MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

LAQUEADURA E REPRESENTAÇÕES ACERCA DA SEXUALIDADE E DO PAPEL REPRODUTIVO

Tese apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública

Orientadora: Prof. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga

São Paulo
2001

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

41296/2001 doc

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Ao *Norberto*, meu companheiro de todas as horas.

À *Marília*, minha filha, minha companheirinha insubstituível.

À minha mãe, *Leila*, e à *Tia Marina*, tão queridas e sempre presentes, suprindo as minhas ausências, sempre ajudando, sempre apoiando.

Aos meus sogros, *Ana e Raimundo*, que têm sido pais para mim.

À querida *Graciana*, que para mim é uma irmã, que me fez sempre ir em frente, com seu estímulo, compreensão e ajuda.

À Dra. *Ellen Hardy* e ao *Dr. Anibal Faúndes*, pessoas amigas, importantes na minha vida profissional e pessoal, por seu apoio e exemplo.

Às *amigas* e *amigos do Cemicamp*, cada um dos quais tem sido precioso em minha vida pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Graças a *DEUS*, que me deu vida e forças para vencer mais esta etapa de minha caminhada e que nela colocou pessoas tão especiais, às quais não posso deixar de agradecer...

A *Profª. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga*, minha orientadora, por ter investido em mim com sua confiança, apoio, compreensão e amizade, possibilitando-me crescer muito.

A *Profª. Dra. Ana Cristina D'Andretta Tanaka*, pela atenção e compreensão que sempre me dispensou quando era Presidente da Comissão de Pós-Graduação; e pelo quanto pude aprender ao cursar as disciplinas ministradas por ela.

Ao *Norberto* por sua compreensão, paciência, renúncia e dedicação nas minhas ausências.

A *Marília*, por sempre ter esperado mais um pouco (às vezes, bastante) para poder ter a minha atenção, e pela disposição de até aprender o que é laqueadura, para poder partilhar comigo as longas horas de redação desta tese.

A *Graciana Alves Duarte*, pelo apoio em todo desenvolvimento do projeto de pesquisa, especialmente pela ajuda decisiva na realização das entrevistas.

A Dra. Ellen Hardy, com quem aprendi a fazer pesquisa, e cujo estímulo e apoio nunca me faltaram nesse período.

Ao *Dr. Anibal Faúndes* pelo apoio e incentivo em todas as etapas do curso de doutorado, pela paciência e dedicação em revisar os meus rascunhos, sempre contribuindo com sugestões valiosas.

A *Karla Simônia de Pádua, Nádia Maria Marchi, Silvana Ferreira Bento e Telma Rodrigues de Souza*, pelo companheirismo diário, a solidariedade, a disposição de discutir as minhas idéias acerca deste trabalho, além do auxílio precioso na leitura e codificação das entrevistas.

A *Ximena Espejo Arce*, pelo suporte, solidariedade e disposição de sempre apoiar e ajudar a procurar soluções.

A *todos os profissionais do* Cemicamp, sem exceção, pela ajuda, carinho e amizade nesses anos.

Ao *Dr. Paulo de Tarso Barbosa Duarte*, pela revisão gramatical e de estilo.

Ao *Dr. Enrique Ezcurra*, pela atenção e auxílio nos procedimentos necessários à obtenção de uma bolsa junto à Organização Mundial da Saúde, que me foi de grande valia para cursar os créditos

A Elba Barreto Carvalho, Iara A. Macedo e Leandro Firmino Cleto que me apoiaram não somente enquanto cursava as disciplinas, mas sempre que necessitei de ajuda por residir em outra cidade.

A *todas as mulheres* que aceitaram ser entrevistadas e compartilharam comigo suas representações.

A *todas as pessoas* que neste momento de emoção não foram citadas, mas que sabem que são importantes para mim.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), pelos recursos humanos e de infra-estrutura que colocou à disposição para a execução deste trabalho.

Organização Mundial da Saúde – Human Reproduction Programm, pela bolsa de estudos concedida e que me auxiliou no período em que cursei as disciplinas.

RESUMO

OSIS MJMD. **Laqueadura e representações acerca da sexualidade e do papel reprodutivo.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Analisar a percepção sobre o poder de decisão em relação ao exercício da sexualidade e papel reprodutivo entre mulheres laqueadas e usuárias de outros métodos contraceptivos que não desejam mais ter filhos. **Métodos**. Estudo qualitativo, utilizando a técnica dos depoimentos pessoais, com 12 mulheres que não desejavam mais ter filhos: seis laqueadas e seis usuárias de outros métodos. As entrevistas, realizadas a partir de roteiro temático, foram gravadas e transcritas. Procedeu-se à análise temática do conteúdo com auxílio do programa *The Ethnograph v. 5.0.* **Resultados**. As mulheres laqueadas representavam a maternidade como seu papel social mais relevante, enquanto as demais a incluíam em um projeto de vida mais amplo, em que davam especial relevância ao trabalho remunerado. As laqueadas percebiam seu corpo essencialmente como reprodutor e, para elas, o processo reprodutivo acontecia independente de qualquer intervenção sua. As outras participantes, porém, percebiam seu corpo como sendo para si mesmas e que tinham poder de decisão para adequar o processo reprodutivo ao seu projeto de vida. **Conclusões**. A opção pela laqueadura não representa o exercício de um poder de decisão sobre o corpo, a sexualidade e o papel reprodutivo, tal como percebidos por mulheres esterilizadas. Antes, ela se impõe pelas circunstâncias vividas, já que essas mulheres não se percebem como capazes de alterarem o curso da vida reprodutiva. Aponta-se a necessidade das ações educativas em saúde sexual e reprodutiva incorporarem a abordagem de gênero, para permitirem às mulheres a reflexão acerca de sua identidade e de seu projeto de vida, viabilizando escolhas, de fato, livres e informadas quanto à regulação da fecundidade.

Descritores: anticoncepção, laqueadura, papéis reprodutivos, sexualidade, identidade de gênero, relações de gênero.

SUMMARY

OSIS MJMD. Tubal ligation and representations on sexuality and the reproductive role. São Paulo; 2001. [Doctoral Thesis – Faculty of Public Health, University of São Paulo].

Objective. To analyze the perception on decision making related to sexuality practice and reproductive role of sterilized women and users of other contraceptive methods who do not want any more children. **Methods**. Qualitative study, using a technique of personal testimonies, with 12 women who did not want any more children: six sterilized and six users of other methods. The interviews, carried out following a guideline, were recorded and transcribed. Thematic content analysis was carried out with the aid of The Ethnograph v. 5.0. **Results**. Sterilized women represented maternity as their most relevant social role, while the other subjects included it in a wider life project, in which paid work was given special relevance. Sterilized women perceived their body as essentially reproductive and, for them, the reproductive process took place without their intervention. The other subjects, however, perceived their body as their own and felt that the decision to adequate the reproductive process to their life project was theirs. **Conclusions**. The option of sterilization does not represent decision making practice over the body, sexuality and reproductive role, as perceived by sterilized women. Instead, it is imposed by life circumstances, as these women do not see themselves as capable of altering the course of their own reproductive life. This study points out the need for educational activities in sexual and reproductive health that incorporates a gender perspective. This will allow women to reflect about their gender identity and their life project, allowing fertility regulation choices to be, truly, free and informed.

Descriptors: contraception, tubal ligation, reproductive roles, sexuality, gender identity, gender relationships.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 A queda da fecundidade e políticas públicas de saúde no Brasil 2

. As especificidades do caso brasileiro 2

. As políticas públicas e a anticoncepção no Brasil 5

1.2 A anticoncepção no Brasil hoje: a relevância da laqueadura 8

. Prevalência 8

. Distorções e situação legal 9

. Implicações da laqueadura na vida das mulheres: estudos clínicos e a perspectiva das próprias mulheres 11

. Laqueadura e trajetória de vida 17

1.3 Mulheres e reprodução: definição de papéis sociais 22

. Abordagem do feminismo radical 23

. Abordagem de gênero e identidade 27

1.4 Sexualidade e reprodução 33

. Sobre as naturezas biopsicossocial e política da sexualidade 33

. Papéis reprodutivos, sexualidade e representações sociais 38

2. HIPÓTESE 42

3. OBJETIVOS 44

3.1 Geral 45

3.2 Específicos 45

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 46

4.1 Desenho do estudo 47
4.2 Tamanho da amostra 47
4.3 Seleção das participantes 48
4.4 Coleta de dados 49
4.5 Processamento e análise dos dados 52
4.6 Aspectos éticos 55

5. CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS 57

6. ACERCA DO CONTEÚDO DAS FALAS 68

6.1 Papéis de homens e mulheres 69
. Atribuições e divisão de tarefas 69
. Maternidade e paternidade 71

6.2 Trajetórias de vida e reprodução 75

6.3 Anticoncepção e esterilização cirúrgica 82
. Métodos reversíveis 82
. Esterilização cirúrgica 88

6.4 Relações de gênero 94
. Tomada de decisões no cotidiano 94
. Decisões reprodutivas 97
. Trabalho da mulher 99

6.5 Sexualidade 103

6.6 Bem-estar na vida das mulheres 112

7. DO DITO AO NÃO DITO: DESVELANDO AS FALAS DAS MULHERES ESTERILIZADAS E NÃO ESTERILIZADAS 115

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 135

9. REFERÊNCIAS 140

10. ANEXOS 157

Anexo 1 - Roteiro temático A1

Anexo 2 - Formulário: dados sócio-demográficos A6

Anexo 3 - Livro de codificação no The Ethnograph A9

Anexo 4 - Exemplo de entrevista codificada A12

Anexo 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido A38

1. INTRODUÇÃO

A esterilização cirúrgica feminina é atualmente a forma de contracepção mais utilizada pelas mulheres brasileiras. O rápido crescimento de sua prevalência, as distorções a ela associadas e a sua popularidade têm levado a um intenso debate acerca das razões da existência deste fenômeno e de suas conseqüências, tanto no âmbito populacional, quanto na vida das mulheres esterilizadas.

