1970, integra três dimensões, a intrapsíquica, a interpessoal e a cultural. Segundo Gagnon (2006) os atores sociais revelam suas condutas sexuais firmados em uma espécie de roteiro através do qual ocorre a manifestação em conjunto das três dimensões.

De acordo com o autor a dimensão intrapsíquica diz respeito a características relacionadas ao indivíduo e ao seu funcionamento psíquico; a interpessoal se refere ao modo de interagir socialmente e a cultural diz respeito à forma como as condutas se apresentam coletivamente, logo, a sexualidade não é experimentada de modo único e universal pelas pessoas, pois é uma atividade baseada nas circunstâncias sociais e culturais, sobre a qual pesam os contextos, os períodos históricos e as diferenças culturais.

Cabe ressaltar que a teoria de Gagnon ficou conhecida como a teoria dos scripts sexuais ou dos roteiros sexuais, através da qual buscou explicar de que modo

as pessoas apresentam suas condutas sexuais, tais roteiros são o resultado da soma de elementos psicológicos e culturais, os quais funcionam como recursos adaptativos às exigências sociais.

Os três níveis dos roteiros, o intrapsíquico, o interpessoal e o cenário cultural, tanto podem ser percebidos de modo estanque e independente ou ainda a partir da sua interação. Analisados, separadamente um do outro é possível delimitar cada nível e sua ação, no entanto vistos de maneira dinâmica podemos perceber que os sujeitos transitam entre os roteiros por meio de nuances mais sutis. Através da interação destes níveis considerando os contextos culturais e sociais, as pessoas são estimuladas a uma reestruturação interna e assim passam a ser capazes de atuar e interagir com o mundo real (GAGNON, 2006).

Depreende-se disto que os comportamentos apresentados pelas pessoas não são manifestações individuais, estes são motivados pelos contextos sociais e, pelos discursos presentes em uma determinada sociedade. Sendo possível afirmar que não há separação entre indivíduo e sociedade, tomando o cuidado com os reducionismos “socializante” e “psicologizante”, isto é, não devemos reduzir os indivíduos a meros produtos do meio social ou da dinâmica de suas características individuais, em uma perspectiva construcionista mais ampla, o sujeito é ao mesmo tempo produto e produtor da realidade social (SPINK, 1992).

Os discursos predominantes sobre a sexualidade, aliados ao desenvolvimento de novas práticas relativas a vida sexual das pessoas, podem exercer forte influência sobre os sujeitos e são capazes de definir escolhas e atitudes.

Podemos citar neste caso, como o surgimento, nos anos de 1960, das novas tecnologias reprodutivas (NTR), referentes aos métodos e técnicas contraceptivas e conceptivas afetou a sexualidade, a qual sofreu transformações em sua concepção, pois com o surgimento da pílula contraceptiva a sexualidade e reprodução foram separadas e com o desenvolvimento da reprodução assistida, através das tecnologias conceptivas, houve o rompimento definitivo entre ambas, isto é, os métodos contraceptivos permitiram a atividade sexual praticamente isenta da possibilidade de reprodução, em contrapartida as técnicas conceptivas possibilitaram a reprodução dispensando o ato sexual (SCAVONE, 2001; RAMÍREZ-GÁLVEZ, 2003).

Os avanços tecnológicos que envolvem a reprodução humana traduzem a ação das práticas médicas sobre a sexualidade e a reprodução. Estas práticas refletem como a medicina interfere na maneira de agir e de pensar da sociedade em

relação à sexualidade e, como a atividade sexual, a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação e a menopausa são interpretadas. A medicalização da sexualidade transforma a reprodução humana, que frequentemente é reduzida ao âmbito biológico, em uma forma de controlar a sociedade por meio de conceitos normalizadores que levam a implicações sociais, pois a reprodução humana dá origem a famílias, filhos que por sua vez carregam um nome e são herdeiros de uma herança, seja econômica, social ou cultural (LOYOLA, 1992; 2003). Sobre isto a autora esclarece:

De fato, ao contrário do que se supõe ainda hoje, as sociedades organizam e intervêm nos diferentes momentos do processo reprodutivo, desde a organização social do coito, da gravidez, do parto e da amamentação, ao número e à socialização das crianças, sendo todos os momentos da sequência reprodutiva um terreno possível de decisão, de gestão e de conflito [Loyola, 1992 2(1): 94].

Assim, a experiência da maternidade que faz parte da sequência reprodutiva na vida das mulheres e, conforme a autora, também representa um “terreno” passível de decisões, gerenciamentos e não obstante de conflitos.

Isto nos remete ao fato de que o nascimento do primeiro filho evoca a necessidade de novos gerenciamentos da vida reprodutiva, como por exemplo, a escolha de um método contraceptivo que garanta a autonomia sobre ter ou não mais filhos, mas que também permita o exercício pleno da sexualidade.

Logo, os métodos contraceptivos seguros e satisfatórios devem manter uma relação harmoniosa com a saúde sexual, com vistas a favorecer a qualidade de vida e as relações entre as pessoas.

A sexualidade vivenciada no contexto da primeira experiência de maternidade e, relacionada às necessidades de controle reprodutivo, nos conduzem a aspectos ligados a saúde da mulher. Este é um campo de estudo que necessita de atenção e de aprofundamento para compreendermos as implicações desta relação.

Dito isto, na sequência trataremos da maternidade e os fenômenos que a constituem, aprofundando o entendimento sobre os elementos constituintes deste estudo.

CAPITULO 2
A MATERNIDADE

Os valores de uma sociedade são por vezes tão imperiosos que têm um peso incalculável sobre os nossos desejos.

Badinter

2.1. A maternidade

A compreensão atual da maternidade passou por um longo processo histórico, em meio a questões culturais, sociais, políticas, econômicas e científicas. O universo das representações a respeito da maternidade é formado por uma complexa dinâmica de sentidos que podemos explorar amparados pelas ciências sociais, a antropologia, a sociologia, a história e a psicologia.

Correia (1998) apresenta a maternidade como um fenômeno demasiadamente complexo para que apenas uma área do conhecimento possa abarcar todos os seus aspectos. Para [Kitzinger 1978, apud, Correia 1998, 3 (XVI): 365]³ “Basta-nos olhar para as diferentes manifestações do papel de mãe noutras civilizações para compreender que a Maternidade também é uma actividade multidimensional”.

A tarefa de tentar compreender o sentido que as pessoas conferem à maternidade implica em olhar para este objeto através de múltiplos pontos de vista e contextos, visto que o momento histórico, a sociedade, os valores culturais, dentre outros fatores compõem o campo simbólico que alimenta a percepção do que significa ser mãe. [Correia 1998, 3 (XVI): 365] destaca que:

Ter um filho é considerado em cada civilização de um modo diferente; ser mãe pode ser visto como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante, numa determinada mulher, numa determinada civilização. A forma de a vivenciar associa-se quer às suas características individuais quer à atmosfera cultural que a circunda.

³ KITZINGER, S. Mães. Um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Ed. Presença, 1978.

Por milhares de anos a fertilidade foi exaltada como uma dádiva, enquanto a infertilidade era associada a um castigo divino, embora estes sentimentos se manifestassem em intensidades diferentes pelo mundo. Em cada civilização a gravidez assumiu significados diversos, por exemplo, em algumas culturas africanas as mulheres grávidas e solteiras eram punidas com severidade, em contrapartida em algumas sociedades a gravidez era cultuada por toda sociedade, como na Antiguidade greco-romana as casas das mulheres grávidas se transformavam em recônditos invioláveis e sagrados e o parto era representado como um momento de sofrimento, dor e medo (CORREIA, 1998).

Scavone (2004) relata que desde a Antiguidade até a Idade Média, as mulheres pariram com a ajuda de parteiras, cujos saberes e as crenças eram partilhados entre as mulheres, as quais detinham conhecimentos adquiridos empiricamente sobre meios para evitar ou interromper a gravidez, plantas, fumigatórios, rituais e outras receitas para os ‘males’ do corpo feminino, os quais, segundo as crenças, eram provenientes do útero, o órgão considerado como o centro do corpo feminino.

De acordo com a autora na Inquisição essas mulheres foram perseguidas e proibidas de praticar cura, pois seus conhecimentos eram bastante respeitados pela população e, isto ameaçava o poder da Igreja, apesar disso as parteiras ou curandeiras continuaram a realizar partos e curas durante muito tempo, até o desenvolvimento medicina científica.

Scavone (2004) assinala que a medicina científica, que se desenvolveu entre os séculos XVI e XVIII, mesmo período da Inquisição na Europa, foi a ponte para que os saberes, obstétrico e ginecológico, até então dominados pelas mulheres passassem a ser dominados pelos homens. Segundo (Arruda 1987, apud, Scavone 2004:131)⁴ “o que a Igreja não consegue dobrar, a instituição médica vai usurpar”.

A medicina que se refere a conhecimentos, técnicas e práticas fundamentadas cientificamente, tal como a conhecemos atualmente, se consolidou no final do século XVIII, pois durante o seu desenvolvimento se mesclava a uma grande diversidade de práticas curativas (VIEIRA, 2002).

Segundo Foucault (1979) o nascimento da medicina científica, no final do século XVIII, coincide com desenvolvimento do capitalismo. O autor analisou o

⁴ ARRUDA, A. Fazendo saúde: consciência e política. In: OLIVEIRA, E. M. (Org.) Mulheres: da domesticidade à cidadania. XI Reunião ANPOCS, CNDM, 1987.

contexto das relações de poder e a constituição dos sujeitos como um processo de controle social, que inicialmente investiu no potencial biológico, permitindo a ação política sobre a vida das pessoas, este fenômeno foi denominado “biopolítica”. Foucault (1979:47) escreveu:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

O controle social incide sobre a capacidade biológica dos corpos, incluindo o feminino. No caso da mulher, a capacidade biológica do seu corpo, relativas às funções de gerar, gestar, parir e nutrir lhe atribui também a responsabilidade social pelos filhos, por supostamente se tratar de uma característica inerente a ‘natureza’ feminina. Sobre a “naturalização” do corpo feminino Vieira (2002:31-2) esclarece:

A idéia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorre ideias sobre a maternidade, instinto materno e divisão sexual do trabalho como atributos ‘naturais’ e ‘essenciais’ à divisão de gêneros na sociedade.

Diante destes apontamentos é possível dizer que o ideário de maternidade é influenciado por acontecimentos e desdobramentos que foram e que são gerados em tempos, sociedades e em culturas diferentes.

Conforme os estudos Badinter (1985) a concepção de maternidade, predominante na sociedade ocidental se constituiu a partir da construção social e cultural do amor materno. Isso nos permite compreender vários aspectos que compõem as percepções atuais sobre maternidade e, que delinearam as formas de entender e de exercer o ofício materno.

A disponibilidade da mulher em se dedicar e se desdobrar nos cuidados da família conferiu, gradativamente, à mãe devotada, características de santidade, contribuindo para a formação da imagem idealizada da maternidade.

Pela perspectiva do 'Mito do amor materno' Badinter (1985) relata que no final do século XVIII o enfrentamento do alto índice de mortalidade infantil na Europa foi motivado por interesses econômicos, pois a expansão do capitalismo comercial e o enriquecimento das nações dependiam do crescimento da população, por isso a sobrevivência das crianças se tornou muito importante, a qual dependia do cuidado materno.

A partir disso, as preocupações com a saúde e a higiene, promovidas pelas ações médicas, entraram em pauta e foram adotadas medidas para incentivar a aproximação entre as mães e seus filhos visando o cuidado e a preservação das crianças, lentamente o sentimento de amor maternal, sublime e incondicional, passa a ser atribuído à mulher como uma condição inata e a imagem de mãe zelosa ganha destaque no meio social.

Badinter (1985) aponta que a amamentação dos próprios filhos não era usual e tão pouco valorizada, ao contrário, as mulheres julgavam que amamentar era indigno fosse por considerarem animalesco, por pudor ou medo de perder a beleza, mas principalmente pela associação a uma condição social desfavorecida. De acordo com a autora, até aquele momento era um hábito frequente, principalmente da burguesia, entregar os recém-nascidos aos cuidados das amas de leite, sem qualquer preocupação com o destino desta criança e, que inclusive a morte infantil era um fato quase sem importância.

Badinter (1985) explica que para promover a aproximação entre as mulheres e seus filhos e, convencê-las do seu ofício maternal, com foco na sobrevivência das crianças e nas melhores condições de higiene e saúde, a amamentação foi um dos aspectos sobre o qual a argumentação médica foi mais incisiva.

Segundo a autora a humanidade sempre acreditou que gerar filhos é a principal função da mulher por ser uma condição dada pela natureza, logo nenhum mérito havia nisto, porém o grande diferencial entre a mulher-mãe do final do século XVIII e a mulher do período anterior a estas mudanças é que a maternidade se tornou menos biológica para ganhar um valor social e, é neste fato que reside a 'conquista' e a 'glória'. Badinter (1985:223) conclui:

A maternidade torna-se um papel gratificante, pois está agora impregnado de ideal. O modo como se fala dessa "nobre função", com um vocabulário tomado à religião (evoca-se freqüentemente a "vocaço" ou o "sacrifcio" materno) indica que um novo aspecto mstico associado ao papel materno. A me agora usualmente comparada a uma santa e se criar o hbito de pensar que toda boa me uma "santa mulher". A padroeira natural dessa nova me a Virgem Maria, cuja vida inteira testemunha seu devotamento ao filho. Ter sido por acaso que o sculo XIX a glorificou, criando a festa da Assuno?

A disseminao da noo de cuidado e preservao das crianas e, as mudanas do sentido de famlia tm profunda relao com a mudana do padro de maternidade.

ries (1981) ao estudar as transformaes sociais da infncia e da famlia a partir da idade mdia, apontou que a infncia foi ignorada ao longo de sculos, a criana era tratada como um adulto, no havia diferenciao entre as fases da vida, por isso particularidades e necessidades infantis no eram reconhecidas e, o sentimento de infncia e a preocupao com a educao comearam a aparecer somente na Modernidade.

O autor descreve as condies em que viviam e, tbm morriam as crianas at o final do sculo XVII, pois apesar do infanticdio no ser permitido, era bem tolerado e praticado correntemente em segredo, talvez de uma maneira que parecesse acidental, visto que as crianas morriam asfixiadas enquanto dormiam na cama dos pais, que nada faziam para conserv-las ou para salv-las.

ries (1981) destaca que a partir do sculo XVIII os pais, melhor informados pelos reformadores e sensibilizados com as mortes aderiram s ideias de vigilncia e conservao de suas crianas resultando na diminuio da mortalidade infantil.

O autor destaca que neste perodo, final do sculo XVII e incio do XVIII, que as famlias comearam a se afastar da vida coletiva se recolhendo para suas casas que tbm foram remodeladas se tornando mais protegidas contra intrusos e melhor preparadas para a intimidade, atravs da reorganizao dos cmodos que passaram a ser independentes e com funes especficas (sala de visitas, sala de jantar, quarto de dormir etc.), se comunicando apenas por meio de um corredor, ao invs da intercomunicao anterior. Isto resultou em espaos privados, favorecendo um novo sentimento entre os membros da famlia e, particularmente entre a me e a criana.

Portanto, as transformações econômicas e sociais do século XVIII que foram intensificadas no século XIX compõem a base do modelo contemporâneo de família e maternidade. Chodorow (1979) assinala que é este arranjo familiar tradicional que sustenta o ideal de maternidade na sociedade ocidental e contemporânea.

No Brasil de acordo com Costa (1979) depois de constatada a insuficiência de outras formas de controle social, como o militarismo, entra em cena a medicina higiênica como um novo dispositivo de controle dos indivíduos, aliando-se a proposta de mudar a antiga ordem colonial.

A medicina conquista espaço criando um campo de discurso próprio, pautado na divulgação dos cuidados de higiene para a manutenção e promoção da saúde, com isso aproximando as cidades e a população do saber médico e, constituindo outra forma de poder que com o passar do tempo foi estabelecida como uma aliança entre o Estado e a medicina, pois o Estado passou a medicalizar a política e a medicina a politizar suas ações (COSTA, 1979).

De acordo com o autor as medidas higiênicas legitimavam a atuação médica em quase todos os âmbitos da sociedade apontando formas adequadas de comportamento visando à transformação da ordem social.

A família por seu caráter de unidade e por ser defensora de costumes e tradições representava um desafio para a atuação da medicina, que com o objetivo de conseguir a adesão das famílias às novas normas de higiene se empenhou em desconstruir o sentido de unidade familiar e do poder patriarcal, criando um conjunto de métodos e técnicas de persuasão, ao qual a medicina social dá o nome de higiene familiar, cujos principais focos eram as mulheres e as crianças (COSTA, 1979).

O autor explica que o sucesso deste projeto e a expansão do modelo higienista se devem à conquista do apoio feminino, visto que o discurso médico permitiu que as mulheres ganhassem um papel de destaque na família e, através da maternidade transformassem seu status na sociedade, conquistando maior visibilidade no cenário familiar e social. Deste modo, durante o século XIX a adesão da mulher ao seu novo perfil social permitiu que a presença do médico na intimidade dos lares se tornasse cada vez mais influente, assim a mãe, fiel às orientações médicas passa a exercer uma espécie de vigilância sobre os hábitos e a rotina doméstica.

Costa (1979:267) explica que “[...] a mulher, para satisfazer às etiquetas da sociedade em que vive resigna o dever da maternidade”.

A adesão da mulher à maternidade, bem como a gestação e a amamentação traduzem o modo como as famílias do século XIX passaram a valorizar a vida, a prole e a infância, sendo que engravidar e amamentar se tornaram eventos biológicos indissociáveis de uma determinada forma de conceber a maternidade (COSTA, 1979:119).

O processo de medicalização da sociedade, consolidado no século XIX, teve como um dos pontos centrais o corpo feminino (VIEIRA, 2002).

Ressaltamos que de acordo com (Miles, 1991, apud, VIEIRA, 2002:19)⁵ “medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais”

Vieira (2002) fez um estudo minucioso sobre este período em que a medicina começou a se apropriar do corpo feminino através do controle sobre a sexualidade e a reprodução, logo sobre os nascimentos e depois disso não tardou para que as questões demográficas fossem transformadas em objeto da ginecologia e da obstetrícia.

A autora destaca que os cuidados com a saúde feminina passam a ser exclusividade dos médicos, esta prática propiciou o aprimoramento dos conhecimentos e de técnicas cirúrgicas, assim nasce a obstetrícia que deu origem a diversas disciplinas que se ocuparam do corpo feminino, como a ginecologia, dentre outras que se dedicaram aos aspectos ligados à reprodução.

Conforme a autora a aproximação dos médicos no que se refere à gravidez e ao parto produziu efeitos na sobrevivência das mulheres e das crianças, fato este que convergiu com a necessidade de crescimento populacional. A partir daí as práticas médicas relacionadas ao corpo feminino tenderam a ser delineadas de acordo com as necessidades da sociedade, visto que as questões relativas ao casamento, à reprodução e a sexualidade eram respaldadas pelo modelo médico. Vieira (2002:24) ao descrever o contexto da medicalização do corpo feminino esclarece:

É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, como

⁵ MILES, A. Women, Health and Medicine. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.

desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social.

A forma atual de concebermos a infância, o feminino, a família e, sobretudo a maternidade, cuja compreensão se tornou indissociável da identidade feminina, é de fato, fruto de um processo sócio-histórico que redirecionou a dinâmica social e reconfigurou o cotidiano das mulheres.

Entretanto, as concepções do plano ideológico não atingem as pessoas da mesma forma, a sociedade se reinventa constantemente, e as mudanças que são constituídas agem diferentemente sobre as expectativas e os comportamentos dos sujeitos, esta é uma relação em constante mutação.

Scavone (2004) considera que a maternidade é um fenômeno social e como tal, está imerso e é permeado por diferentes fatores que são relativos as desigualdades sociais, étnicas e de gênero, assim sendo, o modelo de maternidade predominante no mundo ocidental apresenta variações quanto à sua ação sobre as mulheres, pois conforme a realidade social em que estão inseridas irão perceber e vivenciar a maternidade de maneiras distintas.

A autora traz para esta discussão elementos como, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a sua presença nos espaços públicos, bem como os reflexos disto sobre a família e a maternidade.

Scavone (2004) destaca que no século XIX com a expansão da industrialização, as mulheres, sobretudo aquelas que pertenciam às famílias operárias, passaram também a trabalhar fora do ambiente doméstico, com isto a mulher assumiu a dupla responsabilidade de trabalhar dentro e fora do lar sendo este um fator decisivo para que as mulheres passassem a ter menos filhos o que resultaria no modelo contemporâneo de maternidade.

Assim, a inserção das mulheres no mercado de trabalho foi acompanhada pela sobrecarga de tarefas, pela mudança do padrão de maternidade (redução do número de filhos) e por desigualdades sociais e sexuais (SCAVONE, 2004).

A redução da prole se deu progressivamente à medida que se intensificava a adesão das mulheres ao trabalho nas fábricas, pois segundo Giffin (1991), para as famílias, ter mais filhos não representava mais recursos produtivos, ao contrário

significava mais custos, além de ser um empecilho para o trabalho remunerado das mulheres que precisavam ajudar a garantir o sustento das suas famílias. Para a autora este fato caracterizou a subordinação da reprodução à produção, refletida mundialmente, durante o século XX, nas iniciativas do Estado em relação à regulamentação da fecundidade.

Giffin (1991) assinala que apesar das circunstâncias materiais impulsionarem a mulher para a esfera da produção a relação ideológica do feminino com a reprodução permaneceu inalterada.

Portanto, o ideal de maternidade consolidado na sociedade era contraditório à realidade das mulheres que cada vez mais eram impelidas pelas circunstâncias a buscar um trabalho remunerado fora do ambiente doméstico, inviabilizando o desempenho exclusivo e em tempo integral do ofício materno. Sobre isto, (Knibielher e Fouquet 1977, apud, Scavone 2004:173)⁶ ressaltam que “a distância é imensa entre o ideal descrito e sonhado da mãe educadora, consagrada em tempo integral as suas crianças, e a vida cotidiana das mães de origem modesta”.

Para Scavone (2004) é indiscutível que o trabalho permitiu a presença das mulheres nos espaços públicos, mas o preço que tiveram que pagar por isso foi muito alto, sobretudo para as mulheres de baixa renda, visto que as mães deixavam seus lares por longos períodos para trabalhar em fábricas, mas ainda continuavam como as principais ou únicas responsáveis pelos filhos e pelas atividades domésticas, além disso, outros aspectos referentes à condição desfavorável da mulher na sociedade causavam muita indignação e levaram a uma mobilização feminina.

Bruschini (1994) assinala que o trabalho, ao lado de outros temas relacionados à condição feminina foi um dos assuntos de destaque para o feminismo, pois além da importância que alcançou nos estudos sobre gênero, o trabalho remunerado significava do ponto de vista dos movimentos feministas norte americano e europeu, que viriam a influenciar as feministas brasileiras, um avanço da condição feminina, por representar uma maneira das mulheres conquistarem a sua emancipação.

Neste mesmo contexto em que afloraram os debates feministas relacionados a condição feminina e o trabalho, também emergiram as questões ligadas

⁶ KNIBIELHER, Y; FOUQUET, C. Histoire des mères. Paris: Montalba, 1977.

maternidade, um assunto que mobilizou intensamente a atenção das feministas (SCAVONE, 2001).

Dito isto e compreendendo a importância dos debates feministas sobre a maternidade bem como dos desdobramentos provenientes destes, trataremos a seguir a questão da maternidade no contexto do movimento feminista.

2.2. A maternidade e o movimento feminista

É bem verdade (...) a mulher está no mundo, a mulher é mundo, ajuda a criar o mundo, vive no mundo, sofre o mundo, e assim. às vezes ajuda a transformar partes deste mundo em um mundo menos imundo. (...) E mais, alienada esperando-se que não seja, integra-se na história, vive a história faz a história é capaz de fazer... refazer... e mudar vidas, trajetórias.

Antônio Ruffino Netto

A mobilização social das mulheres permitiu em diferentes momentos históricos que elas expressassem sua indignação em relação a todas as situações que as sujeitavam a uma posição desfavorável na sociedade, dando visibilidade para as desigualdades sexuais, políticas, sociais e econômicas e, dessas lutas libertárias foram criadas as condições para o surgimento do feminismo contemporâneo, o qual se deu na sociedade urbana e industrial do começo do século XX (SCAVONE, 2004).

Neste período a sociedade foi marcada, não apenas pela entrada da mulher no mercado de trabalho, como também pelas exigências de conciliação do trabalho com a vida familiar e, na década de 1960, pelo surgimento da contracepção medicalizada e segura que viabilizou a possibilidade de escolha da maternidade (SCAVONE, 2004).

Scavone (2001) pontua que os debates feministas sobre a maternidade evoluíram e tomaram novos rumos entre as décadas de 1960 e 1980, isto se deu em um cenário composto pelas profundas mudanças que aconteciam nas sociedades ocidentais, visto que nas décadas seguintes à Segunda Guerra, se intensificaram os processos de industrialização, urbanização, inserção das mulheres no mercado de

trabalho e, após o advento da contracepção medicalizada, se intensificou também o controle sobre a fecundidade.

Este contexto marcou a transição do feminismo igualitarista, centrado no modelo masculino, para o feminismo que buscava criar uma identidade própria para as mulheres, neste momento a maternidade representou um dos elementos de discussão e de politização das questões privadas, nestes debates o movimento feminista contestava de forma veemente o fato do destino social da mulher ser determinado por sua condição biológica que lhe atribui como missão “natural” a maternidade (SCAVONE, 2001).

A maternidade começava, então, a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade, isto é, a causa principal da dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino. Com base nesta evidência, a crítica feminista considerava a experiência da maternidade como um elemento-chave para explicar a dominação de um sexo sobre outro: o lugar das mulheres na reprodução biológica – gestação, parto, amamentação e conseqüentes cuidados com as crianças – determinava a ausência das mulheres no espaço público, confinando-as ao espaço privado e à dominação masculina (Scavone, 2001, 16:138-39).

O feminismo libertário que politizou as questões privadas baseou seu entendimento nos aspectos ligados a intimidade familiar. Sobre isto (Scavone, 2004:178) escreveu que:

Os estudos feministas de então privilegiaram a maternidade para explicar a situação de desigualdade das mulheres em relação aos homens. Por parte das correntes teóricas radicais, considerava-se a maternidade como o eixo central da “opressão das mulheres”, já que sua realização determinava o lugar das mulheres na família e sociedade. Portanto, a recusa consciente da maternidade foi o caminho proposto por esse feminismo para alcançar a liberdade. Esta recusa consistia em uma tentativa de negar o fatalismo biológico feminino da maternidade, romper com o determinismo dado pela natureza, já que ele era um argumento forte para justificar as desigualdades entre os sexos.

Conforme os apontamentos da autora podemos dizer que as reflexões do movimento feminista em relação à maternidade foram pautadas por tendências temáticas e conceituais diversificadas, sendo possível demarcar as diferenças entre

três momentos que foram permeados pelas noções: igualitarista, diferencialista e relacional.

Scavone (2001) explica que o movimento feminista, inicialmente, ainda sob a influência do pensamento igualitarista, considerou que a recusa da maternidade seria o primeiro passo para subverter a dominação masculina e permitir às mulheres exercerem outras potencialidades do ser feminino e, foi em função deste pensamento que as lutas políticas das mulheres na década de 1970 exigiam que a pílula contraceptiva e o aborto se tornassem um direito político. A autora resume que no bojo destes acontecimentos, o direito de escolher livremente a maternidade era considerado fundamental para mudar a condição de submissão social ocupada pelas mulheres.

Scavone (2001) relata que posteriormente, sob a influência da corrente diferencialista do movimento feminista baseada na exaltação das diferenças da identidade feminina, uma nova compreensão sobre a maternidade vem à tona acerca de que negá-la significava ignorar um aspecto exclusivo da identidade feminina, assim a maternidade passa do status de desvantagem para assumir o lugar de vantagem em relação aos homens, revelando o poder das mulheres na sociedade frente ao fenômeno bio-psíquico-social representado pela maternidade.

E, por fim as teorias feministas passam a considerar que os fatores biológicos da reprodução não eram suficientes para explicar a dominação de um sexo sobre o outro e o lugar da mulher na sociedade, portanto as raízes da dominação feminina provinham das relações sociais permeadas pela dominação e, que estabeleciam o lugar social da maternidade (SCAVONE, 2001).

A introdução da perspectiva teórica das relações de gênero nas ciências sociais, a qual se deve as feministas contemporâneas, destacou o papel da construção social nas desigualdades entre os sexos e evidenciou a maternidade a partir de um campo relacional. Sobre isto (Scavone 2001, 16: 142) escreveu que:

Não podemos compreender a maternidade sem abordar a paternidade, a mãe sem o pai, no sentido biológico e social do termo. A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como símbolo de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo.

Constatada a importância de compreender a maternidade integrada a um campo simbólico, relacional e através de seu caráter multifacetado enunciado pela perspectiva de gênero, então nos cabe apresentar algumas considerações sobre gênero.

Scot (1990) define gênero como um constructo gerado a partir das relações sociais, mutável, com múltiplas facetas e nasce das percepções das pessoas sobre as diferenças entre os sexos, através das quais são engendradas as relações de poder, sejam de domínio ou submissão.

Rago (1996) problematiza a questão das dificuldades de uma definição conceitual única de gênero e aponta que as teóricas feministas que defendem os estudos das relações sociais de gênero admitem várias alternativas de análise, visto que as relações de gênero não pertencem a um sistema teórico definido ou representam um conceito encerrado em si. A autora acrescenta que a grande inovação das discussões sobre gênero diz respeito a desconstrução da lógica da identidade, visto que gênero é uma representação uma categoria relacional e não identitária.