1.1 A queda da fecundidade e políticas públicas de saúde no Brasil

. ***As especificidades do caso brasileiro***

No Brasil, a partir dos anos 60 do Século XX, começou-se a observar um rápido declínio da fecundidade. FARIA (1989), analisando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referiu que, em 1960, a taxa de fecundidade total (TFT) no País era de 6,28 filhos por mulher, passando a 5,76 em 1970, 4,35 em 1980 e 3,07 no período 1984/86. Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (2001) apontaram que, em 1993, a TFT era de 2,8 filhos por mulher, chegou a 2,3 em 1996 e alcançou 2,2 em 1999. Essa redução da TFT contribuiu certamente para a queda na taxa de crescimento populacional do Brasil, que era de 2,8% ao ano na década de 60 (MARTINE 1996) e que, segundo os resultados preliminares do Censo 2000, atingiu 1,6% nos anos 90 (IBGE 2001).

Para o Estado de São Paulo, MORELL e CAMPANÁRIO (1996) apontaram que a TFT nos anos 60 era de 4,7 filhos por mulher, caindo para 4,2 em 1970 e chegando a 3,4 em 1980. Os dados da Fundação SEADE (2001) indicam que essa taxa era de 2,4 filhos por mulher em 1993 e que se teria estabilizado em 2,3 no período 1996-1999.

Esse fenômeno tem suscitado amplo debate, na busca de elementos que permitam explicá-lo. Segundo MARTINE (1996), as condições usualmente relacionadas à queda da fecundidade não estavam presentes na sociedade brasileira no decurso desse processo de diminuição: o Brasil nunca teve um programa oficial e geral, público ou privado, de planejamento familiar, nem o governo brasileiro adotou em qualquer momento esforços de controle populacional; não houve mudanças bruscas ou catastróficas no país; tampouco essa queda da fecundidade poderia ser atribuída a um crescimento econômico sustentado, pois, embora tenha-se iniciado na época do chamado "milagre econômico", ela prosseguiu sem retrocessos nos períodos de grave crise.

Com respeito à não existência de programas oficiais de planejamento familiar e à não adoção de uma política de controle populacional, entretanto, é necessário ponderar que isso não significou a inexistência de discussões e de ações concretas visando à redução da fecundidade. Ao contrário, desde o final dos anos 60, apesar da inoperância oficial do Estado brasileiro nessa área, desenvolveu-se no País um intenso debate, inclusive no Congresso Nacional, acerca da necessidade ou não de uma política demográfica e de medidas para o controle da natalidade (FONSECA SOBRINHO 1993; ROCHA 1993, 1999; OSIS 1994; ALVARENGA e SCHOR 1998).

Paralelamente, o não posicionamento oficial quanto à questão também permitiu que muitas ações fossem executadas e contribuíssem, de fato, para a queda da fecundidade das mulheres brasileiras. Especialmente, não se pode deixar de mencionar a atuação de entidades privadas de planejamento familiar, entre as quais

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
USP - SÃO PAULO

se destacou a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), fundada em 1965 e cuja atuação envolveu, inclusive, convênios com órgãos governamentais, até no âmbito federal, para a distribuição de métodos anticoncepcionais (FARIA 1989; ROCHA 1993; OSIS 1994; ALVARENGA e SCHOR 1998).

A atuação dessas entidades, inclusive, tem sido relacionada ao crescimento da prevalência da esterilização cirúrgica feminina como método contraceptivo no Brasil. BARROSO (1984), citando dois estudos realizados no Nordeste na década de 70, apontava que já era intensa a popularização da laqueadura entre as mulheres daquela região, enquanto BERQUÓ e ARILHA (1995) tomaram como exemplo o caso de São Paulo, em que os estudos sobre uso de métodos anticoncepcionais são mais antigos, para considerar que também aqui houve um rápido crescimento na proporção de mulheres esterilizadas, a partir dos anos 70. Segundo as autoras, esse fato ganhou maior visibilidade a partir dos anos 80, quando trabalhos de demógrafos e de grupos feministas, além de alguns órgãos governamentais que entendiam a necessidade de defender os direitos das mulheres na área da saúde, começaram a chamar a atenção para a relação entre laqueadura e queda da fecundidade. No início dos anos 90 chegou-se mesmo a falar em "esterilização em massa" das mulheres brasileiras, suscitando até a instauração de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) em diferentes níveis, para apurar possíveis abusos (SEMPREVIVA 1994). Entre essas Comissões, estava uma CPI mista, constituída de membros da Câmara dos Deputados e do Senado, instalada em 1992 (ROCHA 1999).

Apesar de se reconhecer que o aumento da prevalência de laqueadura não pode deixar de estar relacionado à queda da fecundidade, não é possível apontar uma causa única, que dê conta da complexidade e magnitude desse fenômeno. Ele deve ser visto de forma mais abrangente, como resultado da interação de um conjunto

complexo de transformações na esfera econômica, social e institucional (FARIA 1989; MARTINE 1996; PERPÉTUO e AGUIRRE 1999). Nesse sentido, o crescimento da utilização da esterilização cirúrgica feminina como método contraceptivo, bem como um estimado aumento do número de abortos provocados/clandestinos, devem ser vistos no contexto do processo de rápida urbanização, iniciado já na década de 50. Esse processo teria também funcionado como um catalisador para alguns outros fatores, entre os quais estavam significativas mudanças institucionais nas áreas da saúde e da previdência social, implementadas durante o regime militar, as quais estimularam a preferência por uma baixa fecundidade. Além disso, os meios de comunicação de massa atuaram de forma importante para inculcar novos modelos de família na sociedade brasileira (FARIA 1989; MARTINE 1996). Embora essa interpretação para a queda da fecundidade no Brasil possa ser questionada, por centrar-se na teoria da urbanização, ela oferece a oportunidade de discutir as relações entre políticas públicas e a maneira como a anticoncepção tem sido tratada no contexto da saúde pública em nosso País.

. ***As políticas públicas e a anticoncepção no Brasil***

Um dos aspectos relevantes a ser considerado nessa questão da queda da fecundidade é, inegavelmente, o fato de que o governo brasileiro nunca adotou oficialmente qualquer política de controle do crescimento populacional. Não há dúvidas de que, desde os anos 60, havia pressões no sentido de uma intervenção controlista, à semelhança do que foi apregoado e muitas vezes efetivado em outras partes do mundo, principalmente em função das investidas dos países mais desenvolvidos

nessa área. Ao mesmo tempo, porém, o movimento de mulheres, no final dos anos 70 e início dos 80, pressionou o governo no sentido de que a atenção à saúde da mulher fosse integral e não centrada na regulação da fecundidade, de sorte que, no auge dessas pressões, o governo brasileiro acabou investindo no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 (OSIS 1994, 1998).

O PAISM representou a adoção de novo enfoque em relação à saúde da mulher. As ações voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber, e não mais como fins em si mesmas. Nesse sentido, o PAISM foi pioneiro, mesmo no cenário mundial (RAVINDRAN 1995), ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

A expressão "saúde reprodutiva" tornou-se conhecida internacionalmente apenas no final dos anos 80 (BARZELATTO e HEMPEL 1990), mas a proposta original do PAISM contempla plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (ALCALÁ 1995). Sendo assim, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS 1998).

É fato que a implantação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu. Os dados disponíveis em trabalhos como os de PINOTTI et al. (1990), OSIS et al. (1990, 1993), HARDY et al. (1991b, 1993) e COSTA (1992) apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o

que traduz a falta de compromisso político para com a implantação do Programa. Apesar disso, as concepções em que o Programa se sustenta sobreviveram ao tempo e à negligência em sua implantação, e continuam a ser defendidas por distintos atores sociais envolvidos nos debates sobre a saúde das mulheres (COSTA 1992; CORREA 1993; OSIS 1998), sendo certo, inclusive, que a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, criada em 1991 como resultado de uma articulação do movimento de mulheres do Brasil, tem, como um dos eixos que orientam o seu trabalho, a retomada do PAISM como referência para a otimização dos serviços de saúde reprodutiva (BERQUÓ 1998a).

Uma das ênfases do PAISM em relação às atividades de planejamento familiar é a de que os serviços de saúde devem atuar no sentido de que as mulheres façam escolhas livres e informadas de métodos contraceptivos. Para tal, são requisitos fundamentais que elas recebam informação a respeito e tenham acesso a uma ampla gama de métodos. Esse princípio acha-se incorporado à Constituição Federal de 1988 e foi aplicado à redação do projeto de lei 209/91 (Câmara dos Deputados) e 114/91 (Senado Federal). Esse projeto tramitou longamente na Câmara e no Senado, provocando intensas polêmicas e controvérsias, até ser aprovado e constituir-se na Lei sobre Planejamento Familiar (Lei 9.263), que entrou em vigor parcialmente em 12 de janeiro de 1996 e, completamente, em agosto de 1997 (ROCHA 1999). Essa lei estabelece com clareza o dever do Estado de prover e o direito dos cidadãos a terem acesso aos meios de regulação da fecundidade.

Sabe-se, porém, que esta não tem sido a realidade vivenciada pelas mulheres brasileiras, mesmo em áreas em que o PAISM chegou a ser implantado, como em grande parte do Estado de São Paulo (COSTA 1992; HARDY et al. 1991b, 1993; OSIS et al. 1990, 1993; PINOTTI et al. 1990). Uma avaliação realizada em

diferentes áreas do território nacional (WHO 1994) ressaltou que a disponibilidade e o acesso das mulheres aos diferentes métodos anticoncepcionais era bastante reduzida, apesar de existir uma grande demanda. As características da prevalência de métodos contraceptivos testemunham a situação acima descrita.

1. 2 Anticoncepção no Brasil hoje: a relevância da laqueadura

. ***Prevalência***

A laqueadura tubária e a pílula anticoncepcional são atualmente os métodos contraceptivos mais usados no Brasil: 40,1% das mulheres, com idade entre 15 e 49 anos e que vivem em união, estão laqueadas e 20,7% usam pílula. Todos os outros métodos apresentam prevalência abaixo de 5% (BEMFAM/MACRO INTL. 1997).

A alta prevalência de laqueadura chama a atenção por várias razões, entre as quais o fato de que seu crescimento foi bastante rápido, o que se percebe ao comparar a prevalência atual de cerca de 40% (BEMFAM/MACRO INTL. 1997) com a verificada em 1986, que era de 27% (ARRUDA et al. 1987). Tomando-se como exemplo específico o caso do Município de São Paulo, verifica-se que em 1965 havia 6,9% de esterilizadas entre as mulheres unidas de 15 a 49 anos de idade (BERQUÓ e OYA 1977), elevando-se essa proporção a 16% em 1978 (BERQUÓ 1989), a 26,4% em 1988 (OSIS et al. 1991) e 32% em 1991 (HARDY et al. 1991a).

. *Distorções e situação legal*

Esse rápido crescimento da prevalência da esterilização cirúrgica feminina tem-se caracterizado por um conjunto de distorções, intensamente debatido nos últimos anos: a sua realização precocemente na vida das mulheres, ou seja, quando elas ainda são bastante jovens e têm poucos filhos; a associação entre a realização da laqueadura e as altas taxas de partos cirúrgicos; e o pagamento extra pela esterilização, cuja realização freqüentemente tem sido dissimulada com outro procedimento cirúrgico (OSIS et al. 1991; HARDY et al. 1993; BERQUÓ 1994; BEMFAM/MACRO INTL. 1997; CHACHAM, 2001).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 (BEMFAM/MACRO 1997) apontou que 57,1% das mulheres laqueadas haviam passado pela cirurgia antes de completarem 30 anos de idade, sendo a mediana de 28,9 anos. Cerca de metade (49,8%) das que foram esterilizadas tinham no máximo dois filhos vivos na ocasião. No Estado de São Paulo, uma pesquisa desenvolvida em quatro cidades do Interior, em 1984, constatou que metade das mulheres esterilizadas tinha feito a cirurgia antes dos 30 anos de idade, freqüentemente após o segundo ou terceiro filho (CEBRAP/NEPO 1986). Em 1988, na área metropolitana de São Paulo e no Interior do Estado, HARDY et al. (1993) encontraram, respectivamente, 44,5% e 53,5% de mulheres operadas antes dos 30 anos de idade. Essa mesma pesquisa apontou que, entre as mulheres da amostra estudada, que tinham dois filhos vivos por ocasião da entrevista, 19,8% na área metropolitana e 37% no Interior já estavam esterilizadas.

No Município de São Paulo, em 1992, em uma amostra de 1.026 mulheres, cerca de um quinto estava laqueada e metade dessas fizera a cirurgia antes dos 30 anos de idade (BERQUÓ 1994). A mesma tendência foi verificada em Campinas, no Interior, em 1995. Entre 3.365 mulheres que usavam algum método anticoncepcional por ocasião da entrevista, 30,6% estavam laqueadas; entre essas, 65,3% tinham até 30 anos quando foram operadas e 60,8% referiram ter até dois filhos vivos por ocasião da laqueadura (VIANNA et al. 1997).

A associação cesariana-laqueadura também se evidencia a partir dos dados de diversos estudos. Em 1988, na área metropolitana e no Interior do Estado de São Paulo, apurou-se que quase três quartos das laqueaduras haviam acontecido por ocasião de uma cesárea (OSIS et al. 1991), o que se repetiu em 1991 (HARDY et al. 1991a). A Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, realizada no Município de São Paulo em 1992, apontou que 80% das mulheres que estavam laqueadas tinham tido o último parto por via cirúrgica, comparadas com 32,9% das não esterilizadas (BERQUÓ 1993). Em Campinas, CECATTI e FAÚNDES (1996), estudando uma coorte de 3.886 mulheres que tiveram o primeiro parto em 1985, apontaram que, depois de 10 anos, 34,8% das mulheres cujo primeiro parto fora cirúrgico estavam laqueadas, em comparação com 18,7% das que tinham tido um primeiro parto por via vaginal. Para o Brasil como um todo, a PNDS de 1996 apontou que 58,8% das laqueaduras foram feitas durante uma cesárea. Essa porcentagem subiu a 72 e 74% nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente (BEMFAM/MACRO INTL. 1997).

A necessidade de pagamento extra pela laqueadura, além do fato de que os seguros de saúde pagam pelo parto ou até mesmo pela própria esterilização, tem sido apontada pela maior parte das mulheres laqueadas, apesar da cirurgia ser realizada principalmente nos serviços públicos de saúde (OSIS et al. 1991; HARDY et al. 1993; VIEIRA 1994; BEMFAM/MACRO INTL. 1997). Essa cobrança, bem como a associação laqueadura-cesárea, podem ser atribuídas à situação legal pouco definida da esterilização em nosso meio, até recentemente. Até que fossem aprovados os parágrafos referentes à esterilização cirúrgica da Lei sobre Planejamento Familiar (Lei Federal 9.263), em novembro de 1997, ouvia-se falar constantemente na ilegalidade da laqueadura, sem que isso impedisse a sua realização. As mulheres continuaram a ser laqueadas, cobrando-se extra por isso, mesmo que as operações fossem realizadas em serviços públicos de saúde. É intenção da nova lei, além de regulamentar a prática da esterilização cirúrgica, também contribuir para coibir o abuso das cesarianas e desse tipo de cobrança, associados à laqueadura. Porém, existem preocupações de que isso, de fato, não ocorra, porque a demanda pela esterilização feminina é superior àquela que os serviços públicos têm condição de atender.

. ***Implicações da laqueadura na vida das mulheres: estudos clínicos e a perspectiva das próprias mulheres***

O impacto que a laqueadura produz tem sido debatido principalmente em termos populacionais, de forma que a sua alta prevalência é consistentemente apontada como sendo a principal responsável pela queda na taxa de crescimento populacional, como já discutido no item 1.1. Com respeito às conseqüências do uso desse método na vida das mulheres que se submetem a ele, a principal ênfase, até a metade dos anos 90, vinha sendo posta, por um lado, na discussão da chamada síndrome pós-

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

laqueadura, com destaque para os distúrbios menstruais (HERMANN e SOUZA 1985; POLLACK 1993), e, por outro lado, na questão do arrependimento, que se tem tornado mais visível nos serviços de saúde (PINOTTI et al. 1986; BAHAMONDES et al. 1992; BARBOSA et al. 1994; VIEIRA 1994; HARDY et al. 1996).

A expressão síndrome pós-laqueadura tem sido utilizada para designar um conjunto de sintomas, que aparecem depois da esterilização cirúrgica feminina, compreendendo: desordens menstruais, dor pélvica, mudança no comportamento sexual (diminuição da libido) e manifestações endócrinas anormais, definidas, em geral, como alterações nos níveis hormonais, provavelmente devidas à menor irrigação sangüíneas nos ovários. A hipótese mais popular acerca da etiologia desses sintomas, apresentada na maioria dos trabalhos publicados sobre o assunto, é a de que eles seriam conseqüência do dano vascular produzido na cirurgia (POLLACK 1993).

Estudos realizados em diversos países a propósito da síndrome pós-laqueadura têm apresentado resultados inconsistentes e contraditórios, dificultando conclusões definitivas sobre o assunto (POLLACK 1993). Há trabalhos que apontam diferenças significativas quanto ao aumento na prevalência de transtornos menstruais entre mulheres laqueadas (RULIN et al. 1989; WILCOX et al. 1992), enquanto outros não as encontram ou concluem que elas aparecem temporariamente após a esterilização, tendendo a desaparecer depois de cinco ou seis anos (BORDAHL 1984; DESTEFANO et al. 1985). Uma importante dificuldade para esses estudos foi a de que as populações estudadas estavam, em sua maior parte, acima dos 35 anos de idade e vários dos sintomas avaliados podem surgir também devido ao processo natural de envelhecimento das mulheres, confundindo a interpretação dos resultados

(POLLACK 1993). Mesmo em alguns trabalhos feitos com grupos de comparação, encontrou-se a recomendação de analisar os achados com cautela, dadas as limitações da avaliação quanto a diferentes aspectos dos transtornos menstruais, sobretudo daqueles que dependem da subjetividade de algumas medidas, como, por exemplo, a do aumento no volume do fluxo menstrual (WILCOX et al. 1992).

Apesar das controvérsias dos estudos clínicos, a queixa de distúrbios menstruais é uma realidade na percepção das mulheres que passam pela laqueadura. Isto foi verificado por MINELLA (1998), entre mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, utilizando uma abordagem qualitativa. O mesmo se detectou em um estudo do tipo quantitativo realizado em Campinas, Estado de São Paulo, em que se entrevistaram mulheres laqueadas e não laqueadas. Observou-se que mais de um terço das mulheres, que haviam sido esterilizadas (36%), disse ter experimentado mudanças para pior em suas menstruações, que atribuíam ao método, comparadas a 11,3% das entrevistadas do outro grupo. Essa diferença foi significativa e, quando se realizou a análise múltipla, verificou-se que a laqueadura estava diretamente associada às mulheres referirem alterações menstruais, enquanto a idade por ocasião da entrevista associou-se negativamente a essa referência (OSIS et al. 1999).

O arrependimento pós-laqueadura tem sido enfocado com mais ênfase nos últimos anos, na medida em que se tem tornado mais evidente nos próprios serviços de saúde, dada a demanda de tratamento para esterilidade por parte de mulheres laqueadas. BAHAMONDES et al. (1992), analisando os casos novos atendidos no Ambulatório de Esterilidade do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher em Campinas, apontaram que, no período 1979-1980, 2,4% correspondiam a mulheres submetidas anteriormente a laqueadura tubária; essa porcentagem subiu a 12,4% no período 1989- 1990.