Saffioti (1999) ao revisitar a obra de Simone de Beauvoir, ‘O Segundo Sexo’ destaca a frase mais conhecida do livro *“On ne naît pas femme, on le devient”* – “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher” - por considerar que nesta frase está presente a primeira manifestação do conceito de gênero, pois de fato, conforme a própria autora [Saffioti, 1999 (12): 160] “é preciso aprender a ser mulher, uma vez que o feminino não é dado pela biologia, ou mais simplesmente pela anatomia, e sim construído pela sociedade”. Neste sentido [Sarti, 2004, 12(2): 35] acrescenta:

Quando Simone de Beauvoir, em 1949, em *O segundo sexo*, disse que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, expressou a idéia básica do feminismo: a desnaturalização do ser mulher. O feminismo fundou-se na tensão de uma identidade sexual compartilhada (nós mulheres), evidenciada na anatomia, mas recortada pela diversidade de mundos sociais e culturais nos quais a mulher se torna mulher, diversidade essa que, depois, se formulou como identidade de gênero, inscrita na cultura.

O movimento feminista no Brasil ganhou força somente a partir da década de 1970, em meio ao processo de aceleração da modernização proposto pelos militares que estavam no poder desde o golpe militar de 1964 (RAGO, 2003).

De acordo com a autora, neste período as mulheres estavam maciçamente inseridas no mercado de trabalho e, passam a defender com veemência os seus direitos à cidadania, protestando contra todas as formas de dominação a que estavam sujeitas.

Sarti (2004) destaca que nos anos de 1980 o movimento de mulheres já havia sido consolidado no Brasil e representava uma força política e social e, que apesar de ter sido influenciado pela experiência europeia e norte-americana, a profunda ligação com os movimentos sociais de ideologia marxista, que contestavam o autoritarismo militar, conferiu contornos próprios ao feminismo brasileiro, que mesclou as questões intrínsecas à sua ideologia do a atuação política dos oposicionistas do regime vigente.

As circunstâncias políticas da época representaram apenas um dos entraves para o afloramento das questões de gênero, pois estas rompiam com a unidade política exigida na ocasião (SARTI, 2004).

Segundo a autora as dificuldades enfrentadas pelo movimento feminista brasileiro, além das circunstâncias políticas da época, eram ligadas as diversidades socioculturais que delimitaram o universo reconhecido culturalmente como feminino. Isto rompeu com a ideia de um feminismo universal, tornando necessário que todas as reflexões sobre as condições vivenciadas pelas mulheres fossem construídas a partir dos próprios contextos e, do mesmo modo, que as interpretações das relações de gênero considerassem as pessoas em conjunto com o seus universos simbólicos, onde acontecem as relações. Sobre estes aspectos [Sarti, 2004, 12(2): 44] esclarece:

[...] a relação da mulher com o homem, a sexualidade, o casamento como meio de vida e o significado e a vivência da maternidade, são experiências com fortes marcas culturais. Sabe-se evidentemente que as oportunidades e experiências não são as mesmas para todas as mulheres, assim como são diversas também as perspectivas, o que restringe as possibilidades e a própria desejabilidade de identificação com as bandeiras feministas, ainda que o feminismo possa ser reconhecido como um movimento que traz genericamente benefícios à condição social da mulher.

Logo, com base no que pontuamos até este momento e, considerando que a percepção sobre o corpo feminino em nossa sociedade é norteadada pelas noções de gênero, que colocam as mulheres a serviço das necessidades dos filhos, dos desejos do parceiro e das normas sociais.

Podemos dizer que a compreensão das mulheres acerca da maternidade, assim como da sexualidade, também se estrutura sobre a base das noções de gênero, as quais segundo Villela & Arrilha (2003) são responsáveis e explicam as relações de poder entre homens e mulheres e, também o controle a que elas estão sujeitas.

Bourdieu (1995) explica que a dominação masculina ou visão dominante da divisão entre os sexos perpassa os aspectos sociais e culturais e age sobre todas as estruturas da sociedade tanto nos setores públicos como privados. Segundo o autor este fenômeno se torna natural e aceitável e passa a nortear as relações entre as pessoas.

Portanto os aspectos sobre a maternidade, dizem respeito, não somente à mãe idealizada, embora essa seja uma noção presente em todas as nuances do ser materno, mas refere-se às mães reais que pertencem a contextos reais.

Neste caso consideramos pertinente falarmos de ‘maternidades’; visto que a presente pesquisa parte da maternidade idealizada para compreender as percepções e as vivências de uma maternidade introduzida nos cenários do cotidiano, ou seja, partimos do ‘mito’ para entender a realidade.

A mãe real que nos referimos pode ter maior ou menor facilidade de acesso aos serviços de saúde, embora o acesso em si não responda a todas as necessidades da mulher, pois é preciso considerar a qualidade da assistência. Isto sugere que a vivência da maternidade, muitas vezes se apresenta em descompasso para as mulheres.

As mulheres que estamos olhando são múltiplas e, inúmeras podem ser as variações que as envolvem, pois elas podem trabalhar ou ficar em casa, ser casadas, solteiras, amasiadas ou outra condição e; ainda, ser adolescentes ou adultas, primíparas ou multíparas, ter diversos níveis de escolaridade, ter diferentes valores ou crenças e, maior ou menor poder aquisitivo.

A maternidade, assim como, as demais etapas do processo reprodutivo foram o foco de interesse e das ações de políticas públicas brasileiras ao longo do século XX. Assim, com o intuito de compreender esta trajetória em torno da saúde da mulher, no próximo capítulo faremos um resgate deste percurso que parte da díade mãe-filho e caminha em direção a uma visão mais abrangente sobre a mulher.

CAPITULO 3
SAÚDE DA MULHER

Silenciosas, as mulheres? – Mas elas são as únicas que escutamos, dirão alguns de nossos contemporâneos, que, com certa angústia, têm a impressão de sua irresistível ascensão e de sua fala invasora. “Elas, elas, elas, sempre elas, vorazes, tagarelas [...]

Michelle Perrot

3.1. Trajetória Histórica

Historicamente a abordagem da saúde da mulher privilegiou os aspectos biológicos e fisiológicos relativos à reprodução, prevalecendo a noção de que o corpo feminino tem como principal função conceber, gestar, parir e amamentar, ou seja, os atributos relacionados à maternidade (BRASIL, 2007).

A construção do conceito de saúde da mulher segue a trajetória de fatos ocorridos no cenário mundial e de seus desdobramentos em âmbito nacional. Assim como o conceito de saúde⁷ proposto pela OMS em 1948 passou por reformulações⁸, que superaram o modelo predominantemente biomédico e reconhece a interação dos indivíduos com o seu meio, buscando, também se adequar ao contexto cultural, social, político e econômico, os conceitos de saúde materna, saúde sexual e reprodutiva e saúde da mulher seguem a evolução das ideias humanas (GALVÃO, 1999).

A autora assinala que as discussões em torno desses conceitos estão imbricadas a um contexto mais amplo que busca aprimorar e também garantir a proteção dos direitos humanos⁹. A saúde da mulher foi marcada nas últimas décadas, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, por propostas políticas que indicam o caminho percorrido e ao mesmo tempo traçado pela ativa participação das próprias mulheres no processo de conquista de direitos e de cidadania.

A seguir apontaremos as principais mudanças nos modelos de abordagem da

⁷ Conceito clássico de saúde da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

⁸ Conceito de saúde mais recente da OMS: “Saúde é a habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e, de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas” (Galvão, 1999:167).

⁹ Declaração Universal dos Direitos Humanos - Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

saúde da mulher, as quais serão exploradas ao longo deste capítulo. O Programa de Saúde Materno Infantil, da década de 1970; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nos anos de 1980; a construção da noção de saúde reprodutiva e saúde sexual que permearam as noções de direitos sexuais e direitos reprodutivos, um paradigma que se consolidaria nos anos noventa.

No Brasil a saúde da mulher passou a integrar as políticas nacionais de saúde no início do século XX, porém os programas destinados à mulher, até a década de 1970, se resumiam ao período gravídico puerperal, reafirmando que a compreensão sobre a mulher se baseava apenas nas características fundamentalmente biológicas que definiam o papel social da mulher enquanto mãe, responsável pela família, pela criação, educação e saúde dos filhos. (BRASIL, 2007).

Villela & Monteiro (2005) destacam que no início do século XX o acesso das mulheres aos serviços de saúde se dava através das ações voltadas para as crianças, higiene e puericultura, com foco na redução da mortalidade infantil e, na segunda metade do século a atenção chegava às mulheres somente por intermédio da gravidez e parto.

Aquino et. al. (2003) destacam que por meio desta perspectiva materno infantil os estudos sobre as mulheres eram realizados a partir do referencial biológico, objetivando a saúde das crianças, sendo que os aspectos voltados para as diferenças entre os sexos eram naturalizadas e as explicações sobre as desigualdades sociais giravam em torno das questões de classe. Desta maneira outros aspectos pertencentes à realidade social, cultural e econômica feminina, componentes do processo de saúde-doença, eram negligenciados ou mesmo ignorados, tornando invisíveis as demais necessidades de saúde das mulheres, as excluindo do exercício da cidadania e impossibilitando-as de usufruir de direitos.

Entretanto a segunda metade do século XX foi marcada pelo aumento significativo de nascimentos, com isso a preocupação com o crescimento populacional, na época, ficou centrada na questão do desenvolvimento dos países de terceiro mundo (CAETANO, 2004).

Em 1946 e 1967 a Organização das Nações Unidas (ONU) cria centros de estudos sobre controle populacional, respectivamente a Comissão de População e o Fundo de População, visando realizar experimentos piloto de controle populacional

(ARRILHA, 2005, apud, VILELLA & MONTERIO, 2005:14).¹⁰

Este período coincidiu com a introdução do contraceptivo hormonal oral, o ‘Enovid’, no final dos anos cinquenta e, com o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica para a esterilização feminina no começo dos anos 1960 (VIEIRA, 2003).

A introdução das tecnologias contraceptivas transformou definitivamente a reprodução em uma escolha, com isto, o olhar sobre a saúde da mulher se volta para a necessidade de redução da prole, pois segundo Vilella & Monteiro (2005) até os primeiros cinquenta anos do século XX, as ações relativas a saúde da mulher eram focadas na concepção, mas a partir dos anos de 1950 a noção de mulher como responsável pela reprodução agregou também a contracepção, fato que as autoras resumem como a “outra face da mesma moeda”.

As autoras esclarecem que esta mudança refletiu nas práticas de saúde de forma ambígua, pois as mulheres precisavam conviver, de um lado, com a exaltação da figura materna e a incumbência de serem mães e, de outro com o encargo de controlar o número de filhos, que além do sustento oneroso, exigem dedicação e muitos cuidados, tornando-os um obstáculo à inserção feminina no mercado formal de trabalho.

Vilella & Monteiro (2005) acrescentam ainda que o caráter ambíguo desta situação causou grande indignação nas mulheres e em outros grupos organizados da sociedade, pois a preocupação com o desenvolvimento do país se dava por meio do controle populacional, colocando em segundo plano as questões ligadas ao equilíbrio econômico e a justiça social.

Este período foi marcado pelas políticas de controle da natalidade, pois os países detentores do poder econômico, principalmente os EUA, disseminavam o discurso de que era necessário evitar uma explosão demográfica e com isso o empobrecimento e a miséria da população da América Latina e, consequentemente do Brasil (BRASIL, 2010a).

A propagação das pílulas anticoncepcionais e as discussões sobre a regulação da fecundidade foram estimuladas pelas políticas de controle populacional (HEILBORN et. al., 2009).

Isso permitiu a entrada e o investimento de inúmeras agências internacionais,

¹⁰ ARRILHA, Margareth. O Masculino em Conferências e Programas das Nações Unidas: para uma crítica ao discurso de gênero. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2005, (mimeo).

públicas e privadas, ocupadas em controlar a população e o planejamento familiar, intensificando distribuição de contraceptivos e financiando a realização de laqueaduras, as quais não seguiam os critérios necessários para garantir a saúde das mulheres (BRASIL, 2010a).

Heilborn et. al. (2009) acrescentam que pela ausência de programas que priorizassem a saúde reprodutiva, as agências internacionais atuavam livremente, sobretudo entre as camadas populares.

Vieira (2003:153) aponta que “esses programas de planejamento familiar e seus idealizadores ficaram conhecidos como neomalthusianos”.

Os neomalthusianos, embora defendessem o controle da natalidade, através de recursos contraceptivos modernos, partilhavam do ideal malthusiano de controlar o número de nascimentos. Thomas Malthus em 1798 atribuiu ao crescimento populacional a responsabilidade pelo atraso do desenvolvimento econômico e social (ALVES, 2004).

O autor aponta que deste modo, de um lado se localizava as políticas controlistas e de outro as desenvolvimentistas em uma relação antagônica que levaria alguns anos para entrar em consenso.

Tendo em vista que desde o início da formação da sociedade brasileira as tendências pró-natalistas e desenvolvimentistas pairavam sobre a ideologia e as políticas nacionais (ALVARENGA & SCHOR, 1998; ALVES, 2004).

Vale ressaltar que o controle de natalidade foi associado ao planejamento familiar de forma equivocada e, ainda hoje são frequentemente, utilizados como sinônimos, embora constituam conceitos distintos, visto que o primeiro é relacionado a um contexto governamental coercitivo sobre a vida reprodutiva das pessoas e, o segundo diz respeito a um panorama que compreende os direitos reprodutivos e os sexuais (BRASIL, 2010b).

Durante os anos 1980, como resultado das lutas sociais e da atuação intensa das mulheres, muitas reivindicações passam a se concretizar, gerando mudanças significativas nos modelos de atenção a saúde da mulher, visto que, depois de duas décadas de ditadura militar e repressão política, o cenário nacional passava por um processo de democratização.

Segundo Aquino et. al. (2003) a redemocratização favoreceu a ação dos movimentos sociais e da atuação feminina nas políticas públicas, redirecionando os debates sobre as desigualdades sociais e, sobre os problemas ligados à saúde, tais

como, o desequilíbrio das relações de gênero, a necessidade de atenção integral e humanizada.

As autoras destacam que além de combater outras formas de opressão, as reivindicações pelos direitos dos cidadãos à saúde foram ampliadas, com o apoio de diversos atores sociais, incorporando às discussões, os direitos reprodutivos e sexuais que seriam legitimados durante as conferências internacionais promovidas pela ONU nos anos noventa.

Entretanto, ainda na década de 1980, um importante avanço relacionado à saúde das mulheres antecedeu os acordos internacionais, sobre os direitos sexuais e reprodutivos da década de 1990. O Estado brasileiro implantou, mesmo que parcialmente, um programa que contemplava, entre as suas ações, o planejamento familiar ou o controle reprodutivo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998).

Em 1983 no Brasil o Ministério da Saúde (M.S) apresenta a proposta do PAISM, que foi elaborada por uma comissão formada pelo M.S e, composta por Maria da Graça Ohana, socióloga na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Ana Maria Costa, médica sanitária, membro da equipe do M.S e engajada como movimento das mulheres; Aníbal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ambos ginecologistas e professores da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e, em 1984 o M.S oficializa o PAISM, através do documento construído pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (OSIS, 1998).

O PAISM rompeu com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e com os critérios que estabeleciam as prioridades no âmbito das intervenções sobre o corpo feminino que até então eram amparadas pela perspectiva Materno-infantil. O PAISM situou a reprodução em um contexto mais amplo e, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como “parideiras”, um dado que restringia a atenção a sua saúde ao pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998).

Assim, foi revertida a lógica da assistência à saúde da mulher que estabeleceu como bases norteadoras a integralidade e a equidade que passou a tratar a saúde da mulher de modo abrangente, englobando todas as fases do seu ciclo vital (FORMIGA-FILHO, 1999; MANDU, 2002; CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Destacamos que a integralidade¹¹ que fundamentou a filosofia do PAISM e, pouco tempo depois, também constituiu um dos princípios norteadores do SUS, juntamente com as noções de equidade são imprescindíveis na efetivação da assistência integral a saúde da mulher.

Nesta mesma década, dois anos após o lançamento do PAISM, precisamente o ano de 1986, as ideias do movimento, que ficou conhecido como reforma sanitária brasileira¹², ganharam mais consistência na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Tais ideias eram difundidas por vários atores sociais que propunham mudanças na saúde e, defendiam a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, oferecendo uma atenção a saúde da população em geral, seguindo as diretrizes básicas de universalidade, equidade e integralidade, as quais foram incorporadas ao texto da Constituição Federal de 1988 onde foram estabelecidas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³, o qual seria regulamentado pela Lei 8080 de 19 de setembro 1990 (BRASIL, 2010a).

A Constituição Federal de 1988 representou o marco do processo de redemocratização do país, instituindo e consolidando avanços significativos em relação aos direitos das mulheres e, na inclusão das relações de gênero pautadas nos princípios da igualdade, neste sentido também foram estabelecidas as normas jurídicas para garantir os direitos das mulheres (BRASIL, 2010a).

Assim retomando o percurso que estabelecemos no início deste capítulo, sobre as principais mudanças que afetaram as formas de olhar para a saúde da mulher passaremos a descrever os fatores envolvidos na constituição dos direitos reprodutivos e nos direitos sexuais. E, como vimos até aqui as conquistas femininas

¹¹ “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art. 7º, II – Lei federal nº 8080/90).

¹² [...] “A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” (Sergio Arouca, 1998).

¹³ “[...] conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e complementarmente pela “... iniciativa privada” (Art. 4º – Lei federal nº 8080/90).

resultaram de lutas voltadas, ao longo da história, para a melhoria das condições de vida da mulher, como no caso dos direitos reprodutivos.

Os direitos reprodutivos sempre estiveram em pauta através das reivindicações das mulheres, na década de 1970, o embate feminino era centrado na autonomia do corpo, no controle da própria fecundidade e na atenção a saúde reprodutiva, os aspectos que marcaram este período foram as lutas pela descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção (CORRÊA & ÁVILA, 2003).

Logo nas décadas seguintes, 1980 e 1990 as questões relativas aos direitos reprodutivos incorporaram a concepção, o exercício da maternidade e das novas tecnologias reprodutivas (CORRÊA & ÁVILA, 2003).

O conceito de direitos reprodutivos surgiu a partir do movimento feminista e, posteriormente em conjunto com outros movimentos sociais, foi formulado o conceito de direitos sexuais. Assim, partindo da perspectiva feminista, os direitos reprodutivos se relacionam à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Já os direitos sexuais remetem à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Isto significou incluir a sexualidade e reprodução na dimensão da cidadania e na trajetória democrática (ÁVILA, 2003).

Para a autora a compreensão da sexualidade e da reprodução como componentes das noções de direito, de cidadania e de saúde conduziu ao aprofundamento a respeito da saúde sexual e reprodutiva, conceitos, estes que se consolidariam nos anos de 1990, através da ampliação do conceito de saúde e por meio das conferências e acordos internacionais, cenário no qual, os movimentos sociais tiveram papel de destaque.

Sobre o lugar dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva democrática e a atuação das mulheres na conquista de direitos, Ávila (2003:3) esclarece:

Compreendo que o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens.

Os direitos sexuais e reprodutivos ao lado da saúde sexual e reprodutiva são construções conceituais recentes e descrevem uma conquista histórica por traduzir a luta para fazer valer a cidadania, os direitos humanos e ambientais. Em 1994, a união das ideias discutidas e promovidas pelos movimentos feministas, pelos ambientalistas e pelos defensores dos Direitos Humanos; somadas a uma situação macroeconômica e política favorável, tornou possível que os avanços do ponto de vista, teórico e conceitual chegassem a um fórum de âmbito internacional e se transformassem em princípios assumidos pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que aconteceu no Cairo (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Os autores destacam que a CIPD no Cairo foi realizada depois de dois séculos de discussões em torno de questões demográficas e econômicas.

Entretanto, os acordos firmados traduzem um marco na maneira de pensar sobre o assunto, pois a Plataforma de Ação da CIPD assinada após o consenso entre 179 países refletiu uma significativa “mudança de paradigmas das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos” (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Antes da CIPD do Cairo houve quatro outras Conferências Mundiais de População a partir da segunda metade do século XX: Roma em 1954, Belgrado em 1965, Bucareste em 1974 e México em 1984, demonstrando a preocupação mundial com a temática - população e desenvolvimento (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Nas conferências que precederam a do Cairo, os países capitalistas de primeiro mundo mantinham um posicionamento favorável a ideologia neomalthusiana, sobre o crescimento populacional representar um obstáculo ao desenvolvimento, já os países denominados “não-alinhados do terceiro mundo” se dividiam entre o controlismo, o natalismo e a visão neutra de que a população não teria qualquer influência sobre o desenvolvimento (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

A década de 1990 foi um marco na questão dos direitos reprodutivos e sexuais, pois a ONU promoveu dois acordos internacionais que redirecionariam definitivamente as discussões a respeito do assunto, como já vimos, em 1994 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo e em 1995 a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (BRASIL, 2005).

Durante a CIPD os direitos reprodutivos e sexuais foram destacados e, na Plataforma de Ação do Cairo, foram definidos da seguinte forma:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (Cap.VII, § 7.3).

O conceito de saúde reprodutiva que havia sido definido pela OMS em 1988 foi revalidado e ampliado, integrando uma definição de saúde sexual:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (ONU, Cap.VII, § 7.2, 1995).

Em 1995 acontece a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, durante a qual, os acordos estabelecidos no Cairo são retomados e reforçados, agregando os direitos sexuais e reprodutivos aos direitos humanos, representando um avanço na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2005).

Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) assinalam que a abrangência no sentido de saúde reprodutiva, representa um importante avanço ao agregar os homens às

questões reprodutivas e, a partir da Conferência do Cairo, por incluir uma definição de saúde sexual.

Segundo os autores, em termos de saúde sexual houve tentativas de estabelecer um conceito, que antecederam a formulação do conceito de saúde reprodutiva em mais de uma década. Porém, a primeira definição do termo saúde sexual pela OMS em 1975, era pautada nas noções da sexologia clássica.

A definição de saúde sexual na OMS em 1975 dizia que: “saúde sexual é a integração somática, emocional, intelectual e aspectos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor”.

O conceito de saúde sexual começou a ser construído na segunda metade do século XX e teve a sua evolução pautada pelo contexto histórico em que emergiu, pelos grupos sociais e pelas organizações que participaram da sua elaboração, divulgação pública e aplicabilidade prática (GIAMI. 2007). O autor (2007:285) esclarece que:

[...] o termo de saúde sexual resulta então do encontro entre dois domínios teórico-práticos que se modernizaram e que colocaram a questão do bem-estar e de seu acompanhamento, de seu enquadramento e de seu desenvolvimento, no centro das suas preocupações e das suas intervenções.

Giami (2007), também destaca que o conceito de saúde sexual não só anuncia como endossa a separação entre sexualidade e reprodução, além disso, promove a noção de que a sexualidade é parte integrante de uma melhor qualidade de vida e de bem-estar, quando exercida e vivenciada de forma livre e irrestrita.

Após a exposição dos marcos históricos, conceituais e ideológicos que definiram a trajetória a respeito da Saúde da Mulher, na sequência passaremos a descrever as raízes e o cenário atual do Planejamento Familiar no Brasil.

3.2. Planejamento Familiar no Brasil

[...] uma política pública é a que de fato ocorre no gozo de forças que define práticas e acomoda ideologias.

Luz, 1979

A Lei nº 9.263¹⁴ de 12 de janeiro de 1996, que trata do Planejamento Familiar¹⁵, regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988 e, prevê que o Planejamento Familiar é um “direito de todo cidadão” (BRASIL, 1996).

A lei em questão foi sancionada em 1996, pouco tempo depois dos acordos firmados entre os 179 países no Cairo, no qual assumiram o compromisso de abandonar as políticas de controle populacional.

Conforme, Corrêa; Alves e Januzzi (2006) apontaram um longo caminho foi percorrido até a conquista dos direitos reprodutivos na década de 1990 e, para uma melhor compreensão retomaremos a trajetória das políticas populacionais, que durante muito tempo foram influenciadas pela ideologia malthusiana que estabeleceu uma relação negativa entre crescimento populacional e, desenvolvimento econômico e social. Alves (2004:24) explica que:

[...] podemos definir as políticas populacionais como sendo aquelas ações (pró-ativas ou reativas) realizadas por instituições (públicas ou privadas) que afetam ou tentam afetar a dinâmica da mortalidade, da natalidade e das migrações nacionais e internacionais, ações essas que buscam influenciar as taxas de crescimento demográfico (positivo ou negativo) e a distribuição espacial da população. As políticas populacionais podem ser intencionais ou não-intencionais, explícitas ou implícitas, democráticas ou autoritárias e podem ser definidas ao nível macro-institucional (coletivo) ou micro (indivíduos e famílias). Elas sintetizam poder, conflitos e fins.

¹⁴ Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

¹⁵ Art. 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. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais [...]

O receio de uma suposta “explosão populacional”, gerou posturas antagônicas em muitos países, de um lado o controle da natalidade, do outro, as políticas desenvolvimentistas, uma disputa ideológica que marcou o período da Guerra Fria (ALVES, 2004).

Segundo Alves (2004) no Brasil as políticas populacionais no final do século XX, especialmente nas últimas três décadas, foram muito deturpadas por uma associação equivocada entre política populacional, planejamento familiar e controle da natalidade. Conceitos distintos, que foram explicitados pelo autor (2004:22):

Uma política populacional refere-se aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração. Planejamento familiar, apesar de ser um termo ambíguo, tem a ver com idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção. O controle da natalidade, enquanto livre decisão da pessoa ou do casal é um direito, mas como uma imposição estatal e como uma ideologia neomalthusiana é uma forma coercitiva de retirar direitos e atribuir à população problemas que não são dela.

Historicamente o Brasil seguiu o caminho das políticas populacionais expansionistas e pró-natalistas, seja de forma implícita ou explícita, pois até meados do século XX os governantes brasileiros tomaram iniciativas e mantiveram posturas pró-natalistas, motivadas pelas altas taxas de mortalidade; pela economia de subsistência, que incentivava o casamento precoce e famílias numerosas para trabalharem em conjunto na lavoura; pelo apoio da igreja, interessada em aumentar o número de fiéis e pelo Estado, que enxergava na expansão demográfica uma forma de fortalecimento do país (ALVES, 2004).

De acordo com o autor até a década de 1970 o país manteve uma postura, bastante favorável ao crescimento populacional, reforçada pelo alto índice de desenvolvimento econômico entre os anos de 1968 e 1973, denominado o “milagre brasileiro”, promovido pelos militares que estavam no poder, neste período embora não houvesse uma unanimidade a maioria das autoridades políticas e econômicas eram contrárias às propostas anti-natalistas.

As disputas políticas causadas pelas tendências favoráveis à natalidade, os pró-natalistas, e as intenções contrárias a natalidade, os anti-natalistas em evidência nas décadas de 1960-70 não chegam ao fim, mas cedem lugar década de 1980 por

outras questões de ordem política e econômica em nosso país. As pressões pelo controle demográfico eram em grande parte provenientes de outros países, principalmente os EUA do que exercidas pelo governo brasileiro (ALVARENGA & SCHOR, 1998).

O Brasil chega ao final do século XX mergulhado numa séria crise econômica, em função da crise do petróleo de 1973 e da alta dívida externa que atinge níveis críticos entre os anos de 1981-83, finalizando assim, as expectativas do país enriquecer ao ponto de chegar a ser uma potência econômica, ideia propagada pelos militares durante o período do milagre econômico; ao contrário era o início de uma série de problemas como, desemprego, violência e intenso empobrecimento da população resultante de diversas medidas de governos anteriores e do governo vigente naquele período, fatos que mudaram a conjuntura das preocupações demográficas (ALVES, 2004).

A partir disto o governo brasileiro assume uma postura de neutralidade, se recusando oficialmente a interferir nas questões demográficas, isto ocorre sem o Brasil tomar qualquer medida, no sentido de uma política populacional, como aconteceu em outros países da América Latina, assim este se tornou o posicionamento do país durante participações em Fóruns internacionais e, Alves (2004:29) conclui:

No plano nacional, parece que as forças natalistas se contentaram com o fato de a população continuar crescendo devido ao efeito da inércia demográfica e as forças controlistas se contentaram com o fato de a fecundidade estar caindo rapidamente, desacelerando, conseqüentemente o ritmo do crescimento populacional. Na década de 1980, com o processo de democratização do país, a discussão sobre o tamanho e o ritmo de crescimento da população, no plano macro, cedeu espaço para o debate sobre as condições de vida dos brasileiros, sobre as desigualdades sociais e regionais e sobre a degradação do meio ambiente. Por outro lado, cresceu a discussão, no plano micro, sobre a regulação da fecundidade e o planejamento familiar, não no sentido de definir o volume da população, mas como um meio de as pessoas (ou casais) estabelecerem o tamanho de família desejado.

A partir dos anos de 1980, devido aos estudos a respeito da mulher, que posteriormente foram denominados estudos de gênero, as relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos passam a ser valorizadas possibilitando que o

“processo saúde-doença-cuidado” fosse visto de um ângulo mais amplo (AQUINO et. al. 2003).

Diante da acentuada redução da fecundidade os estudos sobre reprodução são estimulados, passando a ser influenciados pela perspectiva sociocultural, possibilitando compreender a relação das questões reprodutivas com a saúde, além disso, com o surgimento da aids a abordagem epidemiológica tradicional das doenças infecciosas se tornou insuficiente, abrindo campo para os estudos sobre sexualidade nas interpretações socioantropológicas (AQUINO et. al. 2003).

As discussões sobre o assunto se aqueceram e a sociedade exigiu que a instituição governamental se manifestasse, abandonando a omissão e assumindo uma postura diante do fato da saúde reprodutiva do país estar sob o domínio do setor privado e nas mãos de organizações da sociedade civil ou não governamentais, isto deu origem ao PAISM que finalmente, representou política pública que passou atuar nas questões do planejamento familiar (BRASIL, 2010a)

Desde o início o planejamento familiar propôs promover o acesso à informação e disponibilizar aos casais métodos contraceptivos seguros e adequados a cada situação e também a fase do ciclo reprodutivo da mulher. No entanto, na maioria dos serviços de saúde do Brasil o planejamento familiar/reprodutivo ainda é marcado pela insuficiência na distribuição de métodos contraceptivos reversíveis e, além disso, na capacitação de profissionais que possam prestar uma assistência adequada às famílias (VIEIRA, 2003; FAÚNDES et al.; MARCOLINO, 2004; OSIS et al, 2006; MOURA et al. 2007).

As informações equivocadas e o uso inadequado dos métodos contraceptivos, as desigualdades de acesso, as condições desfavoráveis da assistência profissional, especialmente entre as mulheres de baixa renda, podem com muita frequência acarretar em gestações indesejadas (COSTA et al, 1989; MARTINS et al, 1991; VIEIRA, 2003).

Entretanto o cenário apresentado demonstra destoar dos princípios do movimento por direitos e pelo exercício da cidadania no âmbito da saúde.

3.2.1. A transição demográfica e o panorama atual da fecundidade no Brasil

A transição demográfica no Brasil se deu de forma distinta e em dois momentos diferentes; na primeira fase desta mudança iniciada em 1940, ocorre um declínio da mortalidade em função das melhores condições sanitárias e, aumento das taxas de fecundidade, concentrando um maior número de jovens na base da pirâmide etária, esta configuração marcou os anos entre 1940 e 1970; a partir daí começa a segunda fase da transição, quando passa a se notar um acelerado declínio da fecundidade atribuído ao uso de contraceptivos, especificamente a pílula anticoncepcional, que havia sido introduzida na década de 1960. Isto produziu um processo inverso ao anterior, em relação à pirâmide etária, pois se no primeiro momento ocorre o rejuvenescimento da população, a partir do declínio da fecundidade tem início o seu envelhecimento (UNITED NATIONS, 1988, apud, VIEIRA, 2003:156)¹⁶.

As quatro principais características que fizeram a diferença na transição demográfica brasileira foram: a mortalidade não diminuiu bruscamente após a Segunda Guerra Mundial; a industrialização já estava em curso antes do início da transição; havia uma baixa densidade populacional; e o declínio da fecundidade ocorreu mesmo diante da recusa do governo em implantar o planejamento familiar (VIEIRA, 2003).

O declínio da fecundidade vem se acentuando desde 1940 no Brasil. Segundo o Censo demográfico 2010 do IBGE¹⁷ os números mostram que a taxa de fecundidade total (TFT) brasileira caiu de 6,16 em 1940, para 2,38 em 2000 e 1,9 em 2010. O nível de reposição que é o número mínimo de filhos por mulher, necessário para a população continuar crescendo é 2,1. No território brasileiro, somente a região Norte com 2,47 está acima da média nacional de 2010.

¹⁶ UNITED NATIONS. Department of International Economic and Social Affairs. Brazil: case studies in population policy. New York, 1988 (Population Policy Paper, 17).

¹⁷ Segundo os resultados da amostra do CD 2010, o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final de seu período fértil, no Brasil, foi de 1,90 filhos. Diminuição de 69,2% em relação ao valor de 1940.

Todavia, Alves (2004) pontua que transição da fecundidade no Brasil, por se tratar de um fenômeno social é permeada por causas complexas e multifacetadas e, apresenta de maneira complementar, várias abordagens teóricas, ou seja, os fenômenos que constituem a mudança no padrão de fecundidade dos brasileiros se devem a fatores de ordem social, político e econômico.

O autor aponta que a redução das mortes infantis foi um fator que contribuiu para a regulação da fecundidade. O fato, que queremos destacar é que o desejo de regulação da fecundidade está no centro das questões sobre saúde e direitos reprodutivos, componentes do planejamento familiar ou reprodutivo¹⁸.

Alves (2004:31) esclarece que “[...] a discussão sobre planejamento familiar saiu do nível coletivo/macro/social para o nível particular/micro/individual”. E, explica ainda que as redefinições mais importantes na abordagem do planejamento familiar no país se reorganizaram da seguinte forma: “[...] o debate saiu das áreas econômicas e ideológicas para a área da saúde e, do enfoque controlismo versus natalismo, para o enfoque dos direitos humanos”.

¹⁸ O termo “planejamento reprodutivo” é priorizado ao incorporar mulheres em união conjugal, mas também mulheres com vida sexual sem parcerias estáveis e as que se preparam para iniciar sua vida sexual, considerando-as sujeitos na esfera das políticas de saúde no que concerne à sexualidade e reprodução (Heilborn, 2009:2).

3.3. Contracepção no Brasil

Determina a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, sobre o Planejamento Familiar, em seu art. 9º, que: Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

(BRASIL, 1996).

Em relação à contracepção, os serviços de saúde têm o dever de oferecer à população todos os métodos recomendados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde, paralelamente os profissionais de saúde devem se comprometer em prestar todos os esclarecimentos necessários sobre o assunto para que os usuários tenham condições de participar ativamente e de forma livre da escolha do método anticoncepcional (MAC), mas além do direito de escolher entre ter ou não filhos e, ao decidir tê-los poder definir a quantidade, é de fundamental importância estimular a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids que, atualmente representa uma das principais causas de morte entre mulheres jovens e pobres, sendo este fenômeno denominado de femininização, juvenização e pauperização da epidemia de aids (BRASIL, 2010b).

Em relação a isso o M.S incentiva a prática da dupla proteção que significa se prevenir contra DST e gravidez indesejada, seja através do uso de preservativos masculino e feminino ou a utilização concomitante com outro MAC escolhido pelo indivíduo ou casal. Em função dos aspectos previstos na a Lei nº 9.263/96 do Planejamento Familiar o M.S resume:

[...] as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, têm a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que inclua a assistência à concepção e à contracepção, num contexto de respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

No que se refere particularmente à atenção em anticoncepção, esta pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada.

Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de

modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

(Brasil, 2010b:131)

3.3.1. Métodos anticoncepcionais

A atenção relativa à contracepção deve compreender informações, aconselhamento, acompanhamento clínico, diversidade de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente comprovadas e, que não ofereçam riscos a saúde das pessoas (BRASIL, 2010b)

Os métodos podem ser classificados entre temporários ou reversíveis e, definitivos ou esterilização cirúrgica¹⁹.

Temporários - Métodos hormonais: Orais (Combinados, Monofásicos, Bifásicos, Trifásicos, Minipílulas); Injetáveis (Mensais e Trimestrais); Implantes subcutâneos; Pericutâneos (Adesivos); Vaginais (Comprimidos e Anel); Sistema liberador de levonorgestrel (SIU). Métodos de Barreira: Feminino (Diafragma, Espermaticida, Esponjas, Capuz cervical, Preservativo feminino); Masculino (Preservativo masculino). Métodos intrauterinos: Medicados (DIU de cobre e DIU com levonorgestrel); Não medicados. Métodos comportamentais: Tabela ou calendário (Ogino-Knaus); Curva térmica basal ou de temperatura; Sintotérmico; Billings (muco cervical); Coito interrompido e Duchas vaginais.

Definitivos ou Esterilização Cirúrgica - Feminina (ligadura tubária); Masculina (vasectomia) – (BRASIL, 2010b).

Atualmente, o Ministério da Saúde fornece ao SUS os seguintes métodos anticoncepcionais reversíveis: Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg); Minipílula (noretisterona 0,35 mg); Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg); Injetável mensal (enantato

¹⁹ No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar e estabelece no Art. 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg); Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg); Preservativo masculina; Diafragma e, DIU de cobre (BRASIL, 2010b).

3.3.2. Características dos métodos contraceptivos

Eficácia – Todos os métodos anticoncepcionais apresentam alguma possibilidade de falha, a taxa de falha dos métodos existentes é calculada sobre o número de ocorrências de gestações não desejadas entre usuárias e usuários de determinado MAC, no primeiro ano de uso, dando origem a dois tipos de taxa para cada MAC: eficácia no uso rotineiro e não consistente – pouco eficaz e a taxa de gravidez no primeiro ano de uso é superior a cada 100 mulheres; eficácia em uso correto e consistente – eficaz e a taxa de gravidez no primeiro ano de uso é inferior a cada 100 mulheres.

Efeitos secundários - todo MAC apresenta algum tipo de efeito secundário adverso, ou seja, todos têm vantagens e desvantagens, alguns mais desvantagens que outros, por isso é tão importante a usuária (o) obter conhecimento adequado do método que irá usar;

Aceitabilidade - a aceitação e o sucesso do método, dependem do grau de confiança da usuária (o) em relação ao MAC, da motivação do seu uso, da qualidade da orientação do profissional de saúde;

Disponibilidade - o acesso gratuito aos (MAC) é essencial para que o direito de escolha se concretize plenamente, visto que grande parte da população não pode arcar com os custos do método;

Facilidade de uso – nenhuma das características anteriores são suficientes se o MAC é de fácil uso e de simples compreensão, mas a solução da maior parte das dificuldades estão relacionadas à qualidade da orientação do profissional de saúde;

Reversibilidade – os métodos reversíveis incapacitam o corpo para a fertilidade apenas temporariamente, já os irreversíveis ou cirúrgicos, a laqueadura tubária e a vasectomia, em quase todos os casos resulta na incapacidade reprodutiva;

Proteção contra DST/HIV/aids – as DST e a infecção pelo vírus da aids acarreta sérios problemas para o exercício da sexualidade e da reprodução e afeta a

área da saúde reprodutiva e sexual, assim sendo reafirmamos que se deve recomendar a prevenção em conjunto das DST/HIV/aids e da gravidez indesejada (dupla proteção), por meio do uso de preservativo masculino ou feminino, juntamente com outro MAC (BRASIL, 2010b).

Fatores relacionados aos usuários (as) que devem ser considerados no momento da escolha do método: condições econômicas, estado de saúde; características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, fatores culturais e religiosos; outros fatores, como medo, dúvidas e vergonha (BRASIL, 2010b).

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela OMS, com o propósito de contribuir com os profissionais da saúde no momento em que estiverem prestando orientação as usuárias ou usuários sobre MAC (BRASIL, 2010b).

Os critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais, já passou por quatro atualizações, cuja, primeira publicação foi em 1996 e a última em 2008, tais critérios são recomendações e, não regras rígidas, por isso podem ser adaptados de acordo com as necessidades locais de cada país. Estão divididos em quatro categorias que englobam certas condições relativas às usuárias (os) que podem ou não restringir o uso de determinados métodos.

Categoria 1 – não tem restrições; Categoria 2 - pode ser usado com alguma precaução, as vantagens de uso geralmente superam os possíveis riscos, as condições fazem com que o método não seja a primeira escolha; Categoria 3 - os riscos do uso, em geral, superam os benefícios e, se escolhido, necessita do acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o); Categoria 4 - o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável (BRASIL, 2010:138).

3.3.3. Anticoncepção no pós-parto e aleitamento

O Ministério da Saúde enfatiza que a amamentação exclusiva deve ser sempre incentivada até os primeiros seis meses do bebê, deste modo a orientação da escolha do método após o parto precisa levar em consideração o tempo decorrido do

parto, padrão da amamentação, retorno de menstruação e, os efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Considerando o desejo da mulher de oferecer amamentação exclusiva as possibilidades de métodos contraceptivos após o parto que não interferem na amamentação preconizados pelo MS são:

A. Método comportamental de anticoncepção – LAM (Método da Amenorreia da Lactação) que consiste em oferecer no primeiro semestre, amamentação exclusiva de livre demanda que somada a amenorreia tem potencial para diminuir a fertilidade, mas deixa de ser eficiente quando a mulher volta a menstruar e ou o bebê deixa de ser alimentado exclusivamente com o leite materno.

B. Métodos não hormonais – DIU ou métodos de barreira, no caso do dispositivo intrauterino, pode ser inserido no mesmo dia após o parto ou depois de quatro semanas, exceto em casos de infecção puerperal, quando a mulher deve aguardar até três meses após a cura.

C. Anticoncepcionais hormonais - Oral de progesterona (minipílula) deve ser iniciado seis semanas após o parto; Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml) deve ser iniciado após seis semanas do parto.

D. Métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – podem ser usados somente quando ocorrer a regularização do ciclo menstrual.

Entretanto é indispensável estimular o uso de preservativo masculino ou feminino que são os únicos que oferecem proteção contra DST/HIV/aids (BRASIL, 2010b).

3.3.4. Conhecimento das mulheres sobre métodos anticoncepcionais

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 apontava que a maioria das mulheres dizia conhecer pelo menos algum método anticoncepcional, neste período o método anticoncepcional mais usado era a esterilização feminina, a pesquisa revelou que 40% das mulheres unidas eram esterilizadas (BEMFAM, 1997). Na PNDS realizada em 2006 foram entrevistadas em torno de 15 mil mulheres entre 15 e 49 anos moradoras em áreas urbanas e rurais das cinco regiões brasileiras, a pesquisa revelou que nos últimos dez anos as mulheres estão iniciando a atividade

sexual e o uso de MAC cada vez mais jovens, sendo que aos 15 anos, 33% das mulheres entrevistadas já haviam tido relações sexuais, se comparado com a PNDS de 1996 o número foi triplicado, quanto ao uso de MAC, 66% das jovens até 19 anos, sexualmente ativas já haviam feito uso de algum método contraceptivo, 33% preservativo, 27% pílula e 5% os injetáveis, sendo estes os mais utilizados (BRASIL, 2008).

A PNDS/2006 revelou o perfil de uso de MAC, segundo o tipo de método, entre todas as mulheres unidas e as não unidas sexualmente ativas, sendo que a maioria das mulheres usam atualmente algum método, chegando a 80% entre as unidas. Quase todas as entrevistadas que utilizam MAC são adeptas de métodos anticoncepcionais modernos, sendo 29% das atualmente unidas esterilizadas, 21% usam pílulas, 6% camisinha masculina, 5% o companheiro era vasectomizado e 3% usam métodos tradicionais (BRASIL, 2008).

A pesquisa observou que entre os anos de 1996 e 2006 houve redução do percentual de esterilizações, de 40 – 29% e o aumento do uso de preservativo, de 4% - 12%, entre mulheres atualmente unidas, entretanto, na PNDS/2006 as esterilizações a exemplo da PNDS/1996 continuam sendo associadas ao parto cesáreo, cujo percentual não mudou, se manteve em 59%, assim como, as farmácias são, ainda a principal fonte de obtenção de métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo, por outro lado, os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2008).

Esses dados revelam que mesmo com a redução da esterilização cirúrgica feminina, esta ainda ocupa o primeiro lugar entre os métodos contraceptivos, seguida pelo uso de pílulas anticoncepcionais.

Vieira (2003) destaca que o nível de uso de métodos não representa o nível de qualidade dos serviços prestados a saúde reprodutiva e, acrescenta que enquanto nos países desenvolvidos predomina o uso de métodos contraceptivos reversíveis no Brasil prevalece a laqueadura.

Como vimos no resultado da PNDS/1996 que foi confirmado em 2006, a tendência contraceptiva no Brasil é centrada na laqueadura e na pílula anticoncepcional. Segundo Espejo et. al. (2003) isto pode revelar quais são as chances reais que as mulheres brasileiras têm de optar por diferentes métodos anticoncepcionais, em primeiro lugar o fator mais evidente é que a maioria das mulheres tem um conhecimento restrito sobre MAC, isto obviamente reduz as

possibilidades de escolha, visto que o número importa tanto quanto a variedade de métodos oferecidos e, uma escolha livre depende da qualidade da informação recebida e compreendida.

Santos & Vieira (2008) acrescentam que quando se trata de aconselhamento voltado para a contracepção se torna evidente que os profissionais da área médica sentem muita dificuldade para falar sobre aspectos relativos à conduta sexual. Para os autores devido a contracepção ser um objeto submetido a intensa medicalização existe a tendência a uma conduta prescritiva e normalizadora que se restringe ao corpo biológico, naturalizando a contracepção, sendo que isto se torna um obstáculo para a realização do aconselhamento contraceptivo.

Martins et. al. (2006) destacam que as ações na área do planejamento familiar deveriam oferecer fundamentalmente, informação de boa qualidade e disponibilizar alternativas de contracepção à população de modo geral.

Vieira (2003) destaca que o alto percentual de uso de métodos, contrasta com o baixo nível de conhecimento, sobretudo entre as mulheres de baixa renda, isto pode levar ao uso inadequado, ao aumento do risco de falha e consequentemente dando origem aos mitos em torno dos contraceptivos, visto que muitas mulheres acreditam que o DIU provoca câncer ou causa problemas na gravidez futura ou ainda que laqueadura pode ser revertida facilmente, dentre outros, mas a desinformação também está presente entre os profissionais.

A insuficiência de informação acarreta em um conhecimento inadequado sobre os métodos contraceptivos o que pode acarretar o na resistência e na aceitação do método (ESPEJO et. al., 2003).

Diante disto acrescentamos que as possibilidades de escolha e opção estão intrinsecamente relacionadas, ou seja, somente podemos escolher livremente entre vários elementos quando somos informados que eles existem, para que servem e como funcionam.

Vieira (2003:170) destaca que no relatório técnico do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) de 1995, sobre o Planejamento Familiar no Brasil, foram relacionados vários problemas, com destaque para a distância que há entre a demanda, o desejo e o acesso aos métodos anticoncepcionais, relacionados a “falta de insumos contraceptivos e ausência de gerenciamento logístico” e, a “falta de capacidade técnica das equipes em clínicas dos serviços públicos”.

A autora ressalta que o relatório da FNUAP (1995) “conclui que há uma distorção no mix de métodos contraceptivos e, como consequência, o planejamento familiar não tem contribuído para a melhoria da saúde reprodutiva das mulheres”.

Vieira (2003) assinala que duas questões são fundamentalmente importantes em relação a prevalência dos métodos contraceptivos usados no Brasil a primeira é o acesso e a outra diz respeito a qualidade da assistência.

Quanto ao acesso vários fatores são apontados pela autora com base em alguns dados fornecidos na PNDS/1996. Cabe ressaltar que referente à tendência das práticas de contracepção, como já mencionamos anteriormente, a PNDS/2006 mostra que houve aumento no acesso ao uso de MAC.

Dentre os fatores que comprometem o acesso estão a predominância de dois métodos (laqueadura e pílula), devido a oferta insuficiente de outros métodos, da não aceitação ou ambos; a medicalização excessiva, no caso da contracepção, a laqueadura (uso de tecnologia médica ao invés de práticas preventivas), indicando o caminho escolhido pela maioria das mulheres que não desejam ter mais filhos; a predominância do setor privado devido ao alto índice de comercialização de métodos reversíveis em farmácias (orais, injetáveis e preservativos) e de vasectomia realizadas em clínicas particulares (VIEIRA 2003).

Ainda conforme a autora o acesso tardio é um do fator que está relacionado ao fato da mulher passar a usar método contraceptivo somente após o primeiro filho, representando em muitos casos uma gestação não planejada e, em outros tantos casos uma gravidez indesejada; ocorre também a inadequação do uso, que se deve à obtenção de métodos reversíveis, sobretudo a pílula, que é vendida na maioria das vezes sem prescrição adequada, podendo levar a interrupção do método em função dos possíveis efeitos colaterais, sendo esta uma das frequentes causas do uso inadequado; e com frequência a falta de informação também pode levar ao uso inadequado, ao aumento do risco de falha e em muitos casos dá origem a mitos ligados ao uso de contraceptivos.

A desigualdade do acesso é um fator que mostra que os altos índices de uso e disseminação de métodos, não inclui as mulheres de baixa renda de forma equilibrada, estas encontram mais obstáculos para conseguir o método definitivo (laqueadura) e provavelmente para usar os métodos reversíveis, além disso, as mulheres são quase que exclusivamente responsáveis pela contracepção, visto que os métodos contraceptivos masculinos (preservativo e vasectomia) representam

respectivamente 5 e 3% do uso, evidenciando uma desigualdade de gênero (VIEIRA, 2003).

E, por fim a qualidade da assistência representa a outra questão central que se refere a prevalência dos métodos em relação a assistência, a autora destaca que as principais deficiências são que a escolha de métodos contraceptivos não ocorre de forma livre; que as informações prestadas não atendem as necessidades de conhecimento dos usuários, que o relacionamento entre usuários e prestadores não remete a uma atenção humanizada e que não há uma continuidade e um acompanhamento adequado do uso dos métodos contraceptivos.

Diversos autores concordam ao apontar que existem muitos aspectos deficitários, sejam eles, por não atenderem aquilo que é proposto ou devido a irregularidade ou a forma insuficiente, inadequada, fragmentada e descontinua que são praticados (ALVARENGA & SCHOR, 1998; VIEIRA; ESPEJO et. al, 2003; MARTINS et. al., 2006; HEILBORN et. al. 2009).

De acordo com Vieira (2003) as principais características do Planejamento familiar no Brasil são a medicalização e a privatização.

A medicalização do planejamento familiar está relacionada com a medicalização da reprodução, através de vários aspectos, tais como, os altos índices de cesariana, a predominância de dois métodos contraceptivos (laqueadura e pílula), pelo planejamento familiar baseado em tecnologias médicas, em detrimento da atenção humanizada, educativa e informativa e, a discrepância entre as pesquisas realizadas utilizando técnicas contraceptivas avançadas, enquanto, a realidade do planejamento familiar no sistema público de saúde é pautada pela ausência de alternativas de contracepção e pela assistência deficitária (VIEIRA, 2003).

A privatização representa a outra face do acesso ao planejamento familiar no Brasil, especialmente, as esterilizações, que apesar de serem oficialmente oferecidas e majoritariamente realizadas pelo setor público, não significa que não acarretem custos para as usuárias do método (VIEIRA, 2003).

Vale lembrar que o planejamento familiar foi concebido com o objetivo de favorecer o acesso ao conhecimento e ampliar o uso dos métodos contraceptivos, além de ser uma forma de possibilitar aos casais uma escolha consciente e planejada sobre a composição familiar, ou seja, primeiro se desejam ter filhos e em caso afirmativo serem instrumentalizados para decidir o número de filhos pretendidos (BRASIL, 2005).

Baseados no que foi exposto ressaltamos que para que esse direito conquistado seja usufruído adequadamente é necessário que os casais sejam estimulados a buscar orientação sem quaisquer receios, somado a isso, os profissionais precisam receber orientações de modo contínuo, de modo a propiciar uma atuação pautada na realidade social que os cerca, pois o planejamento no primeiro momento pode parecer somente uma questão particular de cada casal e que está relacionado apenas ao uso e a qualidade de distribuição dos métodos anticonceptivos oferecidos.

No entanto o conhecimento, o uso, a forma de obtenção, a distribuição pela rede pública de saúde e a qualidade da assistência estão diretamente ligadas à qualidade de vida das famílias, primeiramente porque os efeitos que uma gravidez indesejada pode causar ao casal são irreversíveis e acarretam consequências em longo prazo.

Dentre as gestações não planejadas, uma significativa proporção culmina em abortos inseguros, sobre os quais, segundo Osis et. al. (1996) existem evidências de que sejam praticados amplamente, porém devido seu caráter ilegal a obtenção de dados a esse respeito é muito dificultada. Os abortos inseguros estão relacionados diretamente as morbidades e aos altos índices de mortalidade materna, gerando custos financeiros e sociais os quais na maioria das vezes podem ser irreparáveis, além disso, esses dados denunciam retratam a ineficácia do programa de planejamento familiar. Cecatti et. al. [2010; 32(3):109] discute esta questão:

[...] condições socioeconômicas desfavoráveis devem se relacionar com dificuldades para o acesso a informações e aos métodos adequados para se evitar uma gestação indesejada, e o abortamento induzido funcionaria como um método de planejamento familiar para mulheres mais carentes, o que é preocupante, pois provavelmente seria realizado de forma insegura, contribuindo para a morbimortalidade materna.

É difícil classificar qual a extensão do dano para as famílias que geram filhos além de suas capacidades estruturais, pois tanto na realidade dos abortos clandestinos e inseguros, porém evitáveis, como quando os filhos “inesperados” nascem há consequências, que englobam aspectos financeiros, sociais, relacionais e emocionais. A prática da anticoncepção não pode ser baseada em prescrever um

método é preciso antes buscar compreender através do diálogo direcionado as reais necessidades femininas, ou seja, é preciso saber ouvir a mulher e o que ela deseja.

O ideal da prática do planejamento familiar é o caráter preventivo do ato de planejar, ou seja, adequar as expectativas das pessoas às possibilidades reais em função do contexto em que vivem. No entanto, isto pressupõe mais do que meras escolhas, antes, envolve decisões fundamentadas e orientadas. A escolha livre, porém consciente e esclarecida, tem o potencial não apenas de reverter histórias pessoais, mas pode influenciar toda a sociedade.

CAPÍTULO 4
OBJETIVOS DO ESTUDO

Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las... Que tristes os caminhos, se não fora a presença distante das estrelas!

Mário Quintana

4.1. Objetivo geral

- Compreender como as mulheres que se tornaram mães pela primeira vez percebem as mudanças e identificam as suas necessidades em relação ao exercício da sexualidade durante o primeiro ano do período pós-parto.

4.2. Objetivos específicos

- Analisar quais são as perspectivas das participantes acerca da maternidade e da sexualidade;
- Compreender como a sexualidade é vivenciada em função dos significados atribuídos a maternidade;
- Identificar o conhecimento e a importância atribuída aos diferentes métodos contraceptivos e;
- Identificar a influência das orientações profissionais, dentre outras, nas escolhas ligadas a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

CAPITULO 5
MATERIAL E MÉTODO

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.

Cora Coralina.

5.1 O tipo do estudo

Este estudo teve como objetivo compreender como mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade Ribeirão Preto, São Paulo e, que se tornaram mães pela primeira vez perceberam as mudanças e identificaram as suas necessidades em relação ao exercício da sexualidade durante o primeiro ano do período pós-parto.

Para a realização de um estudo científico é fundamental a escolha de um método que seja adequado, para que os objetivos pretendidos sejam alcançados e se obtenha resultados mais sólidos e confiáveis. O método deve ser compatível aos objetivos da investigação e, amparado por um campo teórico que possa garantir o rigor científico.

Segundo Lakatos & Marconi (2001) o método é a sistematização racional de procedimentos que permitem atingir os objetivos, através da determinação do caminho a ser seguido com a finalidade de prever e prevenir possíveis equívocos e amparar o pesquisador em questões que precisar tomar decisões.

Para atingirmos os objetivos propostos neste estudo optamos por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual de acordo com Minayo (2001:21) “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. Deste modo o método qualitativo mostrou ser mais pertinente aos nossos objetivos, por nos permitir estabelecer uma correspondência entre os fenômenos e os locais em que estes ocorrem e, favorecer a compreensão dos significados que os sujeitos atribuem as suas experiências.

Neste sentido, Maykut e Morehouse (1994) assinalam que o método qualitativo busca capturar as atitudes e as falas dos sujeitos possibilitando compreender a sua interpretação da realidade.

Chizzotti [2003, 16(2):221-36] ao abordar a evolução histórica da pesquisa qualitativa, desde o século XIX, até os dias atuais, afirma que a pesquisa qualitativa

transita nos campos das ciências humanas e sociais, admitindo múltiplos paradigmas de análise; oriundos do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo; além de adotar múltiplos métodos de investigação; a entrevista, a observação participante, a análise do discurso, o estudo de caso ou pesquisa clínica, a etnografia; para investigar os fenômenos no local em que ocorrem e encontrar seu sentido, bem como interpretar quais são os significados atribuídos pelas pessoas a tais fenômenos.

O autor destaca que apesar da multiplicidade de paradigmas que permeiam a trajetória de evolução das pesquisas qualitativas, estas partilham de uma base comum de investigação, relativa, aos fenômenos humanos, os quais são impregnados de características específicas capazes de gerar e atribuir significados às coisas e às pessoas a partir das interações sociais, as quais podem ser descritas e analisadas, sem que haja a necessidade de quantificações estatísticas.

Minayo (2001:21) reafirma esta ideia ao pontuar que o universo de significados que a pesquisa qualitativa trabalha “corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Chizzotti [2003, 16(2):221] observa que na pesquisa qualitativa:

O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

O autor assinala que a postura do pesquisador deve ser de empatia em relação ao ambiente, às pessoas e aos problemas que está abordando e, deve também confiar que a descrição dos problemas identificados é, tanto uma forma de evidenciar, quanto de apresentar soluções para esses problemas sociais. Ressalta também que o pesquisador é parte da sua realidade social, com a qual está comprometido e, a sua observação tomada por uma teoria logo, o texto e a objetividade são delimitados pelo contexto político e pelo seu comprometimento com a realidade.

5.2 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados em uma pesquisa, de acordo com Maykut e Morehouse (1994) deve permitir a maior compreensão do problema, além de facilitar a identificação dos fenômenos e dos processos envolvidos no contexto investigado.

A coleta de dados, para o desenvolvimento do presente estudo qualitativo, foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada que para (Minayo, 1993:107) se trata de: “uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa”.

Silverman (1997) diz que durante esta conversa o pesquisador tem contato com as perspectivas, as vivências e os sentimentos de cada entrevistado, sendo esta uma forma de apropriação da sua realidade, tendo em vista que o participante transmite através da entrevista a sua linguagem e a sua visão do mundo.

Triviños (1987) caracteriza a entrevista semiestruturada como aquela que apresenta questionamentos básicos que devem ser amparados por teorias ou hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa.

Esses questionamentos podem gerar novas hipóteses provenientes das respostas dos entrevistados. Triviños (1987:52) afirma que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações”.

Maykut & Morehouse (1994) afirmam que a entrevista semiestruturada ou em profundidade, fornece informações que favorecem a compreensão do fenômeno estudado, tais informações são obtidas por meio de conversação informal e não estruturada com as pessoas envolvidas.

Em outros termos, Flick (2002) destaca que durante uma entrevista ocorre uma interação social baseada na valorização das palavras e dos significados que permeiam as relações entre as pessoas e, através disto os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade.

A entrevista constitui uma valiosa ferramenta ao permitir a apreensão de fenômenos e de elementos de identificação e de construção que englobam a pessoa do entrevistado e, do entrevistador (TURATO, 2003).

Através deste instrumento se estabelece uma conversa direcionada pela qual o entrevistador busca extrair os sentidos contidos nas falas de cada entrevistado enquanto este compartilha as suas experiências diante de acontecimentos do cotidiano (SILVERMAN, 1997).