Diversos estudos realizados no Estado de São Paulo têm indicado uma proporção de arrependimento entre 10 e 20% das mulheres laqueadas (HARDY et al. 1991a; BARBOSA et al. 1994; VIEIRA 1994; CECATTI e FAÚNDES 1996). Quanto aos fatores de risco para o arrependimento, detectáveis antes da cirurgia, HARDY e colaboradores (1996) apontaram a realização da operação antes dos 25 anos de idade, a informação deficiente acerca da laqueadura e o menor número de métodos anticoncepcionais conhecidos. Outros fatores, que não são passíveis de previsão antes da cirurgia, também foram evidenciados como sendo de risco: perda de filhos e troca de companheiro após a laqueadura, em concordância com estudos realizados em outros países (PHILLIBER e PHILLIBER 1985).

Além do arrependimento, enquanto conseqüência da laqueadura na vida das mulheres, tem-se evidenciado mais recentemente, sobretudo nos anos 90, a preocupação de estudar o comportamento das mulheres laqueadas frente ao seu risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), especialmente a síndrome da imuno-deficiência adquirida (AIDS). A base dessa preocupação é a hipótese de que as mulheres esterilizadas, mais do que as outras, por não se sentirem em risco de engravidar, não vêem a necessidade de usar o condom para proteger-se das referidas doenças, o que lhes traria graves conseqüências pessoais.

Um estudo realizado em São Paulo (BARBOSA e VILLELA 1995) comparou o comportamento sexual de 174 mulheres esterilizadas e de 183 não esterilizadas, tendo em vista o risco de se infectarem com o vírus HIV ou com outras DST. Os resultados indicaram que as laqueadas faziam menor uso de condom para proteger-se de DST/AIDS, embora no grupo de não laqueadas esse uso também estivesse abaixo de 10%. Além disso, apontou-se que, de forma geral, as mulheres esterilizadas

tinham mais dificuldades que as demais para negociar mudanças nas práticas sexuais, bem como não se sentiam capazes de recusar-se a manter relações com seus parceiros. Cerca de 30% das laqueadas referiram que seus parceiros passaram a ter mais ciúmes delas depois da operação, provavelmente temendo a infidelidade.

Ainda com respeito ao comportamento sexual de mulheres laqueadas, MARCOLINO (1994) observou que mulheres de Minas Gerais, recém-esterilizadas, manifestavam a expectativa de que sua vida sexual iria melhorar, uma vez que a esterilização afastaria o medo de uma gravidez não desejada. De modo semelhante, SERRUYA (1996), ao entrevistar em profundidade mulheres de Belém do Pará, também identificou uma expectativa de liberdade sexual, prévia à cirurgia, a qual, segundo as próprias entrevistadas, não se concretizou: depois de operadas, as mulheres passaram a sentir-se sob as suspeitas do companheiro e mais obrigadas ainda a "servi-lo" sexualmente, já que estava afastado o risco de uma gravidez indesejada. Entretanto, mulheres laqueadas de Campinas, Estado de São Paulo, comparativamente a um grupo de não laqueadas, referiram que sua vida sexual melhorou depois da esterilização (OSIS et al. 1999). De forma semelhante, PIROTTA (1998), estudando mulheres da região sul do Município de São Paulo, em 1992, detectou que cerca de 60% das laqueadas consideravam que não haviam tido mudanças em seu relacionamento afetivo-sexual após a esterilização, enquanto que 30% apontaram melhoras e 10%, piora. Neste último grupo, a principal razão foi a de que elas se sentiam mais "frias" ou o marido se queixava da frigidez delas.

Com respeito a outras implicações da laqueadura na vida das mulheres, além dos transtornos menstruais, do arrependimento e do comportamento sexual, não parece haver muitos estudos brasileiros. MARCOLINO (1994) referiu ter percebido na fala de suas entrevistadas a associação entre esterilização cirúrgica e o vislumbrar de

novos horizontes, como se a cirurgia fosse um passo para novas conquistas. BARBOSA e VILLELA (1995) questionaram as mulheres de sua amostra quanto a se percebiam efeitos da esterilização em suas vidas de um modo geral. Quanto à saúde, 21% das entrevistadas relataram mudanças positivas e 31%, mudanças negativas, entre as quais se situavam alterações psicológicas. O estudo realizado em Campinas (OSIS et al. 1999) comparou mulheres laqueadas e não laqueadas, entre outras coisas, quanto ao amor próprio/auto-estima/competência, bem-estar/qualidade de vida, relacionamento com o parceiro e questões de gênero e a percepção dos efeitos de seu uso em algumas áreas da vida. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos com respeito às variáveis psicossociais estudadas. Quanto à percepção de mudanças, atribuídas ao método anticoncepcional usado, as laqueadas referiram mais freqüentemente alterações menstruais e melhora da vida sexual – já descritas acima -, e também melhora da situação econômica. Não houve diferenças estatísticas entre as mulheres quanto a reportarem mudanças em sua saúde, corpo, vida afetiva, familiar, trabalho, estudos e auto-valoração.

SERRUYA (1996), por outro lado, apontou que as mulheres vêem a laqueadura como uma conquista, o alcance de um alvo extremamente desejado, razão pela qual, em um primeiro momento, um dos efeitos positivos em sua vida seria melhorar a auto-estima, a auto-valoração. Com respeito à vivência diária das necessidades contraceptivas, a realização da ligação de trompas também estaria trazendo às mulheres outro efeito positivo, de um alívio, do alcance de uma espécie de descanso, de não mais precisar preocupar-se com a questão reprodutiva, sempre tão presente no seu cotidiano.

Grupos focais realizados com mulheres esterilizadas e não esterilizadas (OSIS et al. 1997) também apontaram que a satisfação com a laqueadura, bem como o desejo de submeter-se a ela, e a menor valorização dos seus efeitos negativos relacionavam-se à percepção expressa pelas participantes de que a esterilização dá a segurança de não engravidar. A mesma perspectiva foi também observada por MINELLA (1998), em Santa Catarina, e em outro estudo, realizado em Campinas - SP (COSTA et al. 1996), com mulheres que recentemente haviam sido esterilizadas.

Os resultados desses estudos aqui relatados permitem perceber que a laqueadura traz implicações múltiplas para a vida das mulheres e que estas a vivenciam de forma diversificada e, freqüentemente, ambígua. Este é justamente um dos aspectos que este trabalho visa a desvelar na experiência de mulheres que se submeteram à esterilização cirúrgica.

. ***Laqueadura e trajetória de vida***

Ao comparar os dados estatísticos disponíveis, é possível observar que houve uma evolução no perfil das mulheres esterilizadas ao longo do tempo. BERQUÓ e OYA (1977) apontaram que em 1965, no Município de São Paulo, a laqueadura tendia a ser uma forma de anticoncepção utilizada principalmente pelas mulheres com maior escolaridade e melhor situação econômica: a prevalência da esterilização era praticamente duas vezes maior entre mulheres que possuíam instrução acima do primário, se comparadas àquelas que haviam, no máximo, completado esse grau de instrução; da mesma forma, aumentava a proporção de mulheres laqueadas segundo crescia o volume de gastos familiares, medida tomada como indicativa da renda familiar.

MORELL (1996), referindo-se a dados do Estado de São Paulo, da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 1986, observou que a proporção de esterilização decrescia com o aumento da instrução, e era maior entre as mulheres brancas e as que apresentavam maior renda familiar. Comparando com dados de 1993, constatou que os diferenciais acima referidos mantinham-se, embora atenuados. Para a área metropolitana de São Paulo e o Interior do Estado, em 1988 e 1991, encontrou-se uma maior prevalência de laqueadura entre mulheres com menor escolaridade, mas também entre as que possuíam melhores condições de moradia (FAÚNDES et al. 1998). Na grande São Paulo e no Município de São Paulo, em 1986 e 1993, verificou-se que a proporção de laqueadura tendia a aumentar e o uso da pílula decrescia entre as mulheres com maior renda familiar (MORELL, 1996).

A PNDS realizada em 1996 detectou uma queda na idade mediana com que as mulheres tinham-se laqueado. Em 1986, ela era de 31,4 anos e passou a 28,9 em 1996. Também apontou que a prevalência de laqueadura era maior entre as mulheres com até quatro anos de escolaridade, enquanto que para o uso da pílula as maiores prevalências estavam entre as mulheres de maior escolaridade. A pílula era o método mais utilizado pelas mulheres que tinham até dois filhos vivos por ocasião da pesquisa, e a laqueadura prevalecia entre as entrevistadas com três ou mais filhos (BEMFAM/MACRO 1997).

As considerações acerca desses diferenciais demográficos em relação à esterilização suscitam questões sobre quais seriam as diferenças entre mulheres esterilizadas e as demais, e se tais diferenças estariam relacionadas à decisão de esterilizar-se. HARDY et al.(1993), trabalhando com dados de pesquisa realizada em 1988 na área

metropolitana e no Interior do Estado de São Paulo, apontaram que a realização da laqueadura antes que a mulher tivesse 25 anos de idade estava diretamente relacionada a conhecer no máximo quatro métodos anticoncepcionais além da esterilização e a ter dois ou menos filhos vivos por ocasião da entrevista. Ao focalizarem os fatores associados à esterilização quando as mulheres tinham no máximo dois filhos, observaram que isso era significativamente mais freqüente entre as que haviam pago pela laqueadura, que tinham escolaridade acima do primeiro grau, que residiam no Interior do Estado e que não haviam sido laqueadas por ocasião de uma cesariana.