Boni & Quaresma (2005) ao definir a entrevista semiestruturada esclarecem que é um instrumento de pesquisa que combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer livremente sobre o tema proposto, sendo que neste tipo de entrevista o pesquisador segue um roteiro de questões previamente elaborado e, sua aplicação se aproxima ao contexto de uma conversa informal.

Entretanto as autoras lembram que o entrevistador deve ficar atento para intervir, quando julgar necessário direcionar a conversação para os assuntos pertinentes aos interesses do estudo e, inclusive fazer perguntas adicionais com a finalidade de esclarecer pontos obscuros ou como um meio de retomar o contexto da entrevista, visto que o entrevistado pode se desviar ou ainda apresentar dificuldades em relação ao tema proposto.

Esse instrumento de coleta é muito útil para delimitar o volume de informações em torno do assunto e com isso possibilitar o alcance dos objetivos determinados (BONI & QUARESMA, 2005).

A entrevista semiestruturada é caracterizada por questionamentos que se apoiam em teorias ou hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa, ela favorece a descrição, a explicação e a compreensão dos fenômenos sociais em sua totalidade, além disso, permite a interação dinâmica do entrevistador durante a coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

O rigor metodológico e a experiência do entrevistador são fundamentais para o sucesso da coleta de dados durante o trabalho de campo. Goldenberg (1997) assinala que uma entrevista para ser bem sucedida deve ser realizada em um clima amistoso e, que inspire confiança, o pesquisador deve respeitar as opiniões dos participantes, mantendo uma postura o mais neutra possível, sobretudo a confiança que o entrevistador transmite é fundamental para se obter sucesso no trabalho de campo.

É importante tomar todos os cuidados necessários, éticos e técnicos, que envolvem a aplicação da entrevista, tais como, abordagem segura e profissional; prestação de esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, sobre o caráter voluntário

e sigiloso da participação, demonstrando clareza em relação ao que está propondo, bem como, a checagem do espaço físico (local da entrevista) e dos materiais utilizados (gravador, pilhas reservas e outros recursos para registrar as impressões durante a entrevista).

O roteiro final de entrevista semiestruturada (Anexo B) da presente pesquisa foi elaborado e planejado previamente, buscando contemplar de forma satisfatória os conteúdos investigados. Foi baseado nos objetivos deste estudo e, incluiu questionamentos que permitiram o aprofundamento das respostas, através das quais buscamos obter informações a respeito das percepções sobre a sexualidade; as percepções sobre a maternidade; conhecimentos sobre métodos contraceptivos e as percepções sobre as necessidades de saúde após o parto, mediante uma conversação de natureza profissional (face a face). Além da aplicação do roteiro de entrevista solicitamos informações adicionais sobre dados socioeconômicas das respondentes (renda familiar, itens de consumo e grau de instrução do chefe da família). A seguir apresentamos nosso universo amostral.

5.3. O universo amostral

A pesquisa foi desenvolvida com mulheres primíparas usuárias do SUS, no período compreendido entre a retomada da atividade sexual, até doze meses após o parto. A priori não estabelecemos o tipo de parto, visto que o objetivo era compreender a vivência da sexualidade no contexto da maternidade.

Os critérios de inclusão que estabelecemos previam usuárias da rede municipal de saúde, primíparas, com bebês até um ano de idade e classificadas por meio do Critério Brasil na faixa de baixa renda, tais critérios de inclusão, bem como as características do perfil das participantes estão especificados no item 5.4.3 - Perfil das participantes.

A coleta dos dados foi realizada, de acordo com a metodologia norteadora, em Unidades de Saúde integrantes da Rede municipal de Ribeirão Preto, cidade localizada no interior do estado de São Paulo.

Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa o número de participantes não foi definido previamente, pois decidimos adotar como critério a

saturação que de acordo com Krueger (1994) é um recurso utilizado para cessar a coleta de dados no momento em que as informações obtidas começam a se repetir.

O município possui cinco Distritos de Saúde divididos por regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Central, além do setor de Saúde Mental e do Ambulatório Regional de especialidades. Cada Distrito é composto por uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e por outras Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas entre os bairros de cada região distrital da cidade. O organograma das unidades municipais de saúde, a seguir foi obtido no site da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Organograma das unidades municipais de Saúde (Fonte: site SMS, 2011)

Os dados foram coletados em cinco unidades de saúde, sendo uma de cada Distrito, das quais quatro são localizadas em bairros periféricos e uma na região central. A seleção das unidades se deu em função dos serviços oferecidos, bairros de abrangência e população estimada. Estas informações foram obtidas no sítio da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Na sequência apresentaremos a relação dos locais selecionados para coleta dos dados.

Relação das Unidades de Saúde selecionadas:

1. CSE - Centro de Saúde Escola Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte - Vila Tibério (Central).
2. NSF – Núcleo de Saúde da Família - Marina Moreira de Oliveira - Núcleo IV (Oeste).
3. UBS – Unidade Básica de Saúde - Carlos Chagas - Vila Abranches (Leste).
4. UBS - Unidade Básica de Saúde - Dr. José Carlos Say - Jardim Maria das Graças (Sul).
5. UBS - Unidade Básica de Saúde - Herbert de Souza – “Betinho” Complexo Ribeirão Verde (Norte).

5.4. Operacionalização

O planejamento da entrada no campo é de fundamental importância, durante a fase do planejamento buscamos tomar medidas para evitar, ao máximo, imprevistos que pudessem prejudicar o andamento da pesquisa, tais como, problemas de ordem burocrática e os fatores práticos, dentre os quais, a adequação do instrumento e do espaço físico, a viabilização do tempo, as estratégias de comunicação com a equipe profissional e na abordagem das participantes. Turato (2003:322) define esta etapa da seguinte forma:

[...] um conjunto de execuções (providências práticas), em sua maioria previamente pensadas, as quais são conjugadas no campo, precisamente no momento e no local onde o pesquisador contacta os sujeitos e recolhe os dados, vindo assim a dar corpo ou viabilizar o que chamamos de técnica.

Nesta pesquisa, antes da coleta de dados, propriamente dita, cumprimos várias etapas e tomamos as providências necessárias para a entrada no campo.

Em primeiro lugar, optamos por realizar, previamente, algumas entrevistas, com o intuito de checar a pertinência do roteiro de entrevista semiestruturada que já havia sido elaborado (Anexo A). O roteiro inicial que foi elaborado, de acordo com os objetivos do estudo e, serviu como um ‘piloto’ para a readequação do roteiro final, assim como para treinarmos a prática da entrevista.

Os resultados obtidos a partir da pré testagem do roteiro demonstraram a necessidade de reformulação do instrumento, o que resultou no roteiro final da entrevista semiestruturada (Anexo B). A realização do pré-teste descrevemos em detalhes no item 5.4.1 – Pré-teste.

Os demais requisitos, antes da coleta oficial foram a obtenção da autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa (Anexo C); a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP (Anexo D); a solicitação formal para a coleta de dados, mediante carta de apresentação da pesquisadora, dirigida a cada gerente responsável pelas unidades, cujo, modelo é referente ao (Anexo E) e; por último a aceitação voluntária das participantes, manifestada, através da assinatura do TCLE (Anexo F).

5.4.1 Pré-teste

Para a realização do pré-teste foi elaborada previamente uma versão inicial do roteiro de entrevista (Anexo A) com base no referencial teórico e nos objetivos do estudo, com o intuito de checar se as perguntas eram adequadas para abordar o fenômeno estudado.

Segundo Bowling (1997) no pré-teste é importante considerar se o sentido atribuído a pergunta está de acordo com sentido pretendido pelo pesquisador; se todos os entrevistados compreendem a pergunta da mesma forma, além disso, serve para avaliar o desempenho do entrevistador.

Nesta etapa contamos com a colaboração de voluntárias que atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, todas eram primíparas no primeiro ano após o parto, haviam retomado a atividade sexual, eram usuárias da rede pública de saúde, e consideradas de baixa renda de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

Na primeira semana do mês de janeiro de 2012 abordamos algumas pessoas moradoras do bairro onde está situada a UBS Parque Ribeirão Preto, questionando-as se conheciam mulheres que tivessem dado a luz ao primeiro filho nos últimos 12 meses, desta forma obtivemos a primeira indicação de uma possível participante.

No dia 09/01/2012 abordamos primeira mulher indicada em seu local de trabalho, um pequeno comércio localizado no bairro. Após a apresentação explicamos, brevemente o objetivo do estudo, na sequência a voluntária concordou participar e forneceu um número de telefone para que a entrevista fosse agendada, a qual foi realizada no dia 20/01/2012.

Em 12/01/2012 entramos em contato por telefone com a segunda mulher que foi indicada pela primeira entrevistada e que aceitou agendar a entrevista que foi realizada no dia 26/01/2012.

Em 19/01/2012 abordamos a terceira voluntária que também concordou em participar, esta estava na calçada em frente a sua residência com um bebê nos braços, nos aproximamos e após breve conversa, confirmamos que seu perfil era condizente com os objetivos do estudo e a entrevista foi agendada para o dia 23/01/2012.

Além das três mulheres entrevistadas outras duas aceitaram participar, porém no momento do agendamento da entrevista, uma delas desistiu e a outra revelou que era atendida na rede privada de saúde, não correspondendo ao perfil procurado.

Em todos os casos o procedimento de abordagem foi o seguinte: apresentação, explicação dos objetivos da pesquisa, assim como a natureza da participação (pré-teste); esclarecimento sobre o caráter voluntário da participação e sobre a liberdade em responder as perguntas, bem como em desistir de colaborar a qualquer momento, salientou-se ainda que os relatos seriam utilizados para fins de adequação do roteiro de entrevista e a identidade das voluntárias mantida em absoluto sigilo.

5.4.2 Coleta dados

Após a construção do roteiro final de entrevista baseado nos objetivos do estudo e nos resultados primários do pré-teste, entramos de fato no campo de

pesquisa, para a realização da coleta de dados conforme os procedimentos específicos da metodologia qualitativa, que detalhamos na sequência.

Entre os dias 27 de abril e 04 de maio de 2012 realizamos contato com as Unidades de Saúde selecionadas para este estudo com a finalidade de agendarmos as visitas. Este processo transcorreu sem grandes empecilhos, somente em dois casos houve a necessidade de retornar em outro dia para falar com o gerente que por algum motivo administrativo ou pessoal não estava na unidade no dia da visita.

Na primeira visita em cada unidade entregamos uma documentação composta por cópia do projeto de pesquisa, juntamente com o TCLE (Anexo F); a autorização da SMS (Anexo C) e a carta de apresentação fornecida e assinada pela orientadora da pesquisa (Anexo E). E, informamos que somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iríamos iniciar a coleta de dados.

Durante os encontros com os profissionais responsáveis pelas unidades prestamos esclarecimentos sobre o objetivo geral do estudo e, sobre as atividades que seriam desenvolvidas naquele serviço. Além disso, reafirmamos o compromisso ético enquanto pesquisadoras e, aproveitamos para solicitar a colaboração da equipe para facilitar a nossa abordagem e aproximação com as usuárias do serviço.

Em quase todas as situações o ou a gerente de cada unidade transferiu a tarefa de nos auxiliar para as enfermeiras responsáveis pela chefia, exceto em um dos casos em que a própria gerente se encarregou de nos orientar.

Entretanto todos exerceram um importante papel, nos mostrando o espaço físico, nos apresentando para a equipe e informando a rotina de cada serviço, quanto aos dias mais estratégicos para encontrarmos o perfil de participantes que buscávamos, bem como a respeito das salas disponíveis conforme o dia da semana.

Para facilitar nosso trabalho elaboramos uma planilha de atividades baseada nas informações que recebemos sobre a disponibilidade de salas e, em pouco tempo, após a aprovação do CEP- FMRP-USP ser emitida iniciamos o trabalho de coleta.

No dia 11 de maio o CEP emitiu o parecer consubstanciado aprovando a realização do protocolo de pesquisa, sob o número 20639 (Anexo D). Após a aprovação do CEP em 11/05/2012 e o cumprimento de todas as etapas formais demos início ao trabalho de campo em 21/05/2012, o qual se estendeu até a data de 06/07/2012.

Neste período abordamos cerca de trinta mulheres, das quais, quinze aceitaram ser entrevistadas, deste total, três não foram utilizadas, restando doze entrevistas semiestruturadas, que utilizamos para o processo de análise.

Especificamente foram excluídas as entrevistas um (E1), quatro (E4) e nove (E9), respectivamente, devido, a perda do áudio; desistência da participante e, a última participante revelou durante a entrevista que deu à luz a gêmeos, que estavam com apenas trinta dias e, que ainda não havia retomado as atividades sexuais.

Por este motivo não prosseguimos com a entrevista, pois na ocasião, interpretamos o fato da participante não ter retomado o intercursos sexual, como uma condição diversa daquela que pretendíamos pesquisar, ou seja, compreender as perspectivas das mulheres primíparas sobre as mudanças e as necessidades relativas ao exercício da sexualidade nos doze meses após o parto.

Em relação à abordagem das usuárias dos serviços, consideramos que houve um baixo índice de recusas em nos ceder a entrevista para o estudo. Todas as participantes eram atendidas nas cinco unidades de saúde selecionadas para a realização do estudo, sendo uma unidade em cada um dos cinco Distritos de Saúde do município de Ribeirão Preto.

O convite para a participação na pesquisa se deu através de aproximação direta com as usuárias no momento em que se encontravam nos serviços a fim de passar por consulta com o G.O, o pediatra ou no quando estavam na sala de vacina das próprias unidades de saúde.

Ao abordar uma possível participante e, depois da devida apresentação, esclarecíamos que estávamos realizando uma pesquisa e sobre que tema se referia a mesma e, também os motivos pelos quais, gostaríamos que nos cedesse uma entrevista e, ainda os procedimentos necessários, os assuntos que abordaríamos, o caráter voluntário, a preservação da identidade e sobre a necessidade do uso do gravador para que pudéssemos transcrever as entrevistas na íntegra.

Deste modo, o corpus foi produzido por meio das entrevistas semiestruturadas realizadas pela pesquisadora e gravadas por meio de um aparelho digital (mp3), em locais dentro do espaço físico dos serviços, nos quais foi possível oferecer privacidade durante os relatos.

Silverman (1997) assinala que ao realizar a entrevista em local privado facilita para que o entrevistado fique mais à vontade para falar sobre qualquer assunto.

Ressaltamos que todas as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, pois, segundo Triviños (1987), o ambiente e o contexto em que os indivíduos realizam suas ações são muito importantes para compreendê-los.

Por estas razões optamos por entrevistar todas as participantes no momento em que estavam nas unidades, pois acreditamos se tratar de um contexto que favoreceu a neutralidade, além disso, esse procedimento é favorável para obtermos um ambiente com menor possibilidade de interferências externas e, também por acreditar que interpelá-las no momento em que buscavam o serviço por uma motivação própria facilitaria para que se sentissem confortáveis em aceitar nosso convite.

De outra forma, nas residências das voluntárias poderíamos ter maior dificuldade para controlar sons e ruídos externos, o que prejudicaria a captação do som, dificultaria a adequação do horário da entrevista de acordo com a rotina doméstica. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 (quarenta) minutos.

5.4.3 Perfil das participantes

A escolha por mulheres que estivessem vivenciando o primeiro ano após o nascimento do primeiro filho foi baseada na revisão da literatura que caracteriza este período como sendo um momento crítico e repleto de mudanças significativas para a mulher, bem como pela escassez de investigações acadêmicas da mesma natureza deste estudo e, de ações no âmbito da saúde pública voltadas à mulher nessa fase.

Os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa foram: usuárias do SUS; primíparas; período até um ano após o parto; tendo retomado a atividade sexual e, classificadas por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil na faixa de baixa renda.

Esse perfil de mulheres conforme apontado por Vieira (2003) estão mais sujeitas a piores condições de acesso a métodos contraceptivos, a uma assistência de qualidade, a informações de adequadas e, frequentemente estão sujeitas gestações indesejadas, estas questões colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade em termos de saúde reprodutiva.

O tipo de parto, não foi priorizado neste estudo, visto que o objetivo era compreender a vivência da sexualidade no contexto da maternidade durante os doze meses iniciais após o parto.

Compreender os sentidos da sexualidade e da maternidade sob a perspectiva das mulheres nesse contexto de profundas mudanças que a chegada do primeiro filho acarreta, além de ser de grande relevância do ponto de vista da influência sobre o cotidiano dessas mulheres, nos pareceu propiciar o surgimento de múltiplos sentidos que compõem este período.

Neste estudo foram entrevistadas 12 mulheres primíparas, consideradas de baixa renda ²⁰ e, pertencentes à classe econômica C e D ²¹, todas elas usuárias de unidades de saúde do município de Ribeirão Preto–S.P, com idade entre 18 e 29 anos, cujos filhos com idade compreendida entre dois e doze meses de vida. Sobre o estado civil quatro mulheres se definiram como amasiadas (A), quatro referiram ser casadas (C) e quatro disseram ter uma união estável (U.E). Sobre a gravidez cinco mulheres informaram ter sido planejada (P) e sete não planejadas (N.P). Referente ao nível de instrução das participantes, quatro mulheres possuem o ensino fundamental completo (E.F.C); duas possuem o ensino médio incompleto (E.M.I); cinco o ensino médio completo (E.M.C) e uma o ensino superior completo (E.S.C). Importante ressaltar que durante as entrevistas três das 12 mulheres entrevistadas (E 5, 7 e 14) se declararam grávidas, porém não sabiam com precisão a idade gestacional (I.G), referiram também que não houve planejamento e que a gravidez não era desejada. O quadro abaixo apresenta o perfil das participantes. Cabe ressaltar que para preservar as identidades das participantes e respeitar o caráter sigiloso da pesquisa, os nomes apresentados são fictícios.

²⁰ Segundo a definição do conceito de Baixa Renda estabelecido no Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

²¹ Conforme o Sistema de pontuação do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da ABEP - associação brasileira de empresas de pesquisa.

Quadro 1- Perfil das participantes

Nº	Codinomes ²²	Idade	Idade/sexo do bebê	Est. civil	Gravidez	Esc.
2	Abigail	19	03 meses (M)	C.	P.	E. M. I
3	Ana	24	08 meses (F)	C.	P.	E. F. C
5	Betânia	20	11 meses (F)	U. E	N.P	E. M. C
6	Diná	22	12 meses (M)	U. E	N.P	E. M. C
7	Elisa	20	08 meses (F)	A.	N. P	E. M. I
8	Ester	21	02 meses (F)	A.	N. P	E. M. C
10	Isabel	18	12 meses (F)	A.	N.P	E. F. C
11	Josefa	26	03 meses (M)	U. E	P	E. M. C
12	Judite	24	05 meses (F)	U. E	P	E. F. C
13	Laís	29	03 meses (F)	C.	P	E. S. C
14	Lia	26	08 meses (F)	C.	N. P	E. M. C
15	Rute	20	07 meses (F)	U. E	N.P	E. F. C

5.5 Aspectos Éticos

Antes de iniciarmos as entrevistas as participantes foram esclarecidas sobre o conteúdo da entrevista, os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário e sigiloso da participação, estas informações estavam cuidadosamente descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F) cuja elaboração foi conforme a resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS), no qual estão descritos os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário e sigiloso da participação de cada entrevistado, as condições, o tipo e o conteúdo (assunto abordado) da entrevista, as possibilidades de

²² Os nomes usados para as participantes são fictícios e foram escolhidos aleatoriamente..

desistência durante o processo ou de recusa em responder a algum questionamento que causar alguma espécie de desconforto, bem como a garantia de acesso ao material obtido pelo próprio entrevistado com liberdade para alterar ou excluir qualquer item que desejar. Cabe ressaltar que os nomes das participantes, de seus filhos e companheiros foram preservados, para tal utilizamos nomes fictícios para identificá-los. Consideramos importante destacar, ainda, que o projeto aqui apresentado foi submetido à avaliação e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-FMRP-USP), sob o parecer nº 20639 (Anexo D) e somente depois da aprovação iniciamos a execução do protocolo de pesquisa.

5.6 Procedimentos de Análise

Bowling (1997), alerta que devemos eleger uma forma de análise adequada aos objetivos da pesquisa. Deste modo por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo e em virtude dos fenômenos investigados optamos por utilizar a Análise de Conteúdo proposta por Bardin como a técnica para explorar o material oriundo das entrevistas semiestruturadas que foram rigorosamente transcritas.

De acordo com Bardin (1977:31) a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Através desta ferramenta de análise foi possível relacionar as estruturas semânticas, psicológicas e sociológicas do material.

Assim, as entrevistas semiestruturadas foram fragmentadas criando categorias, as quais foram reagrupadas por temáticas relevantes ao objeto estudado, esta reorganização do conteúdo possibilitou a interpretação dos fenômenos. As primeiras impressões sobre o material coletado, mesmo que de forma prematura, se deram ainda durante a realização das entrevistas e das transcrições.

Após o término das coletas e das transcrições tem início o processo de sistematização da análise. Bardin (1977) define as etapas que compõe os procedimentos de análise como pré-análise que consiste na leitura flutuante das entrevistas, como um meio de aproximação inicial e de forma ampla com os dados; e

a exploração do material que corresponde a identificação de unidades de significado ou temas, através da técnica de codificação.

A análise interpretativa foi realizada a partir dos dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres usuárias de cinco unidades de saúde da cidade de Ribeirão Preto. As entrevistas foram transcritas integralmente, como parte das atividades referentes aos procedimentos de análise.

Na fase de pré-análise fizemos a leitura exaustiva do material coletado e, simultaneamente nos apropriamos do conteúdo, permitindo a categorização prévia das entrevistas.

A seguir, através do processo interpretativo, buscamos atribuir um sentido ao conjunto de dados reunidos. Este processo interpretativo visa dar significados ao conteúdo do material coletado, através das chamadas categorias analíticas.

A definição das categorias analíticas permite construir por meio do raciocínio indutivo uma síntese dos fenômenos observados.

Estudos desta natureza, além de manter o interesse e as discussões em torno do objeto de estudo podem favorecer a reflexão sobre o assunto e oferecer indicações que podem servir de fundamento para propostas e planejamentos institucionais. As interpretações resultantes deste tipo de análise de dados são de cunho subjetivo e relativo ao grupo estudado.

Portanto, a presente análise consistiu na transcrição de todas as entrevistas realizadas; na leitura atenta e reflexiva, a qual permitiu que surgissem as primeiras impressões a respeito das transcrições; na processo de categorização, momento em que identificamos e agrupamos os conteúdos e as expressões produzidas pelas participantes para descreverem a sexualidade e a maternidade; e na análise dos conteúdos, nesta etapa procuramos compreender as perspectivas das participantes.

Com as categorias pré-determinadas que foram norteadas pelo roteiro da entrevista semiestruturada e, condizentes aos objetivos propostos pela pesquisa, buscamos semelhanças em cada entrevista, os elementos semelhantes foram incorporados às categorias já existentes ou pré-estabelecidas estão demonstradas no (Quadro 2). Os conteúdos evocados pelas participantes formaram as categorias emergentes constam no (Quadro 3). Sendo que as categorias reagrupadas compõem o quadro definitivo das categorias (Quadro 4). Na sequência apresentamos os quadros das categorias.

Quadro 2 - Categorias Pré-Estabelecidas

Categorias pré-estabelecidas	Roteiro de entrevista - Questões relacionadas
Percepção da sexualidade	<p>Para você o que é sexualidade?</p> <p>Qual a importância da atividade sexual em sua vida?</p> <p>Para você qual a importância da atividade sexual no relacionamento?</p> <p>Fale sobre o relacionamento com o seu parceiro antes e durante a gravidez.</p> <p>Quanto tempo após o parto você voltou a ter relações sexuais?</p> <p>Você percebeu alguma mudança na relação sexual após o parto?</p>
Percepção da maternidade	<p>O que significa ser mãe e qual é o papel da mãe na família?</p> <p>Como está a sua vida após o nascimento do seu filho (a)?</p> <p>Antes de você engravidar do seu primeiro filho você queria ser mãe?</p> <p>Fale sobre a sua gravidez?</p>
Conhecimento sobre métodos contraceptivos e percepção das necessidades de saúde após o parto	<p>Após o parto você foi orientada sobre métodos para evitar filhos?</p> <p>Você pretende ter outro filho (a)?</p> <p>Você já ouviu falar sobre planejamento familiar?</p> <p>Você sabe quantos métodos para evitar a gravidez existem e qual o melhor em sua opinião?</p> <p>Você está usando algum método para evitar a gravidez no momento?</p> <p>Onde você consegue o método?</p> <p>Em sua opinião quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres que se tornaram mães pela primeira vez?</p>

Quadro 3 – Categorias emergentes

Categoria emergente	Temas relacionados
Sexo e maternidade	Sexualidade Maternidade

Quadro 4 – Categorias definitivas

Categorias definitivas e as variações	Temas relacionados
1. Concepção de sexualidade 1.1. Falando sobre sexo 1.2 sexo e saúde 2. Sexo e maternidade	Sexualidade
3. Concepção de maternidade 3.1. Ser mãe no plano ideal 3.2. Ser mãe no plano real 3.3 Por que escolhi ser mãe 4. Falando da gravidez 4.1. Um estado interessante 4.2. Uma boa hora. 5. Falando do parceiro e do pai	Maternidade
6. Planejamento familiar 6.1. Conhecimento, uso, obtenção e opinião sobre métodos contraceptivos. 6.2. O avesso do desejo e do direito. 6.3. Outro filho? Talvez. 6.3.1. Mas, agora estou grávida novamente. 6.4. A atenção, as orientações e os mitos sobre contracepção.	Planejamento Familiar Contracepção

As etapas descritas nos procedimentos de análise (leitura exaustiva do conteúdo, pré-análise do conteúdo, organização, sistematização, categorização e exploração do material coletado) alicerçaram a análise e a discussão dos resultados, os quais serão apresentados no próximo capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Não pretendemos que as coisas mudem se sempre fazemos o mesmo. A crise é a melhor benção que pode ocorrer com as pessoas e países, porque a crise traz progressos. A criatividade nasce da angústia, como o dia nasce da noite escura.

Albert Einstein

Neste capítulo apresentaremos conjuntamente a interpretação e a discussão dos dados obtidos através das entrevistas realizadas com mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Ribeirão Preto- SP.

Nosso propósito aqui é cumprir os objetivos que nortearam esta pesquisa, ou seja, compreender as perspectivas das mulheres usuárias do SUS acerca da sexualidade e da maternidade, após o nascimento do primeiro filho e, especificamente em relação a isto buscamos identificar quais as relações com a saúde sexual e reprodutiva, que incluem os métodos contraceptivos e o planejamento familiar.

O processo de análise teve início desde a coleta, passando pela transcrição e pela leitura das entrevistas.

Através de uma primeira leitura do todo e de sucessivas releituras que nos permitiram o aprofundamento e a apropriação dos relatos, com isso criamos as categorias preestabelecidas, conforme os objetivos da pesquisa e com base no roteiro da entrevista semiestruturada. Em seguida procedemos a consolidação das categorias semelhantes de cada entrevista com as previamente existentes, sendo que os conteúdos que surgiram a partir da coleta reuniram as categorias emergentes. Na sequência estão apresentadas as categorias e as variações das percepções que foram apreendidas através do relato das mulheres.

1. CONCEPÇÃO DE SEXUALIDADE

Esta é uma categoria pré-definida e diz respeito à maneira como as mulheres percebem e vivenciam a sexualidade. A partir dos questionamentos referentes ao tema sexualidade surgiram duas variações: 1.1 Falando sobre sexo e 1.2 Sexo e saúde, as quais estão descritas abaixo.

1.1. Falando sobre sexo

Este conjunto de ideias apresenta a sexualidade ligada ao ato sexual condicionado a relacionamentos estáveis com base no amor, na fidelidade e na confiança, isto retrata a manutenção da noção normativa da relação sexual que se refere a sua finalidade reprodutiva no âmbito legal do casamento.

A maioria das participantes disse que considera inconcebível o sexo casual, pois o ato sexual fora do casamento ou relacionamento estável ou ainda sem amor ou qualquer vínculo afetivo para estas mulheres não tem sentido. Estas ideias não retratam escolhas individuais, antes são provenientes do meio social em que as respondentes estão inseridas.

A primeira e mais recorrente condição extraída dos relatos foi que o ato sexual somente tem validade se houver um sentimento de amor e de afeto. Em seguida aparece o ato sexual concebido como prática vinculada ao casamento ou a união estável, situação que pressupõe maior garantia de fidelidade e estabilidade da relação afetiva.

Outra compreensão trazida no discurso analisado tem relação com a ideia da finalidade reprodutiva do ato sexual, ainda ligada a esta noção de utilidade o ato sexual é retratado como tendo a função de manter a união e suprir uma necessidade física do casal. Estes apontamentos refletem as noções de que a sexualidade feminina somente é reconhecida quando associada ao casamento e para proporcionar prazer ao parceiro.

A compreensão deste aspecto da sexualidade traduz fundamentalmente as noções de que a relação sexual é o elemento principal para a manutenção da harmonia no casamento/união e, sobretudo a garantia de fidelidade do parceiro. Estas percepções podem ser ilustradas pelo seguintes relatos:

Ah... É amor, né? Eu acho... acho que tem que ter amor um pelo outro porque senão não dá nada, num presta pra nada (...). Pra mim é assim se eu tenho relação sexual é porque eu gosto dele, né? Se eu não gostasse, só pra sair por aí eu não ia ter! Se um não gostar do outro, aí... Ter relação só por ter, aí não dá, né? Ah... Sei lá! Pra ter filho. Pra mim só serve pra isso... pra ter filho... Se tiver casada, né? (Ana).

Ah... sexo mesmo... de ter relação e tudo! [...] quando tem penetração? [...] E o beijo, o carinho e a conversa isso não faz parte do sexo? Faz? O beijo faz né? A conversa é menos, né? (Isabel).

Nesta variação a sexualidade foi trazida a reboque pelas descrições do relacionamento sexual com o parceiro e pelo sentido atribuído à palavra sexo. O relacionamento sexual aparece associado a um conjunto de condições, que diz respeito a normas sociais e finalidades pré-estabelecidas no contexto da normatização do sexo institucionalizado e controlado pela sociedade, quesitos necessários e capazes de justificar o ato sexual.

Estes apontamentos iniciais parecem concordar com as ideias sobre sexualidade apresentadas por Foucault (1979) ao definí-la como um dispositivo de poder ou controle social, o qual o autor chamou de *biopoder*, pois através das práticas e dos discursos disciplinadores e da ação política sobre a vida das pessoas se dá o domínio sobre a sociedade que é mantida pela reprodução biológica e social, através do controle repressivo da sexualidade e da reafirmação da aliança e do casamento.

Apresenta ainda, a noção de sexo como um assunto de foro íntimo que deve ficar restrito a “lugares” legitimados como o casamento ou o consultório médico. Para as mulheres é muito difícil falar sobre sexo, pois além de necessitar de contextos adequados para conversar a esse respeito, somente pode ser tratado com determinadas pessoas como o marido, algumas vezes com a mãe, irmã ou amigas. Citaram que se sentem a vontade para abordar o assunto com alguém mais próximo e com o médico, somente para fins prescritivos, pois alegam sentirem muita vergonha de esclarecer a suas dúvidas durante a consulta e optam por uma participação passiva.

A exposição da intimidade gera constrangimento pelo sentimento de invasão, mas também pelo rompimento da barreira de proteção individual. Entretanto sabemos que sexo é comumente definido como algo determinado biologicamente (genético, anatômico, fisiológico), mas que ao mesmo tempo está impregnado de sentidos sociais.

Os apontamentos de Hawkes (1996) traz luz para estes achados ao afirmar que a sexualidade é intencional e não instintiva, é processual, histórica e mutável algo inventado para abordar questões relativas ao sexo. Logo, a autora ao afirmar que

tratar deste assunto causa constrangimentos, mesmo em contextos em que é permitido, corrobora com os nossos resultados.

1.2 Sexo e saúde

A relação do sexo com a saúde, o bem estar físico e mental foi associado ao discurso sobre o ato sexual. Foram destacadas pelas participantes as percepções de que tanto a prática, a frequência como a ausência do ato sexual são condições determinantes do sentimento de bem ou mal estar físico e mental. Relataram que percebem alterações em seu estado emocional que se sentem mal humoradas e que notam que o parceiro também fica “zangado”, quando não tem relações sexuais.

É porque deixa as pessoas, mais animada, acorda mais feliz, mais bem disposto! [...] Tem dia que você não pratica você fica meio zangada, qualquer coisa te irrita, comigo é assim, amanheço bem irritada [...] Eu mudo, mudo o humor, fico bem zangada, [...]. Eu acho que ele fica mais, mais vexado, quando não praticamos, ele fica zangado, mais irritado, também, aí eu acabo me irritando também, aí a gente briga por qualquer coisa a gente acaba brigando! [...] É isso, é a gente briga mais, não sei... Por que tem vez que a gente não tem como a gente praticar porque a gente tá muito cansado, eu tô muito cansada por causa do bebê, aí a gente acaba não fazendo, aí ele se zanga, eu me zango também, aí qualquer coisa a gente se zanga, a gente começa a brigar por besteira, mesmo, aí depois... (Abigai).

Ah pra mim é importante que a gente tem prazer na vida, né? [...] Normal é num é muito aquelas coisa, sabe? Pra mim é normal, mas às vezes quando a gente tá com alguma coisa muda um pouquinho. Depois de tudo de uma relação a gente fica mais... Se sente mais leve! (Isabel).

Em contrapartida foi apresentada a concepção de sexo como um agente nocivo para a saúde, por ser um meio potencial de transmitir doenças e causar danos físicos para a mulher. Entre as participantes houve a referência de que quando alguma dor é provocada durante a penetração a saúde está sendo afetada, além disso, existe o receio da contaminação por DSTs, porém a ideia do casamento como uma espécie de garantia serve de alento para a maior parte das respondentes.

É em questão... negócio de machucar pode, né? É minha saúde, né? Então passar uma doença pra mim, tipo uma aids, aí outras coisas que tem por aí, né? A hepatite também passa pelo sexo, não passa? Não é a hepatite? Ah, isso afeta a minha saúde. Afeta bastante! Porque tem muita doença que passa pelo sexo também, mas aí como é casado, né? Só se ele pular a cerca, né? Aí são outros 600 (risos) Ah, afeta, afeta, mas que isso é bom pra saúde... Acho que não! (Ana).

Os relatos apresentam duas conotações distintas de sexo, primeiro o sexo aparece como fonte de prazer e alegria e, depois é retratado como uma fonte de dor e de desconforto, além de aparecer como um agente ameaçador para a saúde e a vida.

Estes resultados parecem concordar com os apontamentos de Tiefer (1996) ao problematizar a excessiva medicalização da sexualidade, onde a autora afirma que os profissionais da área médica são unânimes em defender a ideia de que o bom desempenho do ato sexual ou a alta performance sexual, especialmente quando a satisfação é mútua, não só é altamente benéfico como essencial, para a saúde geral e o bem-estar dos indivíduos.

Neste mesmo sentido Giami (2007) destaca que contrariamente ao pensamento o século XIX, em que a medicina afirmava que a busca pelo prazer sexual alheio à procriação configurava um “desvio ou aberração”, a sexualidade começa a ser pensada no início do século XX, por influência da medicina, como um elemento importante, se não fundamental, para o bem-estar e a realização pessoal, logo justificando a busca pela satisfação sexual.

Porém este pensamento viria a mudar o enquadramento da vida sexual somente a partir da segunda metade século XX, unindo o conceito de saúde ao conceito de sexualidade. Por outro lado, como discutido por Giami (2007) o aparecimento da aids nas duas últimas décadas do século XX modificou mais uma vez a forma da sociedade e da medicina conceber a sexualidade, a associação entre sexualidade e bem-estar passa a ser alvo permanente de discussões e questionamentos e, o sexo passa a ser visto como fonte de doença e de morte.

Petchesky (1999) acrescenta que quando se discute sobre sexualidade é para exaltar aspectos negativos e ou nocivos a saúde, doenças, abusos e violência sexual, ignorando o potencial emancipatório da sexualidade. Portanto, nossos resultados demonstram que estas duas noções estão presentes nos relatos a respeito das concepções de sexualidade.

2. SEXO E MATERNIDADE

Esta é uma categoria emergente composta pelas comparações entre o ato sexual antes, durante a gravidez e as primeiras impressões do retorno ao intercursos sexual após o parto.

Algumas mulheres, ao compararem a vida sexual do casal no período anterior à gravidez com a fase da gestação, referem ter percebido diferenças positivas, como a melhora de sintomas de dor e ausência de lubrificação ou melhora no relacionamento com o parceiro ao referirem que o “marido” ficou mais “cuidadoso”, atencioso e carinhoso durante a relação sexual e também no relacionamento cotidiano. Como mostrado no recorte abaixo.

(Antes da gravidez) É... Porque eu era seca demais sabe? Não tinha vontade, na verdade, né? Aí, machucava! Mas, aí eu sempre conversei com meu marido, nunca tive problema, com isso, não! Mas, machucava antes! Agora, não! Agora tá bom! Melhorou, melhorou bastante, ficou bem mais fácil agora! Não preciso mais de lubrificante, nem de nada disso! Nem dói mais! [...] Também, Quando não dá, não dá! Depende mais dela, né? Antes, não! Antes era todo dia, [...] depois que ela nasceu acho que melhorou bem mais, não é todo dia, agora é quando dá! (Ana).

Por outro lado outras participantes referiram mudanças negativas, seja em questão de frequência, diminuição desejo ou por razões de desconforto físico durante o ato sexual, principalmente à medida que a barriga crescia. Ainda em relação à gestação algumas mulheres disseram que apesar da diminuição da frequência sentiam vontade de fazer sexo, mas procuravam evitar, devido ao medo de “machucar” o bebê, medo este compartilhado pelo parceiro, mesmo diante da garantia do obstetra de que o sexo não oferecia risco ao feto.

Antes da gravidez era muito diferente, (risos), a gente praticava mais, agora *(após o parto)* a gente pratica menos... Durante *(a gravidez)* a gente praticou menos, também, não tinha vontade, eu me incomodava, ficava irritada. Mais para o final, depois dos cinco meses, que a barriga vai crescendo, aí fica incomodando mais, aí a gente praticou menos, mas antes a gente fazia bastante. Como eu tive cesárea eu fiz com uns 40 dias. E é bem diferente, não sei, acho que o seu interior, o seu pessoal, parece que muda alguma coisa, eu não sei explicar. Não é aquela coisa de como era antes. Eu não

senti quase nada foi como se não fizesse diferença pra mim... Não era mais aquela vontade! (Abigail).

(Durante a gravidez) Depois do 6º mês eu num tive mais relação, não! Mas, depois eu... Não era todo dia, não! Só que daí eu resolvi, a gente resolveu não fazer mais, depois do 6º mês! Porque... eu sei lá, eu preferia não ter... Por causa dele, eu não me sentia bem com isso! Então a gente esperou ele nascer! Porque a gente tinha medo de machucar ele! Só que o médico falou que não machucava, mas a gente não queria! Foi da gente mesmo resolver não ter! *(volta do intercuro sexual)* Depois de dois meses. Como que foi? Ah mudou... Pula essa parte! Pula essa! (risos) Não, mas a gente muda, né? Depois que a gente ganha o bebê! *(onde foi a mudança)* Não, em mim! A vontade diminui né? (Josefa).

Após o parto as mulheres que deram a luz por via vaginal atribuíram a intensa dor que sentiram durante a retomada do intercuro sexual à sutura no períneo e à sensação de estreitamento da vagina, porém referiram que voltou a ser como era antes em pouco tempo.

Ah... um mês e quinze dias! Aí a gente voltou a fazer! Ah! A primeira, parecia a primeira vez (risos) Nossa! Deus me livre! Doeu muito! Eu levei ponto, então doeu muito! Doeu bastante, nossa! A primeira vez parecia... depois que ela nasceu, parecia ser a primeira vez! A dor da primeira vez... Eu acho que dói por causa dos pontos, né? Porque fechou ali, então pra você se acostumar... (Betânia).

Eu fiquei com medo de machucar de novo, tanto que o médico falou que eu podia voltar com 40 dias eu voltei com 45, morrendo de medo e porque ele insistiu muito. Não tenho nada contra! Ah, mas tem as horas certas, não é toda hora que eu tô com vontade, entendeu? Não é todo dia que eu tô a fim, por causa do dia estressante *(cuidado com o filho)*, não é toda hora que eu tô a fim, não! Não exige, mas ele pergunta se eu quero aí eu falo que não e ele fica com a cara emburrada, aí pra não brigar com ele eu fico com ele, não porque eu quero! *(como se sente)* Usada, me sinto usada praticamente! (Diná).

De modo geral os relatos apontam que o ato sexual mudou muito em relação ao período anterior a gravidez, essas mudanças foram centradas na dinâmica da relação sexual após o parto, como diminuição na frequência, falta de vontade, cansaço, indisposição para o sexo e pela necessidade de dar a maior atenção ao bebê. Por outro lado houve relatos de melhora do relacionamento sexual do casal

após o nascimento do filho, como diminuição dos sintomas de dor e secura vaginal durante a penetração.

Esses resultados sugerem que o sexo na gravidez apresenta mudanças mais significativas conforme o avanço da idade gestacional. No entanto é no período após o parto, que coincide com o exercício da maternidade, que as mudanças da dinâmica sexual ficam mais evidentes.

O processo de readaptação física e, sobretudo de reorganização dos vínculos sociais, parentais e emocionais se sobressaem após o parto. No entanto, os relatos sobre a retomada da atividade sexual no novo contexto vivenciado, a maternidade, destacaram os aspectos ligados à genitalidade, ou seja, ao serem questionadas sobre as impressões da relação sexual após o parto as respondentes apresentaram as mudanças na qualidade do ato sexual em termos de bom ou mau funcionamento da vagina, isto remete a ênfase que a sexologia contemporânea dá as “disfunções sexuais” e ao entendimento da relação sexual estritamente genital, isto concorda com o estudo realizado por Salim et. al. (2010) em que as autoras apontam que “as percepções que as mulheres possuem sobre seus corpos no pós-parto estão ligadas à ideologia do corpo biológico”.

Este apontamento nos remete a Vieira (2002) que explora o processo histórico da medicalização do corpo feminino. A autora explica que este processo foi embasado pelas ideias provenientes das instituições médicas sobre a naturalização do corpo da mulher, as quais respondem pela transformação da dimensão social do corpo feminino em um elemento naturalizado e, restringem o sexo à condição orgânica ou funcional.

As concepções sobre a dimensão física ou biológica do sexo e, acerca da “natureza” do corpo da mulher relativa às características reprodutivas estão presentes no imaginário social e é reiterada através do discurso e da prática médica.

Nossos resultados demonstraram que as mulheres qualificam o exercício da sexualidade apenas em função da condição orgânica, pois atribuem somente ao próprio corpo as alterações do relacionamento sexual percebidas após o nascimento do primeiro filho (a).

As alterações negativas presentes nos relatos são referentes à dor e secura vaginal, já as positivas apontam para a melhora da lubrificação. Do mesmo modo, os cuidados com o bebê justificam a indisponibilidade física para o sexo, pois relatam que o cansaço causado pelo exercício da maternidade impede de terem relação

sexual e, na maioria dos casos este fato não é compreendido pelos parceiros, os quais insistem ou pressionam para que as mulheres aceitem o ato sexual.

Neste sentido há concordância com os achados de Salim et. al.(2010) ao constatarem que “o papel materno interfere na relação sexual, pois existe a preocupação com o bebê e com os cuidados com ele”. E, de (Abuchaim & Silva, 2006, apud, Salim et. al. 2010:6) “no puerpério, algumas mulheres aparentam indiferença às questões sexuais, gerando nos parceiros reações diversas, assumindo posturas que vão desde a pressão para o retorno à atividade sexual até o afastamento e renúncia da atividade sexual”.

Diante destes apontamentos acreditamos que é preciso insistir em uma abordagem profissional mais atenta e abrangente para que as queixas das mulheres em relação a sua sexualidade de modo geral e, sobretudo após a maternidade não sejam somente tratadas com medicamentos ou ainda reduzidas a eventos comuns e previsíveis que se referem apenas aos aspectos fisiológicos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (M.S) incentiva a atenção qualificada e humanizada tanto no pré-natal como no puerpério, estabelecendo entre as suas normas técnicas ações integralizadas (Brasil, 2006). Devemos destacar que o incentivo do MS para o desenvolvimento de ações integralizadas, apesar do seu enfoque técnico centrado no cuidado e no acolhimento materno infantil, também prioriza a escuta profissional e a necessidade de estimular a mulher a expor suas dúvidas. Entretanto, nos deparamos, frequentemente, com um cenário discrepante entre as recomendações do MS e a prática dos profissionais envolvidos no atendimento das mulheres.

3. CONCEPÇÃO DE MATERNIDADE

Nesta categoria pré-definida encontramos, através dos discursos das participantes formas diferentes de conceber o ser materno, relacionadas à maternidade idealizada que prioriza o modelo mitificado do amor materno e, à maternidade real que é vivenciada no cotidiano das mulheres, a qual agrega as desigualdades sociais, econômicas e as de gênero, tais aspectos conferem o caráter ambíguo da percepção do exercício materno e estão profundamente envolvidos na

escolha pela maternidade, visto que as mulheres experimentam sentimentos ambíguos permeados pela maternidade idealizada e a vivenciada.

Assim, a partir das concepções sobre a maternidades foram constituídas três variações: 3.1 Ser mãe no plano ideal; 3.2 Ser mãe no plano real e 3.2 Porque escolhi ser mãe. Descritas abaixo.

3.1 Ser mãe no plano ideal

A maternidade aparece descrita como a realização de um sonho, cujas palavras não podem explicar, conforme as respondentes, o significado da maternidade é inexplicável, uma vivência indescritível, “ser mãe é ser tudo”.

A maternidade parece conferir um sentido novo à vida de algumas participantes, pois na condição de um sonho realizado se torna a materialização de um ideal ou de uma expectativa capaz de proporcionar sentimentos sublimes de plenitude e de grandiosidade, além de uma sensação de encorajamento, força e poder para enfrentar toda e qualquer circunstância em nome dos filhos e filhas.

Em face da maternidade se tornam pessoas completas, pois alcançam uma identidade ou uma “promoção” no meio social. Esta categoria é composta pelo conceito de maternidade que tem como ponto central o instinto materno naturalizado, o qual considera que o desempenho da maternidade é uma condição “natural” que ultrapassa quaisquer singularidades, sendo caracterizada como a essência que a constitui como mulher e que justifica o desejo de ser mãe.

Ah eu não sei explicar, porque pra mim eu acho muito bom ser mãe, pra mim é uma maravilha ser mãe! Graças a Deus! Não tenho problema, nem nada disso! Eu acho muito bom ser mãe! É uma felicidade ver uma criança nascer. Carregar nove meses uma criança na barriga! Ah é uma felicidade muito grande! Um filho seu, muito bom! Eu acho muito bom. Eu sempre quis um filho (Ana).

Queria, queria ser mãe. Acho que o que eu queria mais era ser mãe. Sempre tive o sonho de ser mãe, aí agora eu sou... Muito bom! (Abigail).

Pra mim é ser tudo, né? Porque eu sou evangélica! A pastora fez o testemunho na igreja domingo! Ela falou assim que até hoje ela nunca viu uma mãe tão feliz como eu, porque eu sou mãe de verdade! Então pra mim é tudo! A gente fica boba! (*mãe de verdade*) Ah eu acho que é uma coisa

que não tem explicação, eu acho que não tem significado, eu acho que a gente deixa de viver pra cuidar, eu falo que pra mim tudo ficou pra trás, ela em primeiro lugar! Eu paro o mundo por causa dela! Eu acho que é tudo, acho que a criança sem a mãe não tem significado nenhum, né? (Laís).

Esses resultados coincidem com o conteúdo da teoria do “Mito do amor materno” na qual Badinter (1985) baseando-se em documentos históricos esclarece as raízes de como a maternidade é concebida hoje, a maternidade foi transformada ao longo do tempo e é resultado de uma moralização do vínculo mãe e filho, iniciado no final do século XVIII, pela necessidade de investimento na manutenção da sociedade, visto que a expansão do capitalismo comercial e o enriquecimento das nações dependiam do crescimento da população, por isso a sobrevivência das crianças se tornou muito importante, a qual dependia do cuidado materno.

A partir disso, foram adotadas medidas para incentivar a aproximação entre as mães e seus filhos, lentamente o sentimento de amor maternal, sublime e incondicional, passa a ser atribuído à mulher como uma condição inata e a imagem de mãe zelosa ganha destaque meio social. Assim, o que há demais presumível na existência da mulher, a maternidade, proporcionada pela natureza biológica do corpo feminino, ganha um valor social que “glorifica” a existência da mulher.

Vieira (2002) esclarece que a valorização desta relação maternal foi mais uma das formas de controle sobre o corpo feminino. Esta condição que envolve a vida das mulheres é legitimada cotidianamente do ponto de vista social, através da relação com os filhos e do seu papel na família, conforme Àries (1981) a partir das transformações sociais da infância e da família decorre que, do pouco ou nenhum valor que se dava a vida das crianças no século XVII e, até mesmo de um infanticídio secretamente consentido, a sociedade passa a presenciar um respeito cada vez maior e mais exigente pela preservação das crianças, sendo que na atualidade isso representa um encargo quase exclusivamente feminino. Isso também ocorre com as questões familiares, as mulheres, a despeito da entrada para o mercado de trabalho, das conquistas de direitos reprodutivos e sexuais, ainda são o ponto central na maioria das famílias, como aponta Chodorow (1979) os arranjos familiares tradicionais são responsáveis pela manutenção e padronização do ideal de maternagem na sociedade ocidental e contemporânea. Ressaltando que em todas as conjunturas a mulher está sujeita as desigualdades sociais e sexuais em função das relações de gênero.

3.2 Ser mãe o plano real

Em contraste com a categoria descrita anteriormente, neste agrupamento de ideias, a maternidade é marcada pelas descrições do cotidiano que traduzem as mudanças (emocionais, pessoais, de relacionamento e sociais) e a necessidade de aprendizado contínuo, com o intuito de ser “cada vez melhor”. Exemplificado a seguir.

Ah, eu tô aprendendo! É difícil sabe? Porque tipo assim eu não tenho nenhuma ajuda sabe? Então eu vou fazendo tudo sozinha! Ah, melhor! Por que pra mim ela é um... Pra mim eu não tinha nada de importante na minha vida, pra mim ela é tudo! Pra mim ela vem em primeiro lugar! Pra mim eu não tinha nada de importante assim, sabe? Agora quando ela nasceu pra mim ela é tudo na vida! Tudo. O que eu puder fazer por ela eu faço Eu acordo, troco ela, dou leite pra ela, daí eu coloco ela deitada no chão, depois vou fazer o meu serviço!!! Aí depois faço ela dormir, aí quando ela vai dormir eu fico descansando ou fazendo alguma coisa. Por que é só eu ela de dia, meu marido trabalha (Judite)

No entanto a rotina das mulheres agrega o cuidado com o filho e com a casa, ficando mais cansativa e por vezes desestimulante por ter que assumir sozinha os encargos do dia a dia e, causando um sentimento de desvalorização, que em alguns casos é agravado pela saída do trabalho, uma das participantes afirmou, que é uma rotina repetitiva tornando a “vida de dona de casa” uma coisa “muito chata”.

Eu trabalhava mais aí depois que ele nasceu eu pedi conta no serviço pra ficar com ele, aí eu fico só com ele em casa. Minha rotina, você fala? Eu acordo dou mamadeira pra ele, tomo banho, dou banho nele e arrumo a casa. Se tá sol a gente sai na rua, faço o almoço, espero o meu marido chegar e fico em casa, não saio, não! Vida de dona de casa é muito chata! Não tem divertimento! Não sou muito fã, não! Sempre as mesmas coisas, a rotina é a mesma coisa, nada de diferente acontece. Não gosto muito não! (Diná).

A experiência da maternidade é percebida como um exercício árduo e sacrificante, que sobrecarrega a mulher em função da necessidade de conciliar a amamentação, os cuidados com o bebê com as tarefas domésticas e o trabalho.

(...) é bem corrido, porque eu tenho um salãozinho na minha casa e eu com 17 dias já comecei a atender que é na minha casa mesmo! Tem dia que ela nem deixa trabalhar, tem dia que passa pro colo de um, do outro e tem dia que eu falo que eu até judio dela, tadinha! Só que assim eu tô pegando dois, três clientes no dia pra não ter que judiar muito dela. Tem dia que ela deixa trabalhar super bem, mas tem dia que um pega, outro pega, ela chora, chora e na hora que eu pego ela fica quietinha! (*amamentação*) Ah eu dou toda hora, assim tem hora que ela pega até menos de duas horas, não dá nem três horas! Umas duas horas, duas horas e pouquinho ela já pede mama de novo! Eu dou o peito primeiro, depois venho com a mamadeira, sempre eu entro com o peito primeiro! (Laís).

Percebemos que mesmo no plano da realidade a maternidade aparece como algo gratificante e com um sentido de completude que apesar de todas as dificuldades impostas pelo seu exercício diário e exaustivo atribui valor a vida da mulher. Assim todo o peso que recai sobre a mulher em função das exigências da sociedade que centraliza na mãe a responsabilidade pela criação dos filhos é colocado em segundo plano devido a noção idealizada de que a maternidade é uma missão sublime destinada as mulheres.

Evidenciando uma representação ambivalente em torno da maternidade, alocando-a entre a idealização e a realidade. A rotina doméstica é apontada como uma responsabilidade, quase exclusiva da mulher, que se torna mais sobrecarregada com a chegada do primeiro filho. Do ponto de vista tanto prático, como subjetivo, as mudanças, sejam elas sociais, ou econômicas, em virtude da saída do trabalho, as dificuldades de relacionamento com o parceiro e adaptação ao novo papel devido a necessidade de aprendizado afetam intensamente a vida das mulheres.

No entanto, o cenário que apresentamos é justificado pela expectativa que as novas mães acalentam de que no futuro serão recompensadas, seja pelo reconhecimento da importância de seu papel materno ou ainda pela gratidão do filho no futuro. Como descrito abaixo.

Ah porque eu acho que é muito importante ser mãe. Porque eu acho que num tem graça a vida se a gente não é mãe! Chega uma certa idade sem filho, sozinha no mundo não dá! É porque eu pensei um dia no meu futuro, eu pensava assim... Um dia se eu não for mãe quando eu tiver mais velha e aí? Vou ficar sozinha no mundo porque marido não é pra sempre! E pai e mãe, também não! Meus pais já estão bem velhos são de idade... E eu vou ter ele um dia pra conversar! (Josefa).

As participantes traduzem esta ambivalência também ao expressarem o quanto a rotina de cuidados com o bebê é cansativa, que causa irritação, que desorganizou a vida e que causou muitas mudanças.

Porque cansa muito! A pessoa, hora se irrita, fica irritada com o bebê, mas você sabe... para e pensa, você não pode fazer isso, é seu filho. Mas é muito bom! É porque tem hora que o bebê tá irritado, você se irrita mais, aí ele fica mais irritado do que você. Aí, (risos) às vezes sacoleja um pouquinho, aí para e pensa... Não faz isso! (risos) Bem complicado (risos). Tá muito bom, muito bom mesmo. Às vezes dá tempo de cuidar de você, às vezes não dá, porque você faz tudo por ele, não vou fazer isso, vou fazer aquilo pra ele, você vai cuidar da casa, tem que cuidar também, mas você tem que achar um modo de viver aquele momento, por que tudo passa... Vai crescendo... Vai ficando maior, depois começa a andar, aí você esquece de você, aí dá aquela saudade de quando ele era pequenininho que ficava só com você, no seu colo, que dormia, aí é muito bom, você fica muito feliz em tá podendo criar um bebezinho (Abigail).

Dentre as mudanças a saída do trabalho, relacionada a gravidez ou ao nascimento do filho foi um fator reconhecido como uma importante alteração na vida de algumas mulheres. O relato abaixo exemplifica uma dessas situações.

Fica tudo difícil, sei lá. Fica difícil trabalhar porque você tem que deixar com alguém e você tá dando a sua vida na mão dessa pessoa. Para trabalhar você tem que arrumar alguém de confiança e é difícil você arrumar alguém de confiança hoje em dia. Eu trabalhava, mas não registrada, eu ia registrar aí eu descobri que estava grávida. Quando ela fizer um ano, o meu marido falou pra mim trabalhar (Rute).

Em relação a isto, duas questões podem ser destacadas neste contexto, primeiramente, o impacto social do nascimento do primeiro filho sobre a vida financeira da família e, em segundo lugar a saída do trabalho para assumir a responsabilidade pelo filho, mais uma vez as principais mudanças incidem sobre a vida mulher, a maternidade como um ofício, uma tarefa solitária que deve ser exercida pela mãe de modo resignado.

Entre as mulheres que continuaram exercendo atividade remunerada, apenas uma delas ainda estava em licença maternidade, mas prestes a retornar ao trabalho. Neste caso, coube a ela o ônus de encontrar um lugar seguro e adequado para deixar o filho, que ao final da licença maternidade, passaria a ficar em uma creche. O recorte

a seguir demonstra que esta é uma situação que pode causar um grande desgaste emocional, frente ao sentimento de culpa por precisar deixar o filho sob a responsabilidade de outros cuidadores, como pessoas contratadas, escolas maternas e ou creches.

Meu dia a dia? Bom agora eu tô de licença, né? Até dia 28/08, depois eu vou voltar trabalhar e ele vai pra escolinha. Agora eu só cuido dele e da casa! Não eu sinto muita coisa, eu sinto um prazer de cuidar dele. Ele tá só no peito ainda... Ele mama de 3 em 3 horas agora... Agora né? Porque antes ele mamava toda hora. Agora vai começar a beber suquinho, leiteinho, já! Por causa que ele vai pra creche, né? Ah tá doendo muito, o coração tá apertado! Mas assim tem que trabalhar né? (Josefa).

Cabe ressaltar que até o termo escola maternal sugere que em lugar do cuidado materno, somente admite-se algo que o valha, reforçando a ideia de que, o cuidado legítimo e socialmente reconhecido é apenas o materno.

Conforme Badinter (1985) os aspectos que envolvem a maternidade e a infância têm raízes em valores disseminados no século XIX, fundamentados, principalmente pelo discurso médico. Um modelo de conduta assumido pela sociedade, que também foi internalizado pelas mulheres.

Porém, a imagem do que seria a mãe ideal é contraditória às circunstâncias reais em que vivem as mulheres. Em conformidade com Scavone (2004) a maternidade deve ser compreendida como um fenômeno social multifacetado que é influenciado pelas desigualdades sociais, étnicas e, pelas relações de gênero subentendidas na condição feminina e embora exista um modelo preponderante de maternidade, esta atinge as mulheres de maneiras diferentes.

Badinter (1985) ao colocar em dúvida a natureza instintiva do amor materno, nos permite compreender um dos elementos que contribui para que as mulheres se tornem mães, mesmo diante da possibilidade de escolha em relação a maternidade. Escolha que foi coroada pelos métodos contraceptivos modernos, mas ainda, assim as mulheres aceitam resignadas as missões de gestar, parir, amamentar e assumir os filhos como sua responsabilidade quase exclusiva. No entanto esta escolha ou aceitação está relacionada a outros fatores, nas palavras de Costa (1979:267) “a mulher, para satisfazer às etiquetas da sociedade em que vive resigna o dever da maternidade”.

Além disso, as desigualdades entre os sexos que se fundamentam nas relações de gênero, que segundo Scoot (1990) são constituídas a partir de um campo relacional de poder, sejam do ponto de vista do dominado ou do dominador. Bourdieu (1995) explica que a visão dominante da divisão entre os sexos ou dominação masculina é um fenômeno concebido pelas pessoas como algo natural ou que foi determinado pela natureza. A somatória dos elementos que apresentamos afetam as mulheres e rumos para as suas vidas.

Cabe ressaltar que não estamos questionando o direito de escolha, mas o dever da escolha, e mais o direito de recusar a maternidade sem sofrer as consequências da reprovação social ou a condenação dela própria pelo sentimento de culpa e pelo constrangimento que a opção por não ter filhos pode causar.