Na área metropolitana de São Paulo, uma pesquisa realizada em 1992 detectou que mulheres, que haviam sido esterilizadas quando tinham no máximo três filhos, eram mais jovens quando foram operadas, tinham maior renda e maior escolaridade do que as laqueadas com quatro ou mais filhos vivos. No primeiro grupo, verificou-se que as mulheres haviam tido o primeiro filho em média com 22,1 anos, enquanto que, no segundo grupo, encontraram-se 19,1 anos de idade média. As entrevistadas que tinham quatro ou mais filhos referiram com maior freqüência que as demais que haviam engravidado enquanto usavam métodos reversíveis (VIEIRA 1994).

Analisando os dados da PNDS de 1996 acerca da esterilização feminina, CHACHAM (2001) não encontrou diferenças significativas entre as proporções de mulheres esterilizadas segundo os grupos raciais, as diferentes religiões, os níveis educacionais ou a área de residência (urbana ou rural). Apontou, porém, uma relação entre idade por ocasião da laqueadura e nível de escolaridade: apenas 6,6% das mulheres com nível superior haviam feito a cirurgia com menos de 25 anos, comparadas a 22% das que tinham no máximo o primeiro grau completo.

Uma pesquisa de base populacional realizada em Campinas, Estado de São Paulo (OSIS et al. 1998), comparou um grupo de mulheres laqueadas há pelo menos cinco anos com outro grupo de não laqueadas. As mulheres entrevistadas foram emparelhadas por local de residência e idade. A maioria das entrevistadas, em ambos os grupos, tinha apenas o primeiro grau (oito anos) ou menos de escolaridade: 68,2% das laqueadas e 67,8% das não laqueadas; 68,2% das mulheres esterilizadas e 70,3% das demais residiam em Campinas há mais de 19 anos. Mais de dois terços da amostra estudada era composta de mulheres que se auto-classificaram como sendo de cor branca. Cerca de 70% das mulheres nos dois grupos disseram ser católicas, sendo que um terço pode ser classificado como sendo praticante, uma vez que referiu freqüentar a igreja pelo menos uma vez por mês.

As mulheres esterilizadas e não esterilizadas mostraram-se diferentes quanto ao estado marital, ao tempo de convivência com o marido/companheiro atual e à idade com que iniciaram a convivência com esse companheiro. Três quartos das laqueadas (75,8%) eram casadas, enquanto que essa proporção foi de cerca de três quintos (59,3%) entre as não laqueadas. Menos de 1% no primeiro grupo e de 18,2% no segundo referiram ser solteiras (OSIS et al. 1998).

A trajetória reprodutiva dessas mulheres também se diferenciou: três quartos (76,3%) das esterilizadas haviam tido três ou mais gravidezes, comparadas com 33% das demais; 16,5% desse último grupo nunca haviam engravidado. Semelhantemente, as laqueadas tinham maior número de filhos nascidos vivos e vivos por ocasião da entrevista: 68,6% tinham tido três ou mais nascidos vivos, e 65,7% tinham três ou mais filhos vivos por ocasião da entrevista, comparadas a 23,7% e 22,5%,

respectivamente, das não laqueadas. A média de filhos vivos foi de 3 no grupo das laqueadas e de 1,7 entre as não laqueadas, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$). Ao contrário do que se poderia imaginar, não se encontraram diferenças em relação ao número de abortos e de nascidos mortos (OSIS et al. 1998).

Os resultados acima apresentados permitem inferir que, efetivamente, existem distinções entre as mulheres que optam pela esterilização e as demais. Essas diferenças encontram-se na esfera socioeconômica e demográfica, pontuam trajetórias de vida distintas, e algumas dessas diferenças têm sido relacionadas a essa opção contraceptiva. Entretanto, não se pode afirmar que a consideração dessas relações permita explicar por que a esterilização cirúrgica feminina passou a constituir uma opção contraceptiva amplamente disseminada, considerada aceitável e, mais ainda, desejada por grande parte das mulheres, atualmente, no Brasil, em uma tendência que parece ser de difícil reversão.

As mulheres adquiriram e manifestam uma grande familiaridade com a laqueadura, colocando-a, mesmo, no patamar de característica cultural já estabelecida em nosso País, a ponto de falar-se em uma "cultura da esterilização", uma espécie de tradição, que passa de mãe para filha (BERQUÓ 1998b). MINELLA (1998) considera que a laqueadura passou a ser tida como parte "natural" da experiência reprodutiva, sendo vista no mesmo plano dos outros eventos do ciclo biológico, constituindo seu ponto de chegada.

Esse fenômeno parece requerer um aprofundamento na análise das motivações das mulheres para se esterilizarem. A resposta mais freqüente e óbvia, apontada por pesquisas que abordaram esse assunto (HARDY et al. 1991a; HARDY et al. 1991b; VIEIRA 1994; COSTA et al. 1996; OSIS et al. 1998), é "não queria ter mais filhos",

e suas possíveis variações, tais como "não podia ter mais filhos", "não tinha como criar mais filhos", "já tinha o número ideal/suficiente de filhos". Não há dúvida de que esse é um direito reprodutivo legítimo, e sua expressão indica que as mulheres consideram que têm o direito de controlar o número de filhos. Tal direito, porém, não precisaria ser exercido inevitavelmente através da opção pela esterilização cirúrgica (SEMPREVIVA 1994).

Segundo os estudos epidemiológicos aqui referidos, as mulheres recorrem à laqueadura porque não conhecem e/ou não têm acesso, e/ou não confiam em outras alternativas contraceptivas. Essa dificuldade alia-se ao fato de que muitas mulheres, talvez a grande maioria, iniciam sua vida sexual sem orientação apropriada, que lhes permita exercer a sexualidade inserida em um projeto de vida e, dentro deste, em um projeto reprodutivo. Nesse contexto, têm mais filhos do que desejariam, ou poderiam ter em suas circunstâncias de vida, e acabam por recorrer à esterilização como o último, ou o único, recurso para limitar a fecundidade (OSIS 1999).

1.3 Mulheres e reprodução: definição de papéis sociais

Embora seja bem grande o contingente de mulheres laqueadas e daquelas que ainda pretendem esterilizar-se, existem também outras que, mesmo não desejando ter mais filhos, não recorrem à esterilização, continuando a usar métodos reversíveis. As razões freqüentemente explicitadas por essas mulheres incluem razões religiosas, medo das possíveis conseqüências da laqueadura, inclusive do arrependimento,

percepção da cirurgia como uma mutilação do corpo, visão da anticoncepção como devendo ser, necessariamente, partilhada com o homem envolvido no relacionamento sexual, possibilidade de eleger um contraceptivo adequado a cada etapa de sua vida (SEMPREVIVA 1994).

Uma vez que a laqueadura representa o encerramento da capacidade reprodutiva feminina, apontada freqüentemente como definidora de seus papéis sociais, sua alta prevalência e a demanda por realizá-la, bem como as peculiaridades dessa situação, discutidas até aqui, suscitam questões sobre que representações as mulheres estão tendo acerca de seu papel reprodutivo e de sua sexualidade, que lhes permitem legitimar ou não a opção pela esterilização.

. ***Abordagem do feminismo radical***

Os estudos feministas têm-se debruçado intensamente sobre a questão da dominação masculina nas sociedades humanas e de sua repercussão sobre a construção das identidades femininas. Uma das correntes teóricas mais expressivas nesse campo é o feminismo radical, que se utiliza do conceito de patriarcado e explica a dominação masculina a partir das diferenças sexuais biológicas entre homens e mulheres. Nessa concepção, o poder aparece como sendo propriedade dos homens, sempre exercido sobre as mulheres e tendo como legitimação as diferenças corporais, que seriam de caráter universal e imutáveis (MEYER 1996).

Simone de BEAUVOIR (1974), autora de uma das obras feministas mais conhecidas no século XX - *"O segundo sexo"*, escrito em 1949, analisa em detalhes os fatores que são tidos historicamente como naturais e característicos das qualidades femininas. A seu ver, não é preciso invocarem-se os mistérios da natureza para explicar a passividade, a

mediocridade, a servidão, a auto-desvalorização, a ignorância e muitos outros atributos que perseguem as mulheres ao longo da história. Segundo ela, a situação das mulheres não poderia ser diferente do que é hoje, dadas as condições opressivas de vida que lhes têm sido impostas. Para essa autora, a feminilidade, ao contrário do que se quer fazer parecer, não é um conjunto de atributos naturais e específicos das mulheres, mas sim um conjunto de características que se deseja ver nelas. A totalidade de seu condicionamento econômico, social e histórico responde ao que Beauvoir chama de enigma da feminilidade.

PARKER (1991) assinala que, no modelo patriarcal, as relações entre os sexos estão baseadas em um princípio de oposição e diferenciação bem demarcadas, situando homens e mulheres em campos totalmente distintos da realidade cultural, como se fossem uma espécie de tese e antítese. Atribui-se ao homem todo o poder, incluindo o uso legítimo da força/violência, e à mulher, que deve sempre ser bela e desejável, a total submissão.

Nesse contexto, a mulher tem sido definida por sua capacidade reprodutiva, em detrimento de quaisquer outros atributos. Em relação ao homem, acentua-se a sua vocação para o trabalho, enquanto a maternidade é sempre citada como a essência de sua natureza, o fundamental do ser feminino (BEAUVOIR 1974). As mulheres são vistas como aqueles seres que têm vocação natural para a maternidade, bem como a responsabilidade social de procriar e educar as crianças. O não cumprimento dessas

tarefas significaria conseqüências, tais como sentimento de culpa e frustração (RAGO 1985). Segundo FOUCAULT (1980), nessa perspectiva, a mulher é vista como tendo responsabilidade biológica e moral para com a vida das crianças que produz e, portanto, para com a sociedade em geral, que depende da reprodução para sobreviver. Ao assumirem essa responsabilidade, seriam definidas como as mães por excelência, cuja imagem negativa são as mulheres nervosas, histéricas em potencial.