A gestação se tornou a prova de que a mulher está cumprindo sua missão procriativa; a amamentação comprova o cuidado; já a educação é a prova de que está cumprindo bem o seu papel social. Tourinho (2006) assinala que o ideal da mãe perfeita construído em cada sociedade e em cada família pode influenciar positiva ou negativamente a vida das mulheres e, também das crianças, pois muitas mulheres se sentem receosas acerca de seu desempenho como boas mães e, ao mesmo tempo a sociedade cobra que amem seus filhos incondicionalmente, sendo que muitas vezes não vivenciam dessa maneira e, em alguns momentos, sentem raiva de seus filhos, dúvidas e se culpam.

De acordo com Chodorow (1979), através das gerações o padrão de comportamento das mulheres, das famílias e da sociedade é reafirmado pelos discursos de especialistas. Esses discursos ainda investem no ideal da mãe perfeita que deve assumir a responsabilidade pela unidade familiar, além de oferecer suporte ao homem para que ele possa se dedicar integralmente às suas atividades, que normalmente são relacionadas ao trabalho, ao meio externo e político, enquanto isso a mãe ideal deve conjugar perfeitamente o sexo, a estabilidade conjugal, a responsabilidade pelos filhos e ajudar, isso quando não assume, a manutenção financeira de toda essa dinâmica.

Badinter (1985) aponta que no passado a mãe tinha uma função mais biológica que afetiva, mas o processo de moralização da relação mãe e filho, que começou no século XVIII, tornou a maternidade um elemento determinante para o reconhecimento social da mulher.

Entretanto podemos identificar, nos depoimentos espontâneos das mulheres, sentimentos de dúvida e ambivalência quando se vêm envolvidas pelas demandas suscitadas pelo ofício materno, muitas vezes as mulheres sentem culpa ou constrangimento por não atenderem ou não agirem conforme aquilo que é esperado e valorizado pela sociedade, devido às normas internalizadas que se perpetuam e modelam os papéis ao longo do tempo.

Dentre os aspectos que integram a subjetividade feminina podemos relacionar o fato de que muitas mulheres desconhecem certos valores que compõem e qualificam a maternidade, como o amor incondicional, a devoção, a capacidade de sacrifícios extremos, os quais são opostos aos sentimentos de irritação, raiva, medo, negação e frustração, relacionados ao exercício da maternidade ou mesmo ao nascimento do filho.

O fato da mulher ter a capacidade biológica de conceber e de parir em si não determina o amor e a dedicação a uma criança, mas sim os valores morais e sociais, associados a questões individuais são determinantes sobre a escolha e a aceitação da tarefa de ser mãe.

3.3 Por que escolhi ser mãe

Esta variação compõe a categoria que agrupa os dados sobre as concepções da maternidade, apresentando o desejo de ser mãe associado à ideia de realização e de valorização por meio de um papel social, que atribui significado para a vida das mulheres ou como disse uma das entrevistadas a mulher sem filhos, não tem “serventia” para nada, ou seja, o que confere significado e justifica a existência da vida feminina é a reprodução. Além disso, prevalece a ideia de que a principal função da mulher é a maternidade.

A impressão da entrevistada aponta para possíveis motivos que levam a mulher a “escolher” ser mãe, Scavone (2004) entende a escolha da maternidade de um ponto de vista amplo e, não em um sentido polarizado, reduzido a sim e não, nesta perspectiva, a escolha se dá na intersecção do biológico, do subjetivo e do social, como, a busca por um sentido para a vida, necessidade de reconhecimento, o amor pelas crianças, a reprodução do modelo da própria família.

A autora acrescenta que as contradições da escolha da maternidade estão ligadas as condições socioeconômicas e subjetivas da mulher. Neste sentido a escolha pela maternidade está muito mais relacionada à construção social do conceito de maternidade do que ligada a um projeto pessoal ou a uma escolha consciente.

Esses fatores têm relação com as percepções expressas pelas participantes, nos relatos sobre como fizeram a opção pela maternidade.

Referiram que ao ver pessoas conhecidas com o filho achavam “bonitinhos” e que isso despertava a vontade de passar pela mesma experiência. Através de outros relatos foi possível perceber que motivação de ter um filho foi fundamentada no desejo de pertencimento ou de aprovação do seu grupo social. Como nos recortes abaixo.

Ah... eu achava bonitinho, ali aquele bebezinho, eu via de todo mundo. A pessoa vê o dos outros e acha lindo, daí quer um pra você, quer ter um também, aí eu queria ter! (Abigail).

Queria e não queria eu via as minhas colegas com filho eu ficava com vontade de ter, mas daí depois que eu tive, eu não me arrependo, mas que eu queria, agora não! Eu curtia o tempo que eu trabalhava que eu tinha o meu dinheiro, saia, mas agora não saio mais não! Eu não teria. Não ia tá passando muita coisa que eu não queria! Não me arrependo de ter tido ele, de forma alguma, mais se fosse pra eu escolher eu ter ele ou continuar a minha antiga vida eu preferia a minha antiga vida que eu trabalhava, que eu tinha meu dinheiro, eu vivia, né? E, agora, não! Não que eu me arrependo (Diná).

O modelo social é tão preponderante que uma das participantes relatou que resolveu se tornar mãe para saber como seria seu próprio desempenho, visto que sua história de vida não testemunhava o significado de ser mãe que para ela supostamente deveria ser algo “importante”. Recortamos esta fala abaixo.

Por que pra mim assim eu queria mais ser mãe pra ver como eu me sairia, por que tipo assim minha mãe, bem dizer abandonou eu e minha irmã, daí ela deu a minha irmã pra minha avó e deu eu pro meu pai, né? Então pra mim sei lá é mais pra saber mesmo! Não sei o que é ser mãe, não (risos). Mas pra mim é uma coisa importante! (Judite).

A esse respeito Badinter (1985) e Serruya (1996) contribuem para as comparações entre os nossos resultados e a literatura ao descreverem a maneira como a mulher se tornou responsável pelo papel materno e como esse processo foi

cunhado através da história. Se de um lado a maternidade garante algum status social por outro lado a obrigatoriedade, a “missão irrecusável” captura os corpos femininos a serviço da reprodução social.

4. FALANDO DA GRAVIDEZ

Nesta categoria, as entrevistadas, motivadas pelo questionamento sobre o período da gravidez, abordaram o contexto da gestação e, incluíram relatos ligados ao parto. Referente a gestação as participantes falaram sobre os aspectos físicos e emocionais deste período, a partir das mudanças percebidas pelas mulheres. Sobre o parto as mulheres falaram sobre a sua expectativa e vivência. Desta forma optamos por subdividir esta categoria em duas variações: 4.1 Um estado interessante e, 4.2 Uma boa hora.

4.1 Um estado interessante

O diálogo sobre a gestação englobou as percepções das mulheres sobre as mudanças físicas e emocionais vivenciadas na gravidez. Dentre os aspectos físicos abordados nos relatos estão o aumento do apetite, ganho de peso, sonolência e mal estar geral, do ponto de vista emocional foram relatados sentimentos de insegurança frente à expectativa pela chegada do bebê, o temor do parto e, alterações no padrão do humor, como aumento da irritabilidade ou sentimento de calma incomum.

Ao falar sobre as alterações físicas do período da gravidez as participantes destacam mal estar geral (enjoo, vômitos, tontura, pressão baixa), além de dores, sonolência, aumento do apetite e ganho de peso. Ilustrados nos trechos a seguir:

Foi muito complicado, passei muito mal, tive pressão baixa, todo lugar que eu ia eu caía, desmaiava por causa da pressão, não podia andar sozinha! Nossa eu passei muito mal, dos 03 meses até os 09 foi complicado, eu vomitava, nossa foi muito complicado! Passei muito mal dela! Foi uma gravidez enjoativa (Elisa).

Eu enjoei até eu descobrir que tava grávida! Depois que eu descobri, eu parei de enjoar. Aí comecei a comer... Tava enorme, minha barriga ficou muito

grande. Acho que tudo deu uns 22 quilos que eu engordei. Toda semana eu tava engordando um quilo. Tava engordando demais (Ana).

Dormia bastante, passava a maior parte do tempo dormindo, dormia até umas 11 horas da manhã, aí só almoçava. Comia bastante também, eu pesava 42 e aumentei 25 quilos na gravidez. (Abigail).

Então eu sentia muita dor e ela não me deixava dormir, nem de dia nem de noite. Com um mês e meio eu já sentia o meu útero vibrar do lado direito o tempo todo, parecia que eu tinha um celular dentro de mim! (Laís).

Nos depoimentos em torno das alterações emocionais apareceram fatores permeados por sentimentos ambivalentes que envolvem a gestação, sobretudo, quando se trata da primeira experiência, as participantes falaram sobre a alegria por estar grávida, sobre o receio de perder o bebê, o medo da hora do parto e a insegurança de não saber como cuidar do filho (a) após seu nascimento. As mudanças de humor foram destacadas, por meio das percepções de maior irritabilidade e aversão ao marido. Se por um lado as percepções são de piora do humor, por outro lado há relatos de melhora do temperamento, isso pode ser notado na fala da participante que alega ser “nervosa”, mas que depois da gravidez se tornou uma pessoa mais calma.

Ah foi muito bom, uma experiência muito boa na minha vida. Porque eu queria ser mãe, acho que foi legal! Foi gostoso! Tive apoio do meu marido da minha família. (Josefa).

Foi difícil! Porque eu fiquei morrendo de medo de perder ela! Por que uma cunhada minha perdeu a criança dela, ela tentou segurar só que ela não conseguiu. Aí eu fiquei com medo de acontecer comigo também (...) Eu fiquei com medo (...) por causa que a minha epilepsia, não dava convulsão, mas eu ficava caindo! O médico falou assim que era perigoso, sabe? (Judite).

Foi meio perturbadora eu ficava muito irritada passava muito nervoso. Qualquer coisa que me falavam ou que vinha da parte dele me incomodava ou me deixava muito nervosa, então foi meio conturbada, meio, não completamente (Ester).

Mas meu marido... Eu já comecei a sentir raiva dele na gravidez que eu cheguei falar com uma psicóloga: Doutora, porque que eu tenho vontade de ver meu marido dentro de uma forma assado com uma batata na boca? Por que eu não tinha vontade de... Por que eu queria ele perto de mim, mas sem ter relação sem nada! (Laís).

Foi muito calma. Eu era um pouquinho nervosa, mas fiquei calma na gravidez. Fiquei calma, não estressei. Ah, foi muito bom minha gravidez é isso que eu posso dizer é que foi calma, foi tranquila, tranquila demais, muito tranquila! (Ana).

4.2 Uma boa hora

Apresentaremos na sequência exemplos de situações que sugerem a falta de preparo dos serviços durante a assistência a gestante. Na primeira situação, a exemplo de outros relatos, o parto foi abordado por meio da descrição das intensas sensações físicas e emocionais experimentadas no trabalho de parto (TP) e, no parto, tais como a dor, o susto por nunca ter vivido a experiência, o medo e o desconhecimento do processo do TP, como ilustremos no depoimento abaixo:

Só que aí eu comecei fazer xixi sem senti, aí eu comecei a sentir dor, aí eu deitei! Meu marido chegou do serviço falei pra ele: Eu to fazendo xixi sem senti! Comecei sentir dor, minha avó falava assim: Quando sentir dor você empurra pra frente, como se tivesse fazendo o número dois por que o nenê vai saindo e eu fui, fui sentindo dor e fui empurrando, aí chamaram a ambulância. Conforme eu fui sentindo a dor eu fui empurrando, eu não tava entendendo nada e fui empurrando, empurrando, só que aí a dor foi diminuindo de tempo, o enfermeiro falou assim: eu vou te pegar pra por na maca. Eu falei: Não pega não que as minhas pernas tá doendo! E não era as minhas pernas era aqui, né? Por que tava saindo por baixo! Aí o enfermeiro me pegou e falou assim: Olha a cabeça do nenê aqui! Aí que eu fiquei mais nervosa ainda! Aí comecei ter crises e comecei a desmaiar! Fomos pro hospital, aí chegamos lá na sala de parto 9 horas, 9:30 ele nasceu! (Diná).

A segunda situação demonstra que a experiência de parir para uma das entrevistadas foi marcada pelo fato de não ter sido permitido ao marido acompanhá-la durante o parto. Porém, mesmo diante do sentimento de insegurança e medo a entrevistada acreditou que a proibição se deu devido a sua maioridade, demonstrando desconhecer o direito de ter um acompanhante antes, durante e depois do parto, independente da idade da parturiente. Direito reconhecido pela Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 ou a lei do acompanhante²³, que retomaremos no conteúdo da discussão deste tema.

²³ Cap. VII. Art. 19 - Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (Diário Oficial da União de 8.4.2005).

Ah... O parto foi... Então, o dia do parto eu fiquei muito calma, tava muito calma e olha que eu não sou calma, não! Tentaram induzir o parto, mas não teve jeito. Aí falaram que iam me operar porque ela não ia nascer, não, aí fiquei com um pouco de medo. Ele (o marido) me acompanhou até a porta, porque ele não pode entrar, né? Como eu não era de menor, embora eu não tava muito calma, eles não deixaram meu marido entrar, aí meu marido ficou esperando... até ela nascer (Ana).

As falas destacam sentimentos de insegurança não apenas em função dos fatores envolvidos nesta fase da vida da mulher, como também pela condição de primíparas, portanto retrata a vivência de uma situação nunca antes experimentada.

O parto e o período pós-parto, assim como a gestação muito além de um evento físico é uma experiência social que envolve toda rede de relações da mulher e de seu parceiro (BRASIL, 2001; HOTIMSKY & ALVARENGA, 2002).

As experiências físicas e emocionais relativas ao TP e ao parto são em si, eventos extremamente marcantes, no entanto não precisam ser traumáticos.

Por este motivo, retomaremos inicialmente aos princípios do Programa de Humanização²⁴ no Pré-natal e Nascimento (PHPN)²⁵, o programa que foi lançado no ano de 2000, já chamava a atenção dos estados e municípios a oferecer condições para que todas as mulheres tenham garantido o direito a parir com dignidade, segurança e amparada por um atendimento humanizado e, de boa qualidade.

O Ministério da Saúde alerta que para isso se tornar realidade o atendimento humanizado ao parto e ao nascimento deve começar com a preparação da gestante, sendo o pré-natal o período mais propício para a execução dessas ações.

No pré-natal é importante que as gestantes sejam orientadas sobre o processo da gestação, como, as mudanças corporais e emocionais características da gravidez, o trabalho de parto, o parto, o puerpério, os cuidados com o recém-nascido e a amamentação, incluindo orientações sobre o corpo, seu funcionamento,

²⁴ Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2006).

²⁵ MS/GM 569; 570; 571; 572 de 01 de junho de 2000 Este conjunto de portarias institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

sexualidade, os tipos de parto e, as condutas relativas a mulher, que facilitam a participação ativa no nascimento (BRASIL, 2000; 2001).

Isto requer que os profissionais de saúde sejam estimulados e, capacitados para dar informações, solucionar as dúvidas das gestantes e, orientá-las sobre os acontecimentos que envolvem o parto com o objetivo de possibilitar uma vivência do TP e do parto como um processo fisiológico, do qual ela pode participar ativamente (BRASIL, 2000; 2001).

Além disso, a atenção deve não somente se estender, como também envolver o acompanhante da mulher em todas as fases do processo da gestação inclusive no trabalho de parto e no parto, especialmente para as mulheres que nunca pariram, os momentos que antecedem o nascimento e a chegada do primeiro filho ou filha significa um acontecimento único, pois de uma forma ou de outra marca um momento de grande transição na história das suas vidas e, também daqueles que estão a sua volta e, justamente por isso sentem a necessidade de dividir este acontecimento com alguém afetivamente importante em suas vidas (HOTIMSKY & ALVARENGA, 2002).

No estudo desenvolvido pelas autoras destacou-se que o desconhecimento sobre as sensações físicas e o medo da dor pode aumentar a necessidade das mulheres se sentirem encorajadas e acolhidas, principalmente quando estão vivendo a experiência do parto pela primeira vez.

Serruya (2003) destaca ainda que todas as mulheres têm o direito a um atendimento humanizado e, também de vivenciar o parto livre de qualquer constrangimento. Conforme o último depoimento, o fato de não ter sido permitida a entrada do acompanhante durante o parto é, em si uma demonstração de despreparo por parte dos profissionais envolvidos no atendimento à parturiente, além de denunciar o desrespeito aos direitos da gestante, logo dos direitos de cidadania. Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao parto devem atuar como coadjuvantes, enquanto a mulher e o bebê devem ocupar o lugar de protagonistas.

O papel do profissional de saúde é muito importante, visto que como ajudadores participativos têm a oportunidade de disponibilizar seu conhecimento em prol do bem estar da gestante e do bebê e saber reconhecer quando a sua intervenção é útil e necessária (BRASIL, 2000; 2001).

Entretanto, a ocorrência relatada pela participante, denota a imaturidade da implantação do Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria/GM nº 569, de

01/06/2000, visando assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2001).

O PHPN foi baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto e, está previsto dentre seus princípios fundamentais que toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério e, ainda tem direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico (BRASIL, 2001).

Este fato aponta, ainda para a desinformação de muitos profissionais de saúde que ao impedir a presença de um acompanhante no momento do parto deixam de cumprir a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005 ou a lei do acompanhante que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), seja da rede própria ou conveniada a permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Vale lembrar que embora não estivesse previsto nos objetivos do estudo analisar a assistência ao parto, estes dados nos alertam para a importância de manter este assunto em pauta.

5. FALANDO DO PARCEIRO E DO PAI

Esta categoria compreende as impressões das participantes sobre o envolvimento dos parceiros em relação ao período da gravidez, parto e pós-parto. O papel do homem, do pai e as atitudes frente ao período de transição na vida a dois (casal) para a vida a três (pai, mãe e filho). A participação do companheiro no contexto da gestação, parto e pós-parto denota que as mulheres apesar de desejarem o apoio do homem ao mesmo tempo eximem de responsabilidades os seus companheiros, pois mesmo no depoimento abaixo que a participante aponta o cuidado deve ser dividido igualmente, entre a mãe e o pai, ao mesmo tempo ela mostra que assume as tarefas como suas e qualifica o parceiro como um auxiliador para quando ela “precisar”.

Meu marido mesmo ele pega ela um pouquinho, ele não consegue fazer parar de chorar, ele não consegue acalmar ela! Ele fala: _ Porque que eu pego ela, ela fica te procurando? Aí ele pega e: _ Mãe! Ela quer você! A paciência que a mãe tem, tudo, né? Homem já não tem. Homem ama, que nem ele venera as filhas dele, mas não é a mesma coisa, não é o mesmo significado, não é a mesma paciência, não acorda de noite! (Laís).

Não. Acho que os dois tem que cuidar do mesmo jeito, né? Por que na hora de fazer ele soube fazer, por que agora num tem que cuidar? Pra mim eu acho que ele é um ótimo pai! Ah, ele me ajuda a cuidar dela! Ele brinca com ela... o que ele precisar fazer eu sei que ele vai fazer! Tipo assim quando eu tenho que fazer alguma coisa, quando ele tá em casa, eu tenho que fazer meu serviço ele pega e olha! Fica brincando com ela! Faz ela dormir pra mim, ele é um ótimo pai! (Judite).

É bem diferente porque tudo sobra pra gente eles nada, porque a filha chora eles dão pra gente, ela fica doente é a gente que leva no médico, é tudo a gente, o pai só paga a conta eu acho que é só isso. (como está a relação dele com ela) Ele é apegado demais a ela e ela a ele. (ele é apegado mais não cuida) Cuida, se eu precisar cuida, eu não sou de deixar ela sozinha com os outros... Porque ele não é um bom parceiro, ele é um bom pai, mas não é o marido que eu queria. (como você queria que fosse) O único defeito que ele tem é que ele bebe. Igual, eu te falei da minha mãe, é um trauma que eu tenho. Aí ele fica bêbado e muda completamente a personalidade dele, se bebesse e ficasse de boa, mas bebe e muda trata mal os outros. (todo dia) Começa na quinta e termina no domingo, fica três dias só sem bebe, segunda, terça e quarta (Rute).

Esses relatos mostram a noção de que o cuidado com o filho é responsabilidade materna e, que, portanto, o papel do pai é secundário nesta relação, parecendo “natural” o fato das mulheres assumirem o ônus e a sobrecarga pelo cuidado com a criança, com o ambiente doméstico e somados a isso as preocupações com as questões econômicas e práticas do cotidiano, possivelmente uma associação de que a paternidade é predominantemente biológica, logo atribuindo à mãe a incumbência social com os filhos.

Conforme Vieira (2002) à medida que a determinação biológica ou a “natureza” feminina representa uma resposta consistente às questões sociais que envolvem a mulher, esta passa ser uma justificativa soberana da qual se originam as ideias sobre a maternidade e divisão sexual do trabalho como fatores lógicos para a divisão social de gênero.

Esses resultados parecem trazer em si aspectos oriundos da divisão sexual do trabalho e concordam com o estudo de Hirata (2002) no qual problematiza esse assunto, ao pontuar as justificativas biológicas para as separações entre o trabalho

masculino e o feminino, ou seja, supostamente a "natureza" de homens e mulheres seria responsável por este panorama, no qual o homem configura como o provedor da família, portanto afeito ao trabalho de produção, já a mulher, apta ao trabalho de reprodução, separando o masculino do feminino e, respectivamente o público do privado.

Sendo que é justamente esta naturalização do corpo feminino, que permite o seu controle e a sua conformidade com as normas sociais que são construídas historicamente, como aborda Badinter (1985) ao estudar o processo histórico que se ocupou de sanar o problema das altas taxas de mortalidade infantil registradas na Europa do final do século XVIII, para tanto a autora descreve que houve um intensivo incentivo para que as mulheres se tornassem responsáveis por preservar a vida das crianças, portanto se tornou uma incumbência feminina.

Por meio dos nossos resultados nos parece que a perspectiva relacional da maternidade trazida pelas ciências sociais, através dos estudos de gênero, a qual foi discutida por Scavone (2004) e, que destacou a influência da construção social de gênero sobre as desigualdades sociais, justifica os motivos que mantêm as mulheres em posição desprivilegiada, perpetuando o papel social feminino aprisionado a suas "obrigações" maternas e, as expectativas da sociedade que é determinada por fatores culturais, sendo este mais um ponto de conflito que permeia a maternidade.

A autora aponta que do ponto de vista relacional é preciso compreender a maternidade e a paternidade, não de modo independente, mas uma em função da outra, tanto biológica, como socialmente, a partir da compreensão de gênero foram apresentadas as várias faces da maternidade, ou seja, algumas vezes como um símbolo do ideal de realização feminina, outras como, símbolo de poder ou da opressão das mulheres, além de inúmeras possibilidades. No entanto, em nosso estudo a opressão foi a face mais evidente.

No relacionamento com o parceiro, a partir do novo contexto da maternidade, sobressai o discurso de que o homem é menos compreensivo, então é mais fácil para a mulher ceder, seja em relação ao cuidado com o filho ou no relacionamento do casal. Alguns relatos trazem a questão de que após terem se tornados mães a disposição para o sexo e o tempo dispensado ao marido sofreu alterações quantitativas e qualitativas, porém os companheiros parecem não assimilar satisfatoriamente a nova dinâmica, assim elas se sentem "forçadas" a ter relações sexuais sem vontade

baseadas na ideia de que a preservação da união depende principalmente das suas condutas.

Não é todo dia que eu tô a fim, por causa do dia estressante, não é toda hora que eu tô a fim, não! (...) mas ele pergunta se eu quero, aí eu falo que não e ele fica com a cara emburrada, aí pra não brigar com ele eu fico com ele, não porque eu quero! (...) Usada, me sinto usada praticamente (...). Pra não perdê-lo, né? Medo dele procurar outra, sei lá! (Diná).

Eu vou tomar aquele que mostra na televisão lá, por que eu não tenho vontade, não tenho vontade! Eu assim se eu te falar eu devo ter ido umas 4, 5 vezes! Não umas 6, 7 vezes depois que eu sai do resguardo, mas assim na livre espontânea pressão (Laís).

Nesse relato, provavelmente persistem as ideias de a mulher é essencialmente mais compreensiva e dócil, por isso, tem que atender aos desejos do marido e as necessidades da família, conforme Villela & Arrilha (2003) as construções de gênero que geram o controle sobre as mulheres e instrumentalizam as relações de poder, que levam ao domínio do homem sobre a mulher se deve a desvalorização ou depreciação das características femininas, ou ainda a atribuição do que é compreendido como menos importante ao papel feminino, encaminhando para o processo de subordinação social das mulheres. Estas concepções foram construídas ao longo da história a respeito da finalidade reprodutiva do corpo feminino, o exercício da sexualidade como um cumprimento de obrigação em relação ao parceiro, pautadas nas desigualdades de gênero.

6. PLANEJAMENTO FAMILIAR

A presente categoria engloba aspectos relativos as noções e as informações que as mulheres têm sobre o planejamento familiar, como o conhecimento, uso e obtenção de métodos contraceptivos; o direito de escolher o número de filhos; o direito de receber informações e assistência de qualidade.

A Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996 sobre o planejamento familiar garante os direitos de receber orientações e planejar o número de filhos que espera ter, além de amplo acesso aos métodos contraceptivos nos serviços públicos de

saúde. Quando as entrevistadas foram questionadas sobre o significado do termo planejamento familiar, todas negaram conhecer o significado e a maioria disse que nunca tinha ouvido falar sobre o assunto.

Por isso, as categorias de análise foram formadas por alguns aspectos que compõem o planejamento familiar e que estavam implícitos nos questionamentos sobre: conhecimento, uso, obtenção e opinião sobre métodos contraceptivos; sobre as orientações recebidas após o parto em relação ao uso de métodos contraceptivos; sobre o desejo de ter filhos, relacionado ao direito de decidir não tê-los; sobre o desejo de ter mais filhos, relacionado à possibilidade de escolha entre evitar ou planejar uma próxima gravidez (ter outros filhos ou ficar somente com o primeiro).

Portanto as percepções das mulheres sobre planejamento familiar foram delineadas através do discurso em torno do tema construindo um breve panorama composto por variações que descrevem as ideias sobre planejamento familiar, as quais são apresentadas a seguir.

6.1 Conhecimento, uso, obtenção e opinião sobre métodos contraceptivos.

Sobre os métodos que conheciam ou tinham ouvido falar, os mais mencionados foram pílula ou comprimido, injeção ou vacina, preservativo masculino ou camisinha e o DIU.

Quanto à opinião sobre o melhor método as mulheres ficaram em dúvida para responder e algumas disseram “não sei”, outras achavam que era a pílula ou a injeção, uma mencionou o preservativo e, uma entrevistada mencionou a laqueadura²⁶ por considerar o método melhor do que “ficar tomando esses remédios” e por acreditar na possibilidade de “ligar” quando quisesse engravidar novamente e, por acreditar também, que a laqueadura é melhor que o DIU que na sua percepção “machuca”.

Quanto ao uso cinco mulheres não estavam usando método contraceptivo no momento pelos seguintes motivos, três estavam grávidas; uma disse que a pílula

²⁶ Com relação à laqueadura tubária, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido (Brasil, 2010).

piorava o enjoo causado pelo remédio que toma para epilepsia e, a última estava aguardando o retorno “dos 40 dias” após o parto, porém na data em que a entrevista foi realizada o bebê estava com dois meses.

As outras sete mulheres estavam usando métodos, sendo que quatro usavam injeção, obtidas na rede pública e, três usavam pílula que compravam na farmácia, nestes três casos a obtenção através do setor privado se deve a diferentes razões, a primeira o método prescrito pelo médico da unidade foi o Cerazette®, mas não estava disponível na unidade e a segunda usava Microvlar® que comprava sem receituário na farmácia porque não tinha dinheiro para comprar a pílula recomendada pelo médico durante a amamentação, por isso preferiu esperar o desmame e comprou o referido método por conta própria, provavelmente, por ser de baixo custo e, a última por não ter procurado mais o serviço depois do parto, o filho na ocasião da entrevista estava com 12 meses. Os recortes a seguir ilustram algumas situações apresentadas anteriormente.

Eu conheço é a injeção, a camisinha, o comprimido, o DIU, acho que eu me lembre só isso (...). Acho que não tem qual o melhor! Acho que qualquer falhinha assim... Qualquer um pode ter, aí qualquer um tem uma falha e vai e engravida (Abigail).

Olha eu sei que é bastante! Porque se você não quer engravidar tem bastante método! (...) Ah! a pílula, a pílula do dia seguinte que se você vai... tem o anticoncepcional que você toma de mês. (...) Ah! tem a injeção, né? E tem alguns que eles falam que você coloca, que você (...) da farmácia que você toma de um só por mês (...) Eu pra mim tem bastante! Então são esses! Olha, a minha irmã toma uma que é de 3 em 3 meses. Mas eu tenho uma outra amiga minha que toma uma de todo mês, eu não conheço! Eu não conheço qual que é, não sei qual que é! Eu acho que é a vacina. A vacina eu acho que é o melhor! Pelo que falam, né? (Betânia).

Ah, assim eu já ouvi falar de muitos, eu teria vontade de colocar o DIU, mas assim minha irmã teve rejeição, minha irmã teve que operar pra tirar o DIU, que o DIU ficou atravessado, mas eu já usei o anticoncepcional, eu já usei vários tipos de anticoncepcional, aquele que usa direto que eu não poderia deixar minha menstruação descer devido à anemia e tem aquele que você dá a pausa ou aquele diafragma também, a gente comenta, mas são muitos poucos que coloca, né? A injeção. A injeção eu nunca tinha tomado é a primeira vez que eu to tomando! Vou experimentar, mas eu tinha vontade de colocar o DIU! (Laís)

Eu tô tomando Cerazette (...) Ah eu vou continuar com comprimido, eu sempre me dei com comprimido eu vou continuar tomando. Eu tenho que comprar, eles não dão no posto. É trinta reais, tem vez que tá de 25 é nessa faixa (Abigail).