Portanto, olhadas pelo prisma do patriarcado, a identidade das mulheres estaria resumida à condição de reprodutoras da espécie, e o exercício de sua sexualidade somente admitido se atrelado à realização do papel reprodutivo, em submissão ao domínio masculino, ao seu desejo (PARKER 1991). Os comportamentos diferentes quanto à sexualidade descaracterizariam a mulher como tal, colocando-a na posição de desviante - "a mulher que não presta" (RAGO 1985).

O conceito de patriarcado tem influenciado a abordagem que se faz da reprodução em algumas disciplinas, como por exemplo, a demografia e a medicina. Em ambas, embora haja visões críticas, prevalecem enfoques que atribuem aos homens uma postura de domínio e distanciamento em relação ao processo reprodutivo, enquanto as mulheres são vistas como receptivas e passivas. Segundo FIGUEROA-PEREA (1998), isto fica evidenciado na maneira como se fala a respeito da reprodução: "o homem engravida a mulher" e "a mulher é engravidada pelo homem".

Na perspectiva patriarcal, portanto, a reprodução seria como que o destino irrevogável das mulheres, e a sexualidade, um aspecto vivenciado unicamente como meio para cumprir o papel social que lhes cabe. Assim sendo, para o feminismo radical não existiria outra maneira de superar a opressão sofrida pelas mulheres, a não ser mediante uma reconstrução radical da sexualidade feminina, o que

implicaria, entre outros aspectos, repudiar completamente a maternidade obrigatória. Porém, nos últimos anos, essa corrente de pensamento tem-se modificado e parece estar convergindo, com o feminismo liberal e também com o socialista, quanto à necessidade de abordar a condição social das mulheres de forma mais ampla e diversificada, levando em consideração uma gama de elementos ligados não só à reprodução, mas também à classe social e à etnia, entre outros (CASTELLS 1996).

Além disso, ao pensar o momento histórico atual no Brasil, bem como em grande parte do mundo, a abordagem do feminismo radical, em seus moldes tradicionais, apresenta-se limitada para dar conta da maneira como as mulheres têm-se comportado em relação ao seu papel reprodutivo e à sexualidade. A significativa queda da fecundidade, a maior e diversificada inserção da mulher no mercado de trabalho e nas universidades, as manifestações de independência sexual, cada vez mais freqüentes, e o questionamento da condição masculina, por exemplo, parecem contradizer, pelo menos em alguns segmentos da população, as expectativas produzidas pelo patriarcalismo, da tradicional e invariável submissão da mulher ao seu papel de reprodutora (VAITSMAN 1997).

Nesse contexto, o "fenômeno" da laqueadura parece ir de encontro à imagem patriarcal de mulher, na medida em que, justamente, poderia colocar a negação do papel de mãe, na medida em que implica, ao menos teoricamente, o encerramento da possibilidade de procriação. Em decorrência dessa aparente contradição, surgem interrogações sobre o significado da esterilização cirúrgica na vida das mulheres, quanto a seus papéis reprodutivos. Para respondê-las, apresenta-se a necessidade de transcender o modelo patriarcal para dar conta da complexidade do assunto.

. ***Abordagem de gênero e identidade***

Nas últimas duas décadas, tem-se procurado conceituar a reprodução como processo biológico e social. Para FIGUEROA-PEREA (1998), o comportamento reprodutivo é um processo complexo de dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais, interrelacionadas, que, de forma direta ou indireta, estão relacionadas à procriação. Ampliando essa definição, estão inseridos nesse conceito os comportamentos e fatos relativos desde o "fazer a corte" a alguém até as atitudes de um casal frente à gravidez, à participação de ambos no cuidado e criação dos filhos e às decisões referentes ao apoio econômico, educacional e emocional necessário a eles, passando pelas questões relativas ao relacionamento sexual e à união conjugal, as expectativas e ideais sobre a família e os filhos – quantos e quando tê-los – e o uso de métodos anticoncepcionais (FIGUEROA-PEREA e LIENDRO ZIGNONI, 1995).

Essa compreensão acerca da reprodução remete ao conceito de gênero, uma ferramenta teórico-metodológica incorporada aos estudos sobre a mulher, a partir do final dos anos 70, para apontar a construção e organização social da relação entre os sexos (MEYER 1996).

Na definição de Joan SCOTT (1990):

> *"O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder" (p. 14).*

Esse conceito permite visualizar as diferenças entre homens e mulheres, para além do determinismo biológico, como construções sociais, o que resulta em conceituar o feminino e o masculino como construções relacionais, que constituem um sistema simbólico concatenado, específico para cada contexto social (HEILBORN, 1995). Ao mesmo tempo, evidencia que essas construções são estabelecidas através de relações de poder nas sociedades (MEYER 1996). SCOTT (1990) tem uma perspectiva de poder próxima à de FOUCAULT (1980), como sendo a

> *"multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização"* (p. 88).

Essa conceituação de poder difere daquela adotada pelo enfoque feminista radical, na medida em que vê o poder

> *"... como efeito do confronto contínuo e permanente de poderes inerentes às relações sociais mais diversas... que se processam entre todos os indivíduos e/ou grupos nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais" (MEYER 1996, p. 45, 46).*

Isto quer dizer que não se trata de falar mais em dominação unívoca, em um só sentido, mas em

> *"... um fluxo contínuo* ***de*** *e* ***entre*** *poderes provenientes de múltiplos pontos (hierarquizados, heterogêneos e instáveis) ao mesmo tempo produtores e produzidos nessas interações" (MEYER 1996, p. 46).*

Nessa dinâmica das relações de poder é que são produzidos os diferentes saberes que, enquanto discursos, participam da construção e implementação de significados nas sociedades:

> *"Esses processos de significação são construídos pelo discurso, por meio de diferenciações explícitas e/ou implícitas que dividem, separam, incluem e excluem e, por estarem enredados numa dinâmica de poder, produzem e sancionam o que, numa determinada sociedade ou grupo, é aceito como verdade" (MEYER 1996: 47).*

Uma conclusão necessária a partir dessas considerações é, portanto, que os "significados são precários", instáveis e constantemente reconstruídos na dinâmica de poder implicada nas relações sociais. Sendo assim, o gênero, na qualidade de um discurso acerca das diferenças sexuais, forjado em relações de poder, passa por esse mesmo processo de desconstrução e reconstrução. Nas palavras de MEYER (1996), essa categoria de análise pode ser entendida como

> *".... a instância onde e por meio da qual os seres humanos aprendem a se converter em e a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais" (p. 48)*

Em face dessa definição de gênero, MEYER (1996) ressalta que as diferenças sexuais e biológicas têm-se apresentado como de grande importância nos processos de significação e organização concreta e simbólica da vida social. Nesse sentido, tais diferenças percebidas são primordiais para o estabelecimento de diferenças sociais, que passam a ser vistas como naturais pelas sociedades. Além disso, essa autora

acredita que as diferenças de gênero são, literalmente, as primeiras aplicadas ao ser humano desde o seu nascimento (atualmente, pela disponibilidade de sofisticados recursos tecnológicos disponíveis, até antes disso), permeando todas as relações sociais.

Portanto, os critérios de diferenciação de gênero, ao lado de outros como, por exemplo, a classe social, são de grande relevância para a organização da vida em sociedade, resultando em experiências sociais bem distintas para homens e mulheres. Entre tais experiências encontra-se a da reprodução. Ela, inclusive, tem sido vista como a dimensão em que se instala primordialmente a diferenciação por gênero que, por sua vez, implica relações sociais desiguais em muitas sociedades, tais como a nossa. Isto ocorre no sentido de que, em muitos sistemas culturais, as diferenças biológicas e anatômicas entre homens e mulheres, no que diz respeito à procriação, são tomadas como base para determinar os papéis sociais de cada um. Em vista desse processo, encara-se como natural que tudo o que se refere à procriação, incluindo o cuidado e criação dos filhos, seja considerado como atribuição das mulheres (HEILBORN 1995).

A partir dessa perspectiva, por muito tempo, por séculos, em nossa sociedade vêm-se tratando as questões relativas à reprodução quase que exclusivamente como assuntos femininos, relativos à "natureza das mulheres", omitindo-se a construção social das responsabilidades atribuídas a mulheres e homens na reprodução (OLIVEIRA 1976; TURNER 1984; HEILBORN 1995; BANDEIRA 1999). O tema tende a ser abordado como fato cristalizado, imutável, desprezando as indicações de que essa perspectiva se acha assentada sobre uma determinada ordem institucional, sendo, portanto, instável, mutável (HEILBORN 1995).

O enfoque de gênero, porém, por apontar o caráter de tensão permanente das relações sociais, leva ao questionamento de muitas histórias sobre reprodução, sexualidade e saúde, que têm sido consideradas como óbvias, "naturais". FIGUEROA-PEREA (1998) considera que a perspectiva de gênero implica o reconhecimento de que existem símbolos culturalmente disponíveis, que sustentam conceitos e processos normativos; considera também que existem noções políticas e institucionais, subjacentes aos processos, e que os referidos símbolos vão dando forma à identidade subjetiva dos indivíduos, razão pela qual não são fáceis de reconhecer.

Segundo SILVA (2000), a identidade dos indivíduos se estabelece em função da diferença, e vice-versa, de maneira que ambas são mutuamente determinadas, embora a diferença seja a que primeiro se estabelece. Ela não é, portanto, apenas o resultado de um processo, mas sim o próprio processo (diferenciação) pelo qual, tanto a identidade, quanto a diferença (compreendida como resultado) são produzidas. Esse processo consiste na produção de símbolos e discursos que sustentam as práticas sociais, de maneira que a identidade e a diferença se estabelecem em relações sociais, que são relações de poder.

Em vista disso, não é possível dissociar o estudo da identidade dos indivíduos do enfoque sobre as configurações sociais em que eles (elas) vivem. Na medida em que, socialmente, as pessoas igualam-se e diferenciam-se, conforme as relações estabelecidas no âmbito dos grupos em que convivem, nesse contexto é que lhes são atribuídos papéis sociais e elas assumem também distintas identidades. As determinações do ser humano decorrem do contexto histórico e social, o que significa que existe uma gama de alternativas, possibilidades e impossibilidades, que se conjugam para constituir as identidades em diferentes sociedades e épocas (CIAMPA 1992).

Nesse sentido, as relações de gênero, específicas para uma dada sociedade em uma determinada época, são elementos constitutivos da configuração da identidade de homens e mulheres. BANDEIRA (1999) argumenta que, na sociedade brasileira atual, a identidade das mulheres acha-se atrelada à maternidade, como um diferencial em relação aos homens, o que está determinado pelas relações de gênero. Entretanto, é freqüente ouvirem-se explicações acerca disso por meio do essencialismo, como se essa identidade das mulheres fosse devida unicamente às determinações biológicas (WOODWARD 2000).

CARSON (1995), porém, aponta que a identidade das mulheres é construída socialmente a partir da articulação entre maternidade, casamento/união e trabalho, como se fossem três eixos, que se combinam e re-combinam quanto a seu movimento e posição, em determinados espaços e épocas da vida de cada mulher e do meio em que ela vive. Para o autor em questão, a ordem que esses eixos ocupam na constituição da identidade das mulheres não se deve ao acaso, mas à dinâmica das relações de gênero, e a maternidade ocupa o lugar preponderante na definição da identidade, mesmo nos países em que a natalidade está abaixo da taxa de reposição populacional. Quanto ao eixo do trabalho, especialmente nas sociedades em que as mulheres têm participação relevante no mercado de trabalho, ele ocupa a segunda posição na constituição da identidade, mesmo porque o eixo casamento/união nem sempre é visto pelas mulheres como estando dissociado da maternidade. Ao contrário, segundo Valdés (1988), citada por CARSON (1995), as mulheres, com freqüência, vêem o casamento/união como um meio socialmente legitimado de chegar à maternidade, seu objetivo principal.

Tendo em mente os pressupostos aqui explicitados acerca do processo de constituição das identidades, é relevante perguntar, com respeito à análise de BANDEIRA (1999) e CARSON (1995), se essa identidade das mulheres, centrada na maternidade, é representada homogeneamente ou se assume significados e interpretações distintas para mulheres diferentes. Buscar a resposta a essa pergunta leva, necessariamente, a investigar as relações de gênero subjacentes à constituição das identidades assumidas pelas mulheres e pode ser uma ferramenta apropriada para entender o significado da opção da esterilização cirúrgica por algumas delas.

Ao se adotar a abordagem de gênero, para estudar o significado da opção pela laqueadura, não se pode deixar de considerar as relações entre reprodução e sexualidade, uma vez que esta também é uma construção histórica, que se dá em circunstâncias sociais específicas (BANDEIRA 1999).

1.4 Sexualidade e reprodução

. ***Sobre as naturezas biopsicossocial e política da sexualidade***

TURNER (1984) aponta quatro problemas, relativos à questão dos corpos individuais e das populações, que considera universais às formações sociais: a reprodução das populações no tempo, a regulação dos corpos no espaço, a repressão do corpo interior através de disciplina e a representação do exterior no espaço social. De sorte que, segundo esse autor, o clássico problema de Hobbes sobre a ordem pode ser recolocado como o problema do governo agir sobre os corpos. Essa preocupação chega a tal ponto que nenhuma sociedade deixa a questão da reprodução social livre de vínculos legais.

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Mesmo quando, na sociedade ocidental moderna, o comportamento sexual é apresentado como sendo da livre escolha do indivíduo, não raramente estão presentes regulamentações relativas ao aborto, infanticídio, filhos ilegítimos, homossexualidade e prostituição.

Desse ponto de vista, em toda sociedade existe uma demanda por disciplina corporal, entendida aqui nos termos propostos por Michel FOUCAULT (1982:126):

> *"Métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade".*

O objetivo de tal disciplina seria intervir sobre os processos da atividade corporal, mais do que sobre o resultado. Ao longo da História, é possível apontar, como um dos alvos principais dessa disciplina social, o corpo da mulher. Para TURNER (1984), o corpo feminino é, historicamente, o

> *"... foco do controle social, através do conhecimento e da autoridade, porque as mulheres produzem homens, enquanto os homens controlam as mulheres e as propriedades como mercadorias...." (p. 192)*

Tal controle realiza-se através do aparato institucional da família e do Estado, e acha-se intimamente ligado ao enfoque restritivo sobre a sexualidade feminina, fundamental para que os governos possam resolver o problema da regulação das populações no espaço. A exigência de tal controle é dada pelo fato de serem as mulheres consideradas como responsáveis diretas pela reprodução da espécie (TURNER 1984). Desta forma, tradicionalmente, o corpo da mulher é visto como tendo, primariamente, uma função

social, a reprodução. Nesses termos, o corpo não lhe "pertenceria", no sentido de poder decidir sobre o que fazer com ele, uma vez que a sua "utilidade" está dada por seu papel reprodutivo. Logo, a sexualidade desse corpo também deveria estar a serviço de seu papel social. Nesse sentido, Lagarde (1990), citada por CARSON (1995, p.217), e CALDERON (2000) apontaram que as mulheres estão presas ao seu corpo-para-outros, quer do ponto de vista procriativo, quer como elemento erótico, o que determina que elas acabem estabelecendo relações de dependência vital e de submissão.

Em conseqüência disso, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a sexualidade feminina tende a ser reprimida e disciplinada com proibições relativas ao coito e com a socialização de uma imagem de mulher que pouco se interessa por experimentações sexuais, reservando-se apenas para as relações baseadas no amor ou no compromisso. Em contraposição, estimulam-se as atividades sexuais masculinas, espera-se que os homens tenham grande curiosidade sobre o sexo e aceita-se que eles busquem livremente a satisfação dessa curiosidade na multiplicidade de experiências. Esse tratamento diferenciado da sexualidade de mulheres e homens tem sido associado aos papéis reprodutivos de cada um, e constitui-se em um dos elementos fundamentais da diferenciação por gênero (VILLELA 1999).

Nesse contexto, a reprodução sempre ocupou uma posição de relevância nos processos sociais, por estar relacionada à própria estabilidade e desenvolvimento das sociedades. Por muito tempo, a ela se associava tão somente a prática sexual procriativa. O tema da sexualidade, com seu amplo leque de significados, tendia a ser tratado como um aspecto de menor importância, que interessava a determinadas áreas do conhecimento, enquanto coadjuvante em alguns processos (CABRAL 1995).

No âmbito da medicina, no Século XIX, a psiquiatria tomou a sexualidade como seu objeto de estudo, encarando-a como potencialmente geradora de patologias, que tinham em comum o fato de não serem procriativas, como por exemplo, o sadismo, a frigidez, o homossexualismo. Quando surgiu a psicanálise, ao final do Século XIX, começou a desenvolver-se o primeiro discurso positivo acerca da sexualidade considerando-a como constitutiva da identidade humana. Entretanto, mesmo assim, não se retirou o seu sentido negativo, na medida em que mesmo a psicanálise a estabeleceu como fonte e origem de todos os problemas psíquicos. Nesse contexto, na primeira metade do Século XX, a sexualidade passou a ser vista, tanto como potencial geradora de problemas na área da saúde e da educação, quanto como passível de ser educada, pela disciplina e pelo silêncio (VILLELA, 1999).

Segundo VILLELA (1999), na segunda metade do Século XX, o discurso acerca da sexualidade alterou-se de forma significativa, em virtude das mudanças na situação de vida das mulheres, principalmente o desenvolvimento da contracepção tecnológica e dos programas de planejamento familiar, bem como pelo crescimento da participação feminina no mercado de trabalho. A disseminação da tecnologia contraceptiva mobilizou, sobretudo a partir dos anos 70, os movimentos de mulheres para a produção de contra-argumentos à idéia, até então dominante, de que a sexualidade feminina advém e depende dos papéis reprodutivos das mulheres.

À medida em que foi surgindo e consolidando-se o campo dos estudos de gênero, passou-se a enfatizar o desvelamento do caráter social da sexualidade, de sua construção histórica e da falsa naturalização de seu vínculo com a reprodução, classificado como estratégia eficiente para manter a opressão sobre as mulheres

(CARSON 1995). Em vista disso, a produção feminista desse período passou a tematizar o exercício da sexualidade como um direito das mulheres, cujo reconhecimento por elas mesmas é fundamental para a sua auto-percepção como sujeitos e seu conseqüente empoderamento (VILLELA 1999).

Nessa perspectiva ampliada, a sexualidade passou a ser vista como um dos aspectos constitutivos do ser humano como ser social. Pode ser definida como as vivências experimentadas mediante a liberação da energia sexual, a qual mantém relação com certos fatores psíquicos, biológicos, culturais, políticos, que também incidem sobre a maneira como o indivíduo relaciona-se consigo mesmo e com o mundo. Nesses termos, a sexualidade é uma fonte de prazer, saúde, bem estar e comunicação que, quando vivida satisfatoriamente, propicia um melhor relacionamento interpessoal e contribui para gerar nos indivíduos atitudes positivas em relação a si mesmos e aos demais (ALMADA e ZABALA 1998).

A sexualidade constitui-se, portanto, em uma tradução cultural de um conceito biológico, compreendendo uma representação e interpretação das funções biológicas. Sua conceituação se dá enquanto um processo de construção social, mediante o qual as pessoas vão incorporando um conjunto de interesses, expectativas, crenças, valores e atitudes, que irão determinar o exercício da própria sexualidade em um dado momento histórico-cultural (CARSON 1995; ALMADA e ZABALA 1998; DIXON-MUELLER 1999).