Microvlar, a camisinha e tem mais um que eu esqueci! Uns três só! (...) Eu compro! (...) Não eu mesmo decidi tomar o Microvlar e comprar por conta minha, por que às vezes aqui não tem. E, ficar correndo atrás é ruim! (Isabel).

Não, porque eu nunca tomei! Eu não tomava porque meu remédio que eu tomo pra epilepsia já é forte e ele já me dá enjojo e quando comecei a tomar anticoncepcional dava mais enjojo ainda, aí eu parei de tomar (Judite).

Através destes resultados podemos diagnosticar muitas falhas, do setor público, relativas à contracepção. No discurso das entrevistadas ficam evidentes as ideias de que a contracepção é uma prática relativa ao corpo feminino. Reafirmando o lugar da mulher como principal responsável pela contracepção e pelo planejamento familiar.

As percepções sobre alguns métodos contraceptivos mencionados, bem como, o uso e a obtenção estão associados à falta de informação que interfere no uso adequado, no acesso e nas formas de obtenção, sendo que estas convergem para a maioria das opiniões, sobre os métodos contraceptivos não oferecerem autonomia suficiente, por não serem considerados totalmente confiáveis e seguros.

Estes dados reafirmam os apontamentos do MS (BRASIL, 2010b) de que a eficácia no uso rotineiro e não consistente, relativa a cada MAC, representa no primeiro ano de uso, uma taxa de gravidez superior a cada 100 mulheres, já a eficácia em uso correto e consistente representa uma menor taxa de gravidez a cada 100 mulheres, comprovando que a diferença entre os métodos serem mais ou menos eficazes depende do modo de uso, logo o uso inadequado se deve a baixa qualidade de informações.

Vieira (2003) fez uma importante observação sobre a falta de informação, a autora destaca que apesar do conhecimento sobre métodos ser disseminado no país, este conhecimento é inconsistente, principalmente entre as mulheres de baixa renda, sendo esta a razão que leva ao uso inadequado dos métodos, aumentando os índices de falha e dando origem aos mitos sobre os contraceptivos.

De acordo com Vieira (2003), Espejo et. al. (2003) e Martins et. al. (2006) o obstáculo da informação de má qualidade permeia os vários problemas relacionados à contracepção, interferindo no uso correto, na aceitabilidade, no acesso e na obtenção, assim apoiadas nos apontamentos dos autores podemos concluir que a ausência de orientação, aconselhamento e informação de boa qualidade representa um dos principais obstáculos para as ações de planejamento familiar.

6.2 O avesso do desejo e do direito

Ao serem questionadas se pretendiam ser mães antes de engravidar, a maioria das participantes informou que pretendia ser mãe, mas somente no futuro, assim a maioria admitiu que não planejava ter filhos naquele momento. Traduzimos estes resultados em termos de gravidez desejada e planejada (escolha do casal); desejada, mas não planejada (apesar do desejo foi um evento surpresa); não desejada (evento inesperado e indesejado). Somente para efeito de demonstração, pois os resultados a seguir não são numericamente representativos, notamos que em nosso estudo, dentre as doze entrevistadas, nove mulheres desejavam ser mães; cinco planejaram a gestação; três mulheres não desejavam ter filhos e sete relatam ter ficado grávidas sem planejar, pois não pretendiam ser mães naquele momento. Assim: 9 desejavam ser mães (D); 3 não desejavam (ND); 5 planejaram a gestação (P); 7 não planejaram (NP).

Ah eu quis engravidar, né? Eu só não ele também, depois que a gente construiu a nossa casa... aí a gente planejou ela, aí teve... agora tá ótimo, tudo maravilha! É que a gente queria muito, né? Ter um filho, então. Não foi de acidente, igual muita gente que tem filho de acidente e, aí vive jogado... (Ana).

Não, eu nunca tomei! Eu não tomava porque meu remédio que eu tomo pra epilepsia já é forte e ele já me dá enjojo e quando comecei a tomar anticoncepcional dava mais enjojo ainda, aí eu parei de tomar. A gente só usava preservativo mesmo! (*quando ficou grávida*) Ah, eu fiquei surpresa, porque eu achei que nunca ia acontecer comigo! Por mais que eu queria, eu achei que sei lá, achei que nunca ia acontecer (Judite)

Nunca imaginava ser mãe, nunca imaginava! Oh! é até pecado o que eu vou falar, mas eu tinha birra de criança. Eu não gostava! Aí eu acho que Deus falou assim: Menina você não pode ser assim! Aí eu acho que Deus falou: Você vai ser mãe agora (Betânia).

Antes de engravidar eu nunca quis ser mãe entendeu, por que é uma responsabilidade muito grande, depois que eu tive filho, ser mãe é bom. (*Por que*) Por que é uma nova experiência pra mim entendeu e ela não dá trabalho (Rute)

Através destas situações trazidas pelas respondentes gostaríamos de pautar nesta discussão as consequências da gravidez não planejada e da indesejada, o que nos parece caminhar na contramão das propostas dos direitos sexuais e reprodutivos, considerados uma prioridade do governo, enquanto embasamento para a criação de políticas públicas voltadas ao planejamento familiar.

Lembramos que de qualquer forma toda gravidez que acontece sem planejamento, independente da pretensão futura da mulher de parir, traz na maioria das vezes vários transtornos tanto para a mulher e o homem, quanto para a saúde pública e também para as crianças, concordamos com Loyola (1992) que ao discutir a questão da reprodução, aponta que através dos processos reprodutivos, não são reproduzidos seres abstratos, ao contrário, são pessoas que ocupam uma posição social construída historicamente. A gravidez indesejada representa do ponto de vista da saúde pública um sério problema. De acordo com a OMS (2006), anualmente, mais de meio milhão de mulheres morrem devido a complicações na gravidez ou no parto.

E, apesar do acesso à contracepção ter melhorado no mundo, estima-se que 120 milhões de casais não consigam ter acesso aos meios contraceptivos desejados ou necessários.

Neste cenário todos os anos, ocorrem, aproximadamente, 80 milhões de gestações não desejadas, sendo 45 milhões interrompidas, sendo 19 milhões de abortos inseguros, dos quais resultam 68.000 mortes. Ceccati et. al (2010) destacaram em estudo recente com base no banco de dados da PNDS/1996 que a permanência dos fatores de risco não-modificáveis em relação ao aborto induzido demonstra a necessidade de medidas educativas e anticonceptivas priorizando os grupos mais vulneráveis que no caso do referido estudo é composto por mulheres de mais idade, não brancas, moradoras de área urbana, sem religião e com pelo menos um filho nascido-vivo.

Vieira (2003) sinaliza como um dos principais problemas relacionados à contracepção no Brasil, o conjunto de fatores que interferem o acesso a anticoncepção. A autora destaca que muitos são os obstáculos para o um acesso de qualidade, tais como, a predominância de dois métodos contraceptivos (laqueadura e pílula) e do setor privado; medicalização excessiva; o acesso tardio e desigual, sendo que estes afetam de forma contundente as mulheres de baixa renda, pelo maior risco de gravidez indesejada; o uso inadequado do método e as falhas na informação.

Conforme Heilborn et. al. (2009) o planejamento reprodutivo ainda, a despeito de todas as regulamentações que existem, é centrado, na díade materno-infantil, por

favorecer as mulheres em acompanhamento pré-natal e no pós parto, ou seja, os serviços acabam priorizando o atendimento em contracepção somente após a mulher ter iniciado a sua trajetória reprodutiva, deste modo, muitas mulheres que ainda não engravidaram ou pariram não chegam a ter a chance de usufruir do seu direito de decidir ter e não ter filhos, além disso de iniciar sua trajetória sexual sem risco de gravidez indesejada.

Souza & Tyrrell (2007) contribuem com nossa discussão ao afirmarem que vivemos situações contrastantes, visto que do ponto de vista teórico e conceitual vislumbramos um panorama que prevê uma assistência de qualidade e humanizada para as mulheres e um planejamento familiar pautado na liberdade de escolha, em contrapartida vivemos uma realidade, na qual, os indicadores de saúde e a qualidade dos serviços prestados retratam uma enorme lacuna, relativa às suas demandas e expectativas, cerceando um dos direitos humanos mais básicos que é o direito a saúde.

O direito a saúde, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, são condições essenciais à vida de toda a sociedade, assim, todas essas propostas provenientes do campo teórico e científico se apresentam como progressos, mas, ficam paralisadas ou retrocedem em seus objetivos, devido às desigualdades e iniquidades sociais que interferem na efetivação do ideal de saúde como um direito fundamental dos seres humanos.

6.3 Outro filho? Talvez

Quando perguntamos às mulheres se pretendiam ter outros filhos, a maioria delas disse que somente teriam o segundo filho caso ‘acontecesse’, esta afirmação inclui as mulheres que antes de engravidar planejavam ter mais filhos. E, nos casos em que as participantes manifestaram o desejo de ter o segundo filho, estas disseram que pretendiam adiar alguns anos.

O questionamento acerca da possibilidade de terem outros filhos foi respondido através da negação ou da intenção de adiar ao máximo a chegada do segundo bebê, porém estas respostas foram acompanhadas da preocupação das mulheres em esclarecer que tanto a recusa, como o adiamento não têm relação com

sentimentos de rejeição, ao suposto, segundo filho, mas, sim com as dificuldades encontradas em cuidar da criança.

Paralelamente, a estas respostas podemos identificar a perspectiva, de que, apesar dos métodos contraceptivos existentes a mulher está exposta a uma nova gestação, sendo a sua vontade submissa a sua condição biológica. Ainda sobre este aspecto persiste a ideia de que o planejamento reprodutivo é responsabilidade quase exclusiva da mulher, bem como a administração da casa e a educação dos filhos, sendo o parceiro um mero coadjuvante.

Os depoimentos foram marcados pela incerteza a respeito de ter outro filho e, pelo sentimento de sobrecarga devido ao cuidado com filho recém-chegado.

A dúvida ou o desconhecimento com relação ao exercício da sua autonomia e direito de escolha sobre uma nova gravidez traduz a condição de vulnerabilidade das mulheres, sobretudo daquelas de baixa renda, cujo acesso ao planejamento familiar é mais dificultado. Deste modo, as mulheres que não desejam ter um segundo filho ou mesmo aquelas que pretendem adiar, demonstram que têm a percepção que podem ficar grávidas a qualquer momento mesmo contra a sua vontade.

Pretendia, antes de ter, na gravidez eu queria ter outro, mas depois que ele nasceu eu não sei mais, acho que só quando ele tiver maior, uns quatro anos, por aí (Abigail).

Se vier outro vai ser bem vindo também! Não que eu espero ter outro agora. Mas, se vier outro vai ser muito bem vindo e eu vou cuidar (Ana).

Ah! Por enquanto não! Quem sabe daqui uns dez anos, se Deus quiser, né? Mas, agora, não! Por agora não! Mais pra frente eu quero ter! Aí eu já descansei um pouco! (Diná).

Sobre este aspecto, três das entrevistadas referiram que estavam grávidas novamente, sendo que se tratava de uma gravidez não planejada, associado a isto expressaram o sentimento de constrangimento e culpa por engravidarem precocemente e sem querer. Esta informação convergiu para uma variação do questionamento inicial, que decidimos apresentar e discutir em um sub-tópico separado (6.3.1. Mas, agora estou grávida, novamente).

6.3.1. Mas agora estou grávida novamente

Dentre as doze entrevistadas, três mulheres relataram que estavam grávidas novamente, mas que não pretendiam ter o segundo filho, ao menos naquele momento. Estas mulheres que estavam grávidas pela segunda vez, informaram que, em relação à primeira gravidez, uma mulher havia planejado, outra não havia planejado e a outra não desejava ser mãe nunca.

Quanto a segunda gravidez as três novas gestações não foram planejadas. Dentre os bebês nascidos das mulheres que estavam grávidas pela segunda vez, um estava com, 11 meses e, dois estavam, com 8 meses, quanto a idade gestacional do segundo filho, as participantes não souberam informar com certeza. Estes resultados demonstram uma piora nas questões que já discutimos, pois as mulheres além de não conseguir decidir sobre ter o primeiro filho, ainda engravidaram sem qualquer planejamento e, sem ter tido a chance de decidir se pretendiam ter outro filho, além disso, esta situação foi interpretada pelas mulheres como sua responsabilidade.

Agora eu descobri que eu tava grávida, então quer dizer eu tô grávida de novo, então a minha vida mudou totalmente! Tá muito difícil, no comecinho, agora quando eu fiquei sabendo, eu fiquei com depressão dois meses, entrei em depressão, dois meses, com ela, fazendo um ano, entrei em depressão, então mudou muito, muito, muito, muito! Ela não vai fazer nem um ano e eu já tô grávida! Grávida de novo! Entendeu? Mudou muito! Completamente! Foi muito sofrido no começo, esses dois primeiros meses eu pensei em tirar... Porque é muito difícil! Cá primeira foi difícil, imagina agora, com os dois pequenos! (Betânia).

Foi por descuido mesmo, eu me descuidei! Realmente eu me descuidei, porque eu não tive nenhuma menstruação porque ela tava no peito ainda, ela não saiu do peito, ela começou a sair agora, faz dois meses que ela saiu do peito! Então pra mim tava tudo bem! Porque eu tava amamentando! Não tem como eu engravidar agora! Eu fui muito burra, eu acho que eu não pensei na possibilidade de engravidar de novo (Betânia).

Ah eu entrei em choque, precisei sentar ali na cadeira, ali da salinha porque eu não acreditava, né? Que eu tava grávida! Mais foi burrada minha, né! Que eu não usei nada! Aí meu marido rindo lá, porque ele é louco por criança! Ele rindo e eu lá em choque, né? Sentada na cadeira! (Elisa).

(...) eu vim fazer o teste agora 28 aí deu que eu tô grávida, *(quanto tempo)* Então ela não sabe também me falar porque foi no dia 20 do mês passado

que acabou o remédio e eu não menstruei ainda, então foi isso (*o que você está achando*) Ah no momento eu assustei porque eu não queria, né? (*ter outro filho*) Agora não! Só mais pra frente (*acha que foi mal orientada*) Sim! Porque foi nesse negócio do remédio, porque olha, eu tomei os cinco meses, aí na hora de trocar que eu fiquei (...) parei porque já ia começar o outro (*quanto tempo*) fiquei três dias (...) sim porque eu vim aqui e ele falou assim: agora você tem que esperar a menstruação descer pra começar a tomar o remédio, aí eu tô na espera, vou ficar esperando 9 meses (*foi orientada a usar preservativo durante essa troca*) Não, mas eu usei, né? Mas não sei o que aconteceu, não sei se como tava tomando remédio tinha que usar o preservativo, aí eu já não sei (*não esqueceu, não teve falha*) Não, não (*usa preservativo desde do início da relação*) É desde o começo! (Lia)

6.4 A atenção, as orientações e os mitos sobre contracepção

Nesta variação estão apresentadas as experiências e as dificuldades das mulheres em relação à atenção recebida nos serviços no que se refere à contracepção. A maioria das participantes referiu que recebeu pouca ou nenhuma orientação sobre métodos contraceptivos após o parto.

Segundo algumas mulheres, após o parto, quando ainda estavam no hospital, as orientações recebidas eram direcionadas à maneira adequada de amamentar, porém a maioria das entrevistadas relatou que em relação aos métodos contraceptivos foram orientadas a procurar as unidades de saúde e a retomar a atividade sexual somente após quarenta dias.

Dentre os dados coletados encontramos um relato que não apenas expõe a falha na orientação, como mostra os problemas encontrados para marcar o retorno, ou seja, em alguns casos a mulher deixa de ser orientada porque não consegue sequer chegar ao atendimento.

O depoimento abaixo chamou nossa atenção, o fato de que o retorno referente ao 42º dia, previsto pelo M.S, havia sido agendado para a data em que a mulher completaria 100 dias após o parto. No dia em que realizamos a entrevista sua filha estava com 60 dias e até aquele momento ela não estava fazendo uso de contraceptivos e havia recebido poucas informações a respeito.

Não, ela nasceu na Santa Casa eles me deram os papéis que eu tinha que trazer tudo pro médico pra poder passar remédio, essas coisas, eles tentaram marcar no hospital essa consulta pra mim, pra poder fazer isso e, não tinha

vaga, aí eu trouxe ela, no dia que eu trouxe, no dia quatro, eu tentei marcar pra mim, também não tinha vaga, aí marcaram pra mim fazer esse retorno que seria dos 40 dias no dia 8/8, pra poder tá passando a medicação pra mim [...] no dia que eu vim trazer ela aqui, conversei com uma moça, tinha remédio, só que como o médico num tava aqui (*o nome do médico*) tinha que esperar ele vir pra poder tá vendo qual que seria a medicação que eu podia tomar [...] no dia que eu trouxe ela, a moça falou comigo meio que por cima mais falou [...] (*no retorno do 42º dia pós parto*) é ela vai tá com quase 4 meses, eu cheguei ligar até na secretaria (*SMS*) pra poder ver o que eles poderiam fazer, só que eles alegam que tem muita gente que teve nenê agora, no (*unidade de saúde*). E que não podia me encaixar pra fazer esse retorno, porque eu não fiz o papanicolau, eu não fiz nada, eu só fui, no dia que eu vim trazer ela, que ela conversou comigo assim, só! (Ester).

Este dado destoa da atenção à puérpera preconizada pelo M.S, ou seja, entre sete e dez dias após o parto foi estabelecida pelo M.S a “Primeira Semana de Saúde Integral” que visa o acolhimento da puérpera e do recém nascido de modo integral, priorizando a escuta e estimulando a mulher a fazer perguntas e questioná-la sobre aleitamento, alimentação, sono, atividades, dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre, planejamento familiar, contracepção, estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, condições sociais e condições para atendimento de necessidades básicas para então realizar a avaliação clínica- ginecológica (BRASIL, 2006).

O M.S orienta ainda que após o 42º dia do parto sejam realizadas avaliações das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, retorno da menstruação e da atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

E, apesar deste enfoque predominantemente técnico, o M.S estabelece como primeiro passo da consulta à escuta da mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas e dúvidas para em seguida realizar as avaliações clínico-ginecológica, do aleitamento e, orientar higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual (prevenção de DST/Aids), direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas), planejamento familiar e métodos contraceptivos (disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso) (BRASIL, 2006).

Sobre isto, Heilborn et. al (2009:8) alerta que “[...] a qualidade do atendimento em planejamento reprodutivo é central para a conquista dos direitos sociais das mulheres, ao favorecer a autonomia sexual e reprodutiva”.

Entretanto, os resultados revelaram que nenhuma das participantes recebeu a atenção estabelecida pelo M.S. De acordo com as mulheres, elas consideram que não foram orientadas sobre métodos ou foram orientadas insatisfatoriamente, pois as orientações que receberam sobre métodos e a sua indicação ficaram restritas a pílula ou a injeção.

Não eu não recebi orientação não, eu sei por que eu sou bióloga, né? É, até então eu não tava usando nada, por que a única coisa que o médico falou é que devido a minha anemia e eu não tá menstruando, eu não engravidaria! Até ele falou: Devido a minha cirurgia ele acha que remédio nenhum me faz efeito que é pra mim colocar o DIU. Mas o doutor falou que não, que o remédio pode ser que não faça, mas a injeção sim, faz efeito! (Laís).

Eles me indicaram uma injeção ou o comprimido, aí eu optei pelo comprimido e desde então eu tô tomando (Abigail).

Outra questão apresentada por algumas mulheres foi que elas sentem muita dificuldade em pedir aos profissionais mais informações sobre contraceptivos, principalmente ao médico. Algumas mulheres relataram constrangimento frente à figura do médico.

Eu tenho vergonha de perguntar ao médico! (...) os outros métodos, né? De anticoncepcional, de... Às vezes eu tenho uma dúvida eu tenho vergonha de perguntar a ele, aí ele pergunta se eu tenho dúvida, eu falo que não, mais fica a dúvida, sabe? (Ana).

Estes resultados podem ser aclarados a partir das considerações de Faria (1989), o autor aponta que a partir dos anos de 1960 e 1970 a iniciativa de reestruturação do sistema nacional de saúde permitiu o avanço da cultura médica sobre parcelas crescentes da população brasileira expondo à ação médica, questões pertencentes a vida privada. Para Faria (1989) o processo de medicalização da sociedade brasileira legitimou a interferência médica em processos biológicos e avalizou a sua eficácia, fazendo com isso que a figura médica ocupasse o lugar paternal, marital e religioso (poderes masculinos vigentes).

A questão da figura masculina como uma representação de poder, superioridade ou dominação são questões que podem ser compreendidas ou fundamentadas à luz das relações de gênero, um conceito descrito por Scoot (1990)

que nos esclarece que as relações de poder, sejam de domínio ou submissão, são constituídas a partir das percepções das pessoas sobre as diferenças entre os sexos.

Essas percepções em relação a figura masculina ou de poder podem explicar o sentimento de constrangimento que algumas mulheres revelam diante da figura do médico.

De acordo com algumas falas pareceu que a prescrição de método é feita sem considerar a disponibilidade e a capacidade financeira das usuárias, como no depoimento abaixo que a entrevistada deixou de usar o método prescrito para o período de amamentação por não ter dinheiro para comprá-lo.

Fui! O médico passou um remédio, só que eu num tinha o dinheiro pra comprar, né? Porque no começo já tava, tava muito apertado, aí eu, ela com 08 meses parou de mama, durante um mês, eu usei o preservativo, aí depois de dois meses ela parou de mamar e eu comecei a tomar o Microvlar e até hoje eu tomo! (Isabel).

Neste caso, desconhecemos o motivo, ou seja, se o médico prescreveu uma “minipílula” que não era oferecida pela rede pública ou se estava em falta na unidade. De qualquer modo é necessária uma escuta atenta sobre as necessidades reais das mulheres.

Os apontamentos de Heilborn et. al. (2009) contribuem para a compreensão destes achados, as autoras reconhecem que existem dificuldades significativas para um atendimento totalmente satisfatório das necessidades das usuárias, no que se refere ao planejamento reprodutivo, como a “[...] oferta contínua de todos os métodos, melhor captação e encaminhamento de usuárias pelos serviços de saúde, capacitação de profissionais para o trabalho educativo etc [...]”, no entanto apontam que se o serviço estiver bem estruturado “[...] as usuárias que dele participam relatam efeitos positivos - maior segurança, conhecimento e liberdade para vivenciarem a sexualidade sem ocorrência de gestações imprevistas [...]”.

Heilborn et. al. (2009) apontam, ainda que o acesso da mulher aos direitos sexuais e reprodutivos é com frequência cerceada por constrangimentos institucionais “[...] horários de atendimento, disponibilidade de métodos, lentidão nos resultados de exames, burocracia etc.[...]”, obstáculos reais para o exercício da cidadania das mulheres usuárias do SUS.

Os dados também apontaram para um atendimento que nos pareceu, ainda priorizar a criança. Como no exemplo a seguir a participante, ao falar sobre as orientações recebidas e, a forma como foi atendida, respondeu que estava satisfeita apenas como mãe, mas não como mulher.

Se for uma mulher gestante, com criança, até é, mas uma mulher que não tem filho, nem nada, acho que é bem difícil! No meu caso como mãe, até agora tá sendo muito satisfatório [...] Porque o meu filho, ele tem só um rim, aí ele tá [...] Por isso que eu tive ele no HC, até agora ele tá fazendo uma consulta todo mês, exame, ultrassom, até agora tá indo muito bem. [...] Pra mim? Eu não fiz nada depois que eu tive nenê, eu não fiz o papa, eu não fiz exame, eu não fiz nada! [...] Não até tinha um retorno pra mim fazer depois que eu tivesse, mas aí com a correria eu acabei esquecendo, aí não remarquei, outra vez. Vou marcar assim, pra eu fazer o papa, de novo, tem que fazer uma vez por ano. Importante, importantíssimo. Até porque quando eu fiz o meu, o último papa eu não tava grávida (Abigail).

A despeito das orientações recebidas ou não nos serviços, as mulheres apresentaram ideias sobre a amamentação ser um período capaz de protegê-las de uma nova gravidez, apesar desta ideia, provavelmente fazer referência ao LAM que consiste na oferta de amamentação exclusiva que somada a amenorreia tem potencial para diminuir a fertilidade, mas que perde a eficiência quando a mulher volta a menstruar e o aleitamento deixa de ser exclusivo ou o que acontecer primeiro, porém, não houve menção sobre o mesmo, demonstrando que embora tenham a noção de que a amamentação possa influenciar na fertilidade temporariamente, não estavam suficientemente informadas sobre o uso deste método.

Outro exemplo da desinformação em relação aos MAC foi trazido por uma das mulheres que acreditava que estava exposta a um maior risco de engravidar durante o período da amamentação em função dos hormônios que circularam no corpo durante a gestação.

Como a mulher fica muito tempo, né? Fica tipo 09 meses, né? Muito hormônio, então tá arriscado ela engravidar quando tá amamentando eu sempre tô usando preservativo, agora vou trocar o remédio tenho que usar preservativo também, continuar usando pra não engravidar! (Ana).

Apesar dos relatos demonstrarem que persistem muitas dúvidas sobre contracepção, paralelamente surge a questão de que o atendimento voltado a mulher

no puerpério, se restringe a consulta de revisão do parto e prescrição de método, sendo que a atenção mais intensa é voltada ao recém nascido.

Esses resultados nos remetem a problemas e falhas em relação à atenção a saúde reprodutiva e ao planejamento familiar. Os estudos de Osis (1998), Formiga-Filho (1999), Mandu (2002) e de Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006), assinalam que o PAISM foi baseado nos princípios da integralidade e da equidade e, com isso reverteu à lógica da assistência a saúde da mulher, vigente até a década de 1980.

Além disso, conforme os autores o PAISM incluiu o Planejamento entre suas ações e, que, posteriormente, se tornou um direito garantido em lei, portanto, assumiu o dever de promover o acesso à informação e disponibilizar aos casais métodos contraceptivos seguros e adequados a cada situação e também, a cada fase do ciclo reprodutivo da mulher.

Entretanto os dados descritos acima mostram que frente a tantos debates sobre o assunto, o Planejamento Familiar, analisado através dos nossos resultados demonstrou ser, ainda, insuficiente em relação as necessidades das usuárias entrevistadas. Infelizmente nos casos que analisamos, as falhas ocorrem mais por informações insuficientes do que pela oferta de métodos contraceptivos, fato que nos parece ser um agravante, visto que as mulheres estão sendo cerceadas de seus direitos não pela falta de recursos materiais, mas sim humanos.

A maioria das entrevistadas demonstrou não ter recebido orientações sobre o uso de contraceptivos, tanto antes da gravidez como após o parto. Do total de mulheres entrevistadas, sete haviam engravidado sem querer, ou seja a maioria teve uma gestação não desejada, uma constatação de que ainda existe uma enorme lacuna entre a realidade, a prática e o ideal de prevenção e de cuidado integral a saúde da mulher.

Assim, o planejamento familiar no Brasil parece caminhar na contramão das propostas apresentadas na CIPD no Cairo e na IV Conferência mundial sobre a Mulher, sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Esta afirmação pode ser ilustrada pelos dados apresentados pela OMS (2006)²⁷, os quais estimam que todos os anos 500.000 mulheres morram em decorrência de complicações ligadas a gravidez e ao parto; 120 milhões de casais sejam excluídos do direito de ter acesso aos meios contraceptivos; 80 milhões de

²⁷ Texto Baseado em notícia produzida pelo Centro de Notícias da ONU - 2/11/2006

gestações ocorram sem ser planejadas; 45 milhões de gestações não desejadas sejam interrompidas e que, 19 milhões de abortos inseguros sejam realizados, estes associados a 68 000 mortes.

Sobre este panorama a subdiretora geral da OMS Dra. Joy Phumaphi afirma que “estes dados estatísticos evocam um terrível catálogo de dramas humanos”. E, acrescentou que “em vez de fazermos progressos, dir-se-ia que retrocedemos desde que o conceito de saúde reprodutiva foi introduzido no Cairo, em 1994. Este problema é cada vez menos considerado prioritário pela comunidade internacional e os governos parecem relutantes em enfrentar esta grande ameaça à saúde e ao bem-estar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Falar de crise é promovê-la, e calar-se sobre ela é exaltar o conformismo. Em vez disso, trabalhemos duro. Acabemos de uma vez com a única crise ameaçadora, que é a tragédia de não querer lutar para superá-la.

Albert Einstein.

Este estudo buscou compreender como mulheres usuárias do SUS que tiveram o primeiro filho estavam vivenciando a sexualidade durante os doze meses iniciais após o parto.

Para responder a este questionamento foi necessário um grande esforço, visto a complexidade dos fatores que envolvem a sexualidade e a maternidade, pois ambas representam constructos permeados por valores que são distintos no imaginário social.

A sexualidade de um lado representa algo que transcende à razão humana e, que se mantém soberana em um patamar tangível para poucos; de outro lado, a maternidade submissa a vontade e a necessidade da sociedade, um receptáculo sacralizado.

Inicialmente, apontamos que a sexualidade, frequentemente é enxergada a partir de um olhar reducionista que privilegia as dimensões genital e fisiológica, nesta perspectiva prevalece a ideia de que o exercício da sexualidade é simplesmente o sinônimo de ato sexual entre duas pessoas.

Esta forma de enxergar a sexualidade ignora vários fenômenos envolvidos em sua constituição, que estão relacionados a um universo simbólico que é definido pelas particularidades dos indivíduos e seu tempo, bem como pelos repertórios psicológico, social e cultural, o que faz com que seja vivenciada diferentemente pelas pessoas de acordo com o meio sociocultural, a idade e o gênero.

Assim, as mulheres que se tornam mães pela primeira vez precisam se reorganizar em meio a contextos reais, delineados por desigualdades que não as atingem da mesma maneira, mas de um modo ou outro as afetam.

É no período após o parto, que coincide com o exercício da maternidade, que as mudanças da dinâmica sexual ficam mais evidentes, o processo de readaptação física e, sobretudo de reorganização dos vínculos sociais, parentais e emocionais se sobressaem nessa fase.