Portanto, cada dimensão da sexualidade está perpassada pelas relações de gênero, assim como o estão os papéis reprodutivos, de maneira que as representações sociais acerca da sexualidade e dos papéis reprodutivos são engendradas na dinâmica das relações de gênero, vivenciadas pelas pessoas em contextos sociais e históricos específicos (DIXON-MUELLER 1999).

. ***Papéis reprodutivos, sexualidade e representações sociais***

Uma vez que os papéis reprodutivos e o exercício da sexualidade são construções sociais, as mulheres e os homens desenvolvem práticas discursivas, para produzir sentido a seu respeito no cotidiano. Essa produção de sentido acontece no contexto das relações sociais, situadas de forma definida na história e na cultura, a partir das quais as pessoas vão construindo os termos que lhes possibilitam compreender e lidar com as situações e fenômenos à sua volta (SPINK e MEDRADO 1999).

Mulheres e homens possuem um discurso acerca da reprodução e da sexualidade, no qual atribuem sentidos a essas esferas em sua vida, no contexto em que se acham inseridos. Esse discurso desenvolve-se em função da necessidade das pessoas explicarem para si próprias e para as demais as suas experiências na vida em sociedade, de maneira que sejam capazes de orientar-se em suas ações no meio social. O desenvolvimento desse discurso acontece pela apropriação de conhecimentos científicos, culturais e artísticos, contextualizados nas vivências sociais (LANE 1996; KORNBLIT et al. 1998).

Essa atribuição de sentido dá-se através das representações sociais, que são elaborações cognitivas - que surgem, são partilhadas e utilizadas socialmente – acerca de um objeto social. São atos de pensamento, através dos quais os sujeitos sociais relacionam-se com um objeto que está ancorado na linguagem e na comunicação, nos valores e ideologias culturais, que carrega uma carga emocional e tem uma organização interna. Elas são produzidas a partir da experiência e orientam as ações dos sujeitos sociais (KORNBLIT et al. 1998).

O estudo das representações sociais busca entender como o pensamento individual acha-se enraizado no social, bem como um e outro modificam-se mutuamente (SPINK 1993). Para tal estudo, parte-se do princípio de que, ao mesmo tempo em que as normas e valores sociais são fundamentais para a constituição dos sistemas de orientação dos indivíduos, eles combinam-se com suas atitudes e motivações construídas por meio das experiências pessoais, na história de vida de cada pessoa (MEDRADO 1998). Por essas características, estudar as representações sociais pode permitir a investigação dos significados atribuídos aos objetos representados, tanto nos aspectos mais coletivos, consensuais e invariáveis, quanto naqueles em que os indivíduos diferem entre si, em que há maiores variações (KORNBLIT et al. 1998).

As representações não apenas reproduzem aquilo que está instituído e que se impõe aos sujeitos sociais, mas caracterizam-se também por incluírem o potencial, verificável em cada ser humano, de negação dos conflitos e contradições próprios do social que as representações articulam. Desta forma, uma mesma pessoa pode apresentar representações que são apenas suas/individuais, bem como aquelas que caracterizam o seu grupo social em particular e as que são gerais a toda a sociedade onde essa pessoa vive (RIGOTTO 1998).

A dinamicidade e a ambigüidade das representações sociais é refletida no processo de construção da identidade dos sujeitos sociais, fazendo com que esta caracterize-se por responder às mudanças tecnológicas, políticas e culturais. Desta maneira, frente às contradições, constantemente elaboradas pelos sujeitos, novas identidades são conformadas, novos comportamentos são ordenados e o contrato social é refeito (RIGOTTO 1998).

O estudo das representações sociais permite conjugar e confrontar as explicações estruturais e a percepção dos indivíduos. As representações fazem a mediação entre o mundo real e o sujeito. É por meio delas que o sujeito apreende o mundo e configura seu patrimônio cognitivo, as maneiras de pensar e de sentir, que também são partilhadas pelos membros do (s) grupo(s) sociais em que o sujeito se insere (HERZLICH 1991; RIGOTTO 1998).

A ideologia vigente - as idéias dominantes em uma sociedade - aparece como muito relevante na construção das representações, mas estas não podem ser reduzidas a isto, porque também são marcadas pela história vivida pelo sujeito e pelo modo como ele se insere no sistema social. O estudo das representações sociais permite conhecer os sistemas simbólicos que conjugam os valores, necessidades, desejos e que orientam a ação de indivíduos e grupos sociais em relação a seu corpo e sua saúde. Em vista disso, o trabalho empírico não pode estar baseado apenas no discurso dos sujeitos, mas precisa focalizar também a sua ação, embora não se deva pensar que seja possível estabelecer relações do tipo causa-efeito entre representações e

ações individuais. Ao contrário, o estudo das representações sociais objetiva, principalmente, evidenciar o código a partir do qual as significações relativas às condutas individuais e coletivas são elaboradas. Isto pode permitir que se evidenciem os debates e conflitos acerca dos objetos sociais entre diferentes atores (HERZLICH 1991).

Ao pensar os papéis reprodutivos e a vivência da sexualidade no contexto das relações gênero, que os engendram e são engendradas por eles, o estudo das representações que as mulheres têm acerca desses objetos sociais apresenta-se como uma ferramenta útil para desconstruir o seu significado e evidenciar as relações que estão na base de seu processo de constituição e que atuam na conformação da identidade das mulheres. Acredita-se que, a partir da análise dessas representações, seja possível estabelecer semelhanças e diferenças entre as mulheres, que optam pela esterilização, e as que não o fazem, em termos das relações de gênero vivenciadas.

2. HIPÓTESE

As mulheres que recorrem à esterilização como método contraceptivo são aquelas que em sua trajetória de vida têm vivenciado, principalmente, relações de gênero pouco eqüitativas - mais próximas do modelo patriarcal. No contexto dessas relações, as mulheres não se percebem como detentoras de poder sobre o seu corpo, sobre a sua fecundidade, o que as leva a recorrerem à esterilização cirúrgica como única solução de seu dilema reprodutivo. Ao contrário, as mulheres que se acham envolvidas em relações de gênero mais eqüitativas percebem-se como detentoras de poder para controlar autonomamente seu corpo, e especificamente sua fecundidade, razão pela qual preferem usar métodos anticoncepcionais reversíveis, ainda que não pretendam ter mais filhos.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as representações sociais sobre o poder de decisão em relação ao exercício da sexualidade e papel reprodutivo entre mulheres laqueadas e usuárias de outros métodos contraceptivos que não desejam mais ter filhos.

3.2 Específicos

- Identificar as representações sociais sobre sexualidade e papel reprodutivo nesses dois grupos de mulheres.

- Desvelar as relações de gênero nas quais esses dois grupos de mulheres acharam-se envolvidas em suas trajetórias de vida.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo descritivo e comparativo, utilizando metodologia qualitativa.

4.2 Tamanho da amostra

Foram entrevistadas em profundidade 12 mulheres: seis que haviam feito a laqueadura tubária há pelo menos cinco anos e outras seis, que estavam usando métodos anticoncepcionais não permanentes, há cinco anos no mínimo, com a intenção declarada de não ter mais filhos, e que também afirmaram não pretender ser esterilizadas cirurgicamente no futuro.

Por ter-se optado por uma metodologia qualitativa, foi realizada uma amostragem intencional estratificada, segundo critérios predefinidos e considerando a saturação das informações (PATTON 1990). Todas as mulheres que participaram do estudo tinham em comum a intenção expressa de não terem mais filhos. A característica que foi tomada em conta para estratificar a amostra foi a maneira como essas mulheres viabilizaram essa intenção reprodutiva: algumas haviam optado pela esterilização cirúrgica feminina e outras não.

4.3 Seleção das participantes

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram:

- ter idade entre 30 e 40 anos;
- ter pelo menos um filho vivo;
- ter feito laqueadura há cinco anos ou mais, ou
- usar métodos anticoncepcionais não permanentes, com a intenção de não ter mais filhos, há pelo menos cinco anos, e declarar não pretender ser esterilizada cirurgicamente no futuro.

Para o grupo de mulheres não laqueadas, foi considerado como critério de exclusão a sua declaração de que o marido/companheiro era vasectomizado ou estéril. Decidiu-se pela não inclusão de mulheres nessa situação, por entender-se que, para elas, as decisões sobre a anticoncepção não teriam as mesmas dimensões que para as demais.

Estabelecer uma faixa etária como critério de inclusão visou a diminuir as variações provocadas pela diferença de idade em termos de experiência de vida, as quais dificultariam as comparações, bem como a assegurar que os sujeitos sociais deste estudo fossem mulheres ainda em idade reprodutiva e com possibilidades concretas de tentar ter mais filhos, se assim o desejassem.

A seleção das mulheres que participaram da pesquisa foi feita utilizando-se a técnica da "bola de neve" ou rede social (PATTON 1990). Essa técnica consiste em identificar um sujeito social que atende aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Esta pessoa é convidada a participar, bem como se lhe solicita que indique outra nas mesmas condições, e assim sucessivamente, até completar-se o

número desejado de entrevistas. Tendo em vista o desenho do estudo, para iniciar o processo de seleção, foram identificadas uma mulher esterilizada e outra, usuária de métodos anticoncepcionais não permanentes há mais de cinco anos, que declarou que não desejava ter mais filhos. A partir delas, foram-se identificando e convidando as demais para participarem. Dentre as mulheres identificadas e convidadas a participar, não houve nenhuma recusa explícita. Apenas uma mulher, ao ser contactada se disse disposta a participar, mas, por três vezes, tentou-se agendar a entrevista e em todas essas ocasiões ela procurou desviar-se da pesquisadora. Por esta razão, não se forçou mais o contacto.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade, adotando-se uma técnica de relato de vida, a dos depoimentos pessoais. Os relatos de vida, de modo geral, constituem uma técnica de coleta de dados bastante empregada em várias das chamadas