Com o intuito de compreender as percepções das mulheres sobre a sexualidade, elas foram indagadas sobre qual opinião tinham sobre o tema. De modo geral as mulheres não se sentiram confortáveis em falar abertamente sobre o assunto e demonstraram bastante constrangimento.

Acreditamos que a sexualidade por ser um objeto construído sob intensa medicalização foi abordada pelas mulheres em termos biológicos, o tema foi reduzido ao ato sexual, vinculado às noções de saúde e de bem estar, assim a sexualidade é interpretada e vivenciada através dos direcionamentos do modelo biomédico.

Ao voltar nosso olhar para as concepções sobre a maternidade, vimos que estas foram construídas a partir da capacidade do corpo feminino de gestar, parir e nutrir, logo em função da sua estrutura biológica. Essas características estão encerradas na perspectiva social e, estas noções determinaram a trajetória social do corpo feminino e o lugar da mulher na sociedade.

Ao indagarmos as mulheres acerca da maternidade, a disponibilidade em falar sobre o assunto aumentou drasticamente se compararmos aos aspectos que envolviam diretamente a vivência da sexualidade.

As impressões das mulheres sobre a maternidade são permeadas tanto pelo modelo ideológico presente em nossa sociedade, como pelas desigualdades entre homens e mulheres, que coloca a mulher em uma posição inferior ou secundária e o homem em um patamar de superioridade e dominação, questões estas produzidas pelas relações de gênero.

A categoria analítica que emergiu a partir da intersecção de sexo e maternidade traduziu mudanças centradas na dinâmica da relação sexual após o parto, como diminuição na frequência, falta de vontade, cansaço, indisposição para o sexo, estes fatores foram atribuídos à necessidade de dar a maior atenção ao bebê.

A retomada da atividade sexual após a maternidade evidenciou que as percepções sobre a qualidade do ato sexual remetem a alterações de ordem física, tais como, dor, diminuição da lubrificação vaginal, da libido, etc.

As mulheres qualificaram o exercício da sexualidade apenas em função da condição orgânica, pois atribuem somente ao próprio corpo as alterações do relacionamento sexual percebidas após o nascimento do primeiro filho (a).

Isto coincide com a ênfase que a sexologia contemporânea dá as “disfunções sexuais” e ao entendimento da relação sexual estritamente genital.

As concepções sobre a dimensão física ou biológica do sexo e, acerca da “natureza” do corpo da mulher relativa às características reprodutivas estão presentes no imaginário social e é reiterada através do discurso e da prática médica.

Na maioria dos casos os parceiros não são compreensivos em relação às dificuldades enfrentadas pelas mulheres que são pressionadas a aceitar o ato sexual.

Este é um conflito real que precisa ser gerenciado, mas é necessário insistir em uma abordagem profissional mais atenta e abrangente para que as queixas das mulheres em relação a sua sexualidade de modo geral e, sobretudo após a maternidade sejam devidamente encaminhadas.

O incentivo do MS para o desenvolvimento de ações integralizadas, apesar do seu enfoque técnico centrado no cuidado e no acolhimento materno infantil, também prioriza a escuta profissional e a necessidade de estimular a mulher a expor suas dúvidas.

Deparamo-nos com um cenário discrepante entre as recomendações do MS e a prática dos profissionais envolvidos no atendimento das mulheres. Por esta razão recomendamos uma atenção mais cuidadosa com os problemas que atingem a vida das mulheres.

Esse cuidado pode ser prestado em qualquer momento que a mulher estiver no serviço, através de abordagens que permitam a aproximação com a equipe da unidade de saúde e que derrubem as barreiras que impedem que as mulheres exponham suas necessidades.

Nossos resultados demonstraram também que tais compreensões contribuem para a manutenção do modelo hegemônico masculino, pois mesmo quando as mulheres manifestam a insatisfação perante a sobrecarga de tarefas com a chegada do filho ou da filha e com a ausência de responsabilização por partes de seus parceiros, elas buscam imediatamente isentá-los de responsabilidades, sob as justificativas de que “homem é mesmo assim”, “eles são assim mesmo”.

Do mesmo modo em relação ao relacionamento sexual, a satisfação/prazer do companheiro, a contracepção e ao planejamento familiar, as mulheres demonstraram que se sentem protagonistas deste enredo, sobrando aos pais e parceiros o papel de coadjuvantes.

Entretanto, o maior conjunto de dados se concentrou nas categorias analíticas relativas ao planejamento familiar. Quando perguntamos às mulheres se elas sabiam ou já tinham ouvido falar sobre o assunto, nenhuma delas soube responder.

Apesar disso reunimos muitas informações que partiram da abordagem sobre o conhecimento, o uso, a obtenção e a opinião sobre métodos contraceptivos; sobre as orientações recebidas após o parto em relação ao uso de métodos contraceptivos; sobre o desejo de ter filhos, relacionado ao direito de decidir não tê-los; sobre o desejo de ter mais filhos, relacionado à possibilidade de escolha entre evitar ou planejar uma próxima gravidez.

Embora tais assuntos estejam ligados à vivência da sexualidade, as mulheres não se sentiram censuradas para falar a respeito, provavelmente isto se deve ao fato de que tratar destes temas como o planejamento familiar e a contracepção, resguardadas no âmbito da saúde e pelo saber médico seja algo legítimo e não impróprio como falar da atividade sexual.

Os depoimentos das mulheres em torno do tema produziu um panorama composto por variações que descrevem as ideias sobre planejamento familiar e contracepção.

Os métodos contraceptivos reversíveis mais conhecidos foram a pílula, a injeção, o preservativo masculino e o DIU.

Quanto à opinião sobre o melhor método as mulheres demonstraram bastante insegurança para responder e dividiram as opiniões entre “não sei”, pílula, injeção e, apenas uma mencionou o preservativo masculino. A laqueadura foi apontada como o melhor método por uma das respondentes, por considerá-lo mais conveniente do que a pílula e menos “perigoso” que o DIU, isto relacionado à ideia que o dispositivo intrauterino causa ferimentos e, finalmente por acreditar que se trata de um método reversível, ou seja, caso quisesse engravidar novamente era só “ligar”.

Quanto ao uso cinco mulheres não estavam usando qualquer um dos métodos citados no momento, destas, três estavam grávidas novamente; uma havia interrompido o uso da pílula referindo que esta acentuava os sintomas de enjoo causado pelo medicamento para epilepsia e, a última apesar de ter transcorrido sessenta dias após o parto, ainda estava aguardando atendimento referindo que teve dificuldades para agendar o retorno “dos 40 dias”.

As demais estavam fazendo uso de injeção, obtida na rede pública, já aquelas que usavam pílula, a obtenção era a partir do setor privado, tanto porque o método prescrito pelo médico não estava disponível na unidade, como por não ter procurado mais o serviço depois do parto.

Estes resultados apontam falhas do setor público relativas à contracepção. Primeiramente, as práticas contraceptivas incidem de forma preponderante sobre o corpo feminino, isto reafirma a ideia de que a mulher, ainda é a principal responsável pela contracepção e pelo planejamento familiar.

Além disso, as percepções sobre alguns métodos contraceptivos mencionados, bem como, o uso e a obtenção demonstraram que estão associadas tanto a falta de informação, como a um conhecimento inconsistente.

Estas são contingências que convergem para a dificuldade de escolha, para o uso incorreto dos métodos e para o aumento nos índices de falha, gerando equívocos sobre os contraceptivos, tais como, o DIU pode machucar e a laqueadura se trata de um método reversível.

Questões, estas descritas e discutidas neste estudo por vários autores, assim amparados por esses apontamentos podemos concluir que a ausência ou a insuficiência de orientação, aconselhamento e informação de boa qualidade representam os principais obstáculos para as ações de planejamento familiar, sendo que este quadro se acentua em relação aos menores níveis de escolaridade e de renda.

Ao serem questionadas sobre o desejo de ser mães, a maioria disse que não planejava ter filhos naquele momento. Dentre as doze entrevistadas, nove mulheres desejavam ser mães e três não pensavam nesta possibilidade ou não pretendiam ter filhos. Entretanto, todas se tornaram mães, das quais, cinco haviam planejado e sete referiram engravidado sem querer.

Traduzimos gravidez planejada, quando há a escolha do casal; não planejada, quando a gravidez ocorre de forma inesperada; e indesejada, quando a gravidez não era um projeto de vida.

De qualquer forma toda gravidez implica em mudanças na vida da mulher, mas, sobretudo, as que acontecem sem planejamento, independente da pretensão futura da mulher em parir. Na maioria das vezes, em função das desigualdades sociais, permeadas pelas relações de gênero, as consequências afetam principalmente as mulheres, mas também traz transtornos para o casal, para o homem, para as crianças, além de representar um sério problema para a saúde pública.

De acordo com a OMS (2006), anualmente, mais de meio milhão de mulheres morrem devido a complicações na gravidez ou no parto.

Fica a impressão que estamos caminhando na contramão das propostas dos direitos sexuais e reprodutivos, considerados uma prioridade do governo, enquanto embasamento para a criação de políticas públicas voltadas ao planejamento familiar.

Muitas questões estão imbricadas nesta dinâmica como o desequilíbrio nas relações de gênero, a qualidade do acesso ao planejamento familiar, a forma como se apropriam das informações recebidas, a qualidade do atendimento pré e pós-natal, etc. A forma como a mulher percebe a maternidade e o exercício da sexualidade, de fato interfere nas escolhas e no cuidado com a saúde e na procura da assistência.

Todavia a sobrecarga que incide nos ombros das mulheres é um fardo social, mas que todos os atores sociais atribuíram como encargo feminino, esta é uma realidade internalizada por todos e que precisa continuar a ser evidenciada para que ocorram mudanças ao longo do tempo. Isto somente é possível atualizando os modelos das discussões, das propostas e das políticas já existentes e as que vierem a ser criadas.

A moralização do corpo feminino impede que toda atenção, orientação ou ajuda necessárias seja realizada, pelo entendimento de que a legitimação da mulher somente é possível através do encargo e do papel social de ser mãe. Analogamente, é como se o corpo feminino necessitasse ser punido para se eximir da culpa de ser um corpo feminino.

Os companheiros sobrecarregam as mulheres, os filhos sobrecarregam as mães, os serviços de saúde produzem discursos sobre as mulheres, criam instrumentos que prometem um melhor atendimento, as convocam para participar ativamente de programas e políticas que finalmente as enxergaram, não como um ser pela metade, incompleto, mas como seres humanos que têm direitos e que merecem respeito, no entanto praticamente as deixaram abandonadas, quase solitárias, mas persistentes, o corpo feminino passivo e passível.

Normas sociais fazem as mulheres gritarem e serem ouvidas, enquanto faz outras se calarem, pois escolheram o silêncio e, assim sem que percebam, elas aceitam e reproduzem seu “destino social” ou aquilo que a sociedade espera que seja seu destino.

REFERÊNCIAS

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (CCEB) Critério de Classificação Econômica Brasil - em vigor a partir de 01/02/2012- Com base no (LSE) Levantamento Sócio Econômico 2010. Disponível em: <http://www.abep.org>.

ALVARENGA, A.T.; SCHOR, N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Saúde e Sociedade*, v. 7, n. 1, p. 87-110, 1998.

ALVES, J.D. et. al. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: “o choque de civilizações” versus progressos civilizatórios. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, p. 21-47, 2004.

AQUINO, E.M.L. et al. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. S198-S199, 2003.

ARIÈS, P. História social da criança e da família (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde Sexual and reproductive rights: challenges for health policies. *Cad. Saúde Pública*, 19 (Sup 2): S465-S469, 2003.

BADINTER, E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Press Universitaires de France, 1977.

BEMFAM, Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde -1996. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996, 1997.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1): 68-80, 2005.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. Educação & Realidade. Porto Alegre, v. 2, n.20, p. 133-184, jul./dez., 1995.

BOWLING, A. Research methods in health: Investigating health and health service. Philadelphia: Open University Press, 1997.

BRASIL., MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pre-natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Uma Prioridade do Governo. Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1 – Brasília – DF: DAPE, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Relatório. Brasília - 2008. Home page: <http://www.saude.gov.br/pnds2006>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRUSCHINI, C. Trabalho Feminino trajetória de um tema perspectivas para o futuro. Estudos feministas, 2(1): 17-32, 1994.

CAETANO, A.J; ALVES, J.E.D; Corrêa, S. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil / Caetano, André Junqueira; Alves, José Eustáquio Diniz e Corrêa, Sônia (Org.) – Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004.

CECATTI, J.G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.

CHAUÍ, M. Repressão sexual: Essa nova (des) conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1991.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação. Universidade do Minho. Braga – Portugal, 2003, 16(2), pp. 221-236.

CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: Rosaldo, M. Z. & Lamphere, L. (Org.), A mulher, a cultura, a sociedade (pp. 65-94). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: SEXO & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Elza Berquó (org.) Unicamp, 2003. p.29.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.M.; ALVES, J.E.D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores. In: Cavenaghi, Suzana (Org.). Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, pp. 27-62.

CORREIA, Maria de Jesus. Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, v. 16, n. 3, p. 365-371, 1998.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, S. H.; MARTINS, I. R.; PINTO, C. S.; FREITAS, S. R. S. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1989, vol.5, n.2, pp. 187-206.

ESPEJO, X. et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 5, pp. 583-90, 2003.

FARIA, V. Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Consequências Não Antecipadas e Efeitos Perversos, *Ciências Sociais Hoje*, pp. 62-103, 1989.

FAÚNDES, A; MELLO, M.B.; OSIS, M.J.D.; MAKUCH, M.Y. Avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde – estudo de casos. Relatório Técnico. Campinas: Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, 2004.

FERREIRA, AB de H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Editora Positivo, 2004.

FLICK, U. Entrevista episódica, In: BAUER, M.W & GAKELL, G. (Orgs). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes. PP.114-26, 2002.

FORMIGA-FILHO, José FN; GALVÃO, L.; DÍAZ, J. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*, 1999.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado, 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GAGNON, J. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Trad. Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GALVÃO, L.. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil; a. Saúde em Debate, n. 125, p. 165-79, 1999.

GIAMI, A. Saúde sexual : a medicalização da sexualidade e do bem-estar. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 18(1):263-77, 2007.

GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 190-200, 1991

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 1997.

GONÇALVES, M. A. S. Sentir, pensar, agir. Corporeidade e educação. Campinas, SP: Papirus, 1994.

GUALDA, D.M.R. et. al. O corpo e a saúde da mulher. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(Esp 2):1320-5.

HAWKES, G. A sociology and Sexuality.- Chapter 1 – The specialness of sex: p. 5-16, Bakingham/Philadelphia: Open University Press, 1999. (Trad. Elisabeth Meloni Vieira).

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

HEILBORN, M.L; BRANDÃO, E.R. Ciências sociais e sexualidade. In: Heilborn, Maria Luiza (org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999; p. 7-17.

HEILBORN, M.L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. Supl. 2, p. S269-S78, 2009.

HIRATA, H. Divisão sexual do trabalho: o estado das artes. Nova divisão sexual do trabalho: Um olhar voltado para a empresa e a sociedade, 2002.

HOTIMSKY, S.N; ALVARENGA, AT de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica. Estudos Feministas, v. 10, n. 2, p. 1-81, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. Brasília: Datasus, 2010.

KRUEGER, R. A. Focus Groups: a practical guide for applied research. USA: Sage Publications, 1994.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. - Fundamentos de metodologia científica. 4.ed., São Paulo, Atlas, 2001. 288p.

LOYOLA, M.A. Sexualidade e reprodução. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva Vol. 2(1), 1992.

_____ A antropologia da sexualidade no Brasil. Physis, 10 (1): 143-67. Jun., 2000.

_____ Sexualidade e medicina: a revolução do século XX Sexuality and medicine: the 20th-century sexual revolution. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 4, p. 875-899, 2003.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. - Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, E.P.U., 1986. 99p.

MANDU, E.N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 10(3), jun. 2002.

MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. Rev. Esc. Enferm. USP. 38(4):422-8, 2004.

MARTINS, I. R.; COSTA, S. H.; FREITAS, S. R. da S.; PINTO, C. S. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. Cad. Saúde Pública [online]. 1991, vol.7, n.2, pp. 251-66.

MARTINS, L.B.M et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Rev. Saúde Pública, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide. London: Falmer Press, 1994.

MINAYO, MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

_____. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 19 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.418, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2005. Lei do acompanhante.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html

MOURA, E.R.F., SILVA, R.M., GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(4):961-970, Abr, 2007.

OSIS, M.J.D. et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saúde Pública*, v. 30, n. 5, p. 444-51, 1996.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Publ*, v. 14, n. Supl 1, p. 25-32, 1998.

OSIS, M.J.D., FAÚNDES, A., MAKUCH, M.Y., MELLO, M.B., SOUSA, M.H., ARAÚJO, M.J.O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11): 2481-2490, Nov, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

PETCHESKY, R..P.; PARKER, R.; BARBOSA, R.M. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional; Sex rights: a new concept in international politics practical. 1999.

RAGO, M. E se Nietzsche tivesse razão? A categoria de gênero no pós-estruturalismo. In: *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. (Org.) Lucila Scavone. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

_____ Os feminismos no Brasil: dos “anos de chumbo” à era global. *Revista Estudos Feministas*, v. 3, 2003.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M.C. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro. 2003.

SAFFIOTI, H.I.B. Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*, 12: 157-63, 1999.

SALIM, N.R.; ARAÚJO, N.M.; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 18(4): Jul-Ag, 2010.

SANTOS, M. A. dos; VIEIRA, E.M. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. Interface comun. saúde educ, v. 12, n. 26, p. 589-601, 2008.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Revista Estudos Feministas, 12(2):35-50, 2004.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo diálogo com as ciências sociais. Cad. Pagu, Campinas, n. 16, 2001.

_____. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, nº 16, vol.2, Porto Alegre, Jul-Dez, 1990.

SERRUYA, S.J. Mulheres esterilizadas: submissão e desejo. Belém: UFPA – NAEA/UEPA, 1996.

_____. A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SILVERMAN, D. Qualitative research: theory, method and practice. London: Sage, 1997.

SOUZA, K.V.de; TYRRELL, M.A..R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. Texto Contexto Enferm, v. 16, n. 1, p. 47-54, 2007.

SPINK, M.J.P. A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. Saúde e sociedade, v. 1, n. 2, p. 125-139, 1992.

_____. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TIEFER, L. The medicalization of sexuality: Conceptual, normative, and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 7 (1): 252-82, 1996.

TOURINHO, J.G. A Mãe Perfeita: Idealização e Realidade - Algumas Reflexões Sobre a Maternidade. UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006

TRIVIÑOS, A. N. S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p. TURATO, E. R. – Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis, Vozes, 2003, 685p.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó, E. (org). *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. 1ª edição. Campinas: UNICAMP, 2003, pp 151-196.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: Historicizando conceitos e práticas. In: Villela, W.ilza & Monteiro, Simone (Orgs). *Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão*. 2005. Rio de Janeiro: ABRASCO / UNFPA.

VILLELA, W.V.; ARRILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó, E. (org). *Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. 1ª edição. Campinas: UNICAMP, 2003, pp 95-150.

ANEXOS

Anexo A

Roteiro de Entrevista (PROBE)

1. Como é ser mãe?
2. Como está a sua vida após o nascimento do seu filho (a)?
3. Como está o relacionamento com o seu parceiro após o parto?
4. Você voltou a ter relações sexuais com seu parceiro com quanto tempo após o parto? Comente como foi e se sentiu alguma diferença.
5. Você foi orientada sobre a atividade sexual durante o período pós parto? Por quem?
6. Após o parto você foi orientada sobre métodos anticoncepcionais? Por quem?
7. Você pretende ter outro filho (a)?
8. Antes de você engravidar do seu primeiro filho você queria ser mãe?
9. O que mais te marcou durante o seu período de gestação? Fale sobre a sua gravidez?
10. Você sabe o que é planejamento familiar? Já ouviu falar desse assunto?
11. Você sabe o que é método contraceptivo? E qual o melhor na sua opinião?
12. Você usa método contraceptivo? Qual? Quem a orientou?
13. Onde você consegue o método? Comente se é fácil ou difícil conseguir.

Anexo B

Roteiro de Entrevista.

Data __/__/__ Entrevista Nº. _____ Início ____ Término ____

I – Identificação

Nome/Idade _____

Escolaridade _____

Profissão _____

Estado civil (tempo) _____

Cônjuge (nome/idade/escolaridade/profissão) _____

Tipo de imóvel (valor) _____

Descrição dos moradores (parentesco e idade) _____

Renda familiar _____

II – Percepção acerca da sexualidade.

- a. Para você o que é sexualidade?
- b. Qual a importância da atividade sexual em sua vida?
- c. Para você qual a importância da atividade sexual no relacionamento?
- d. Fale sobre o relacionamento com o seu parceiro antes e durante a gravidez.
- e. Quanto tempo após o parto você voltou a ter relações sexuais?
- f. Você percebeu alguma mudança na relação sexual após o parto?

III – Percepção acerca da maternidade.

- a. O que significa ser mãe e qual é o papel da mãe na família?
- b. Como está a sua vida após o nascimento do seu filho (a)?
- c. Antes de você engravidar do seu primeiro filho você queria ser mãe?
- d. Fale sobre a sua gravidez?

IV – Conhecimento sobre métodos contraceptivos e percepção das necessidades de saúde após o parto.

- a. Após o parto você foi orientada sobre métodos para evitar filhos?
- b. Você pretende ter outro filho (a)?
- c. Você já ouviu falar sobre planejamento familiar?
- d. Você sabe quantos métodos para evitar a gravidez existem e qual o melhor em sua opinião?
- e. Você está usando algum método para evitar a gravidez no momento?
- f. Onde você consegue o método?
- g. Na sua opinião quais são as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres que se tornaram mães pela primeira vez?

Anexo C

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 666/12 – GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 16 de fevereiro de 2012.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de autorização de Projeto de Pesquisa intitulado “A sexualidade após a maternidade: a experiência de um grupo de mulheres”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto, porém, o início das entrevistas só deverá ser realizado após a aprovação desse Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicitamos que após a conclusão dos trabalhos, os resultados sejam repassados à Coordenadoria do Programa de Saúde da Mulher desta Secretaria.

Cordialmente,

SÍLVIA CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA,
PROFª DRA. ELISABETH MELONI VIEIRA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

Anexo D

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP

PROJETO DE PESQUISA

Título: A sexualidade após a maternidade: a experiência de um grupo de mulheres

Pesquisador: Marilaine Balestrim Andrade

Versão: 4

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

CAAE: 00866312.0.0000.5440

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 20639

Data da Relatoria: 04/06/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo, envolvendo mulheres primíparas, no primeiro ano pós-parto, seguidas em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Compreender como as mulheres, mães pela primeira vez, percebem as mudanças e identificam as suas necessidades em relação ao exercício da sexualidade durante o primeiro ano do período pós-parto.

Específicos:

1. Analisar quais são as perspectivas das participantes acerca da maternidade e da sexualidade;
2. Compreender como a sexualidade é vivenciada em função dos significados atribuídos a maternidade;
3. Refletir sobre o conhecimento e a importância atribuída aos diferentes métodos contraceptivos;
4. Refletir sobre a influência das orientações profissionais, dentre outras, nas escolhas ligadas a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como justificativa da pesquisa é apresentado que a saúde sexual e reprodutiva é de extrema importância para as relações interpessoais e para a manutenção de vínculos familiares, sendo que para atingir a saúde sexual e reprodutiva é necessário respeitar e exercitar os direitos sexuais e reprodutivos. A pesquisa, bem como seus riscos e benefícios estão bem justificados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida com mulheres primíparas, com baixa renda, durante o primeiro ano após a maternidade, independente do tipo de parto. Esse grupo de mulheres será selecionado nas seguintes unidades de saúde: USF Ribeirão Verde, UBS Maria das Graças, UBS Vila Abranches e NSF II, no Município de Ribeirão Preto, São Paulo. Previsão de inclusão de 15 sujeitos de pesquisa. No estudo serão abordadas questões relacionadas à sexualidade feminina, após o nascimento do primeiro filho. A coleta de dados será realizada através de entrevista individual, semi-estruturada, tendo como instrumento roteiro com perguntas pré-formuladas que estimularão o discorrer do assunto. Essas perguntas abordam dados do sujeito de pesquisa (idade, estado civil, tempo de estado civil); informações sócio-econômicas (escolaridade, profissão, renda familiar e tipo de moradia) e; perguntas relacionadas à sexualidade, maternidade e métodos contraceptivos. A entrevista será gravada e transcrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativo, que utilizará como instrumento de pesquisa entrevista individual, semi-estruturada. A pesquisa está justificada e o projeto é relevante. A Folha de Rosto está adequadamente preenchida. A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto é apresentada como Instituição co-participante, sob a responsabilidade do Dr. Stênio José Correia Miranda. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está redigido em linguagem clara e acessível, contendo a ponderação de riscos e benefícios na participação do estudo.

Recomendações:

A pesquisadora atendeu às pendências elencadas no Parecer anterior. Procedeu as adequações no protocolo de pesquisa - caracterização demográfica das mulheres: primíparas acima de 18 anos sem limite de idade pré-determinada, desde que estejam em idade reprodutiva, período que de acordo com o Ministério da Saúde (2004) termina por volta de 49 anos, ou seja, na fase anterior a menopausa, sem

restrição de participação em função de cor ou raça. Esclarece ainda que não serão incluídas mulheres que tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, respeitando o conceito de vulnerabilidade da Resolução 196/96. Após as correções, foi gerado o Projeto de Pesquisa versão 3.0.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução 196/96 do CNS e suas complementares, meu parecer é que o presente projeto de pesquisa deve ser enquadrado na categoria APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre versão 3.0.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Maio de 2012

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA

Anexo E

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Av. Bandeirantes 3900 - 2º andar – 14049-900
(16) 36022433/ 36022538 Fax (16) 36021386

Prezado Dr. Guilherme Gonçalves Conceição
Gerente responsável pela UBS “Herbert de Souza – Betinho” Complexo Ribeirão Verde

Venho por meio desta apresentar-lhe a mestrandia Marilaine Balestrim Andrade que desenvolve sob minha orientação o projeto de pesquisa intitulado **“A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS”**. Este estudo está direcionado a mulheres primíparas até doze meses após o parto e usuárias da rede pública de saúde de Ribeirão Preto – SP. Com a finalidade de cumprir os objetivos deste estudo será necessário realizar entrevistas individuais com as participantes selecionadas. Para tanto apreciaria, sobremaneira poder contar com sua colaboração e apoio em relação à entrada no campo de pesquisa e acesso as usuárias, a fim de realizar as entrevistas. A sua colaboração é de fundamental importância para tornar possível a presente pesquisa. Agradeço e aproveito para apresentar as mais sinceras manifestações de estima e respeito.

Ribeirão Preto, 27 de Abril de 2012.

Profª Drª Elisabeth Meloni Vieira

Anexo F

1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - (De acordo com Resolução nº 196/96 - item IV sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Brasília – DF)

Meu nome é Marilaine Balestrim Andrade, sou psicóloga e aluna de mestrado do Programa Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sob a orientação da Profª Drª Elisabeth Meloni Vieira estou realizando uma pesquisa intitulada “A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS” que tem como objetivo compreender como as mulheres que se tornaram mães pela primeira vez percebem as mudanças e identificam as suas necessidades em relação à vida sexual durante o primeiro ano após o parto. Por isso, gostaria de convidá-la a fazer parte deste estudo, se estiver de acordo você irá colaborar participando de uma entrevista individual contendo os seguintes assuntos: sexualidade, maternidade e contracepção, em relação a estes tópicos perguntarei sobre suas experiências após o parto ligadas à atividade sexual, à sua rotina como mãe e as influências sobre sua saúde. Solicitarei ainda outras informações descritas a seguir: idade, estado civil, escolaridade, profissão, tipo de moradia e renda familiar. Informo também que será necessário realizar a sua classificação econômica para tanto será aplicado o Critério de Classificação Econômica Brasil, que é um sistema de pontuação referente aos itens que você possui em sua residência e ao grau de instrução do chefe da família, o qual tem a função de estimar o poder de compra das pessoas. A entrevista será realizada em local seguro e reservado na Unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP em que você está sendo acompanhada e será necessária a utilização de um gravador de voz com a finalidade de registrar integralmente seu relato. Durante a entrevista, se sentir necessidade, você poderá se recusar a responder a alguma pergunta ou ainda se preferir poderá interromper a entrevista a qualquer momento, sem a necessidade de explicar os motivos, como também poderá desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa sem quaisquer prejuízos ou penalizações, somente deverá comunicar a sua decisão a um dos responsáveis por esta pesquisa. As informações obtidas, através da entrevista, serão utilizadas para fins científicos, como fonte de análise, após o uso serão devidamente arquivadas e os resultados serão publicados. Em todas as fases desta pesquisa será mantido o compromisso com o sigilo e o anonimato, preservando a sua identidade e ou de quaisquer pessoas citadas durante seu relato.

A sua participação nesta pesquisa é absolutamente voluntária e, portanto não gerará qualquer benefício material ou financeiro. No entanto para a realização desta entrevista é necessário que você esteja de acordo e assine este documento demonstrando que você aceita participar voluntariamente e que foi suficientemente esclarecida sobre os objetivos deste estudo. Importante lembrar que durante toda a pesquisa estarei à disposição para maiores esclarecimentos sobre este estudo. Este termo será assinado em duas vias pela entrevistada e pelas responsáveis por esta pesquisa e é seu direito manter uma cópia deste consentimento de participação.

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG no _____, declaro estar devidamente informada sobre a natureza da minha participação na pesquisa intitulada “A sexualidade após a maternidade: a experiência de mulheres usuárias do SUS”, tendo sido satisfatoriamente esclarecida pela pesquisadora, aceito participar, voluntariamente, desta pesquisa. Declaro ainda que estou ciente de que os resultados serão publicados e que minha identidade e de outras pessoas por mim citadas será absolutamente preservada.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2012.

Voluntária

Marilaine Balestrim Andrade – Pesquisadora – (16) 92119677

Profª. Drª. Elisabeth Meloni Vieira – Orientadora – (16) 36022538

[Versão 3.0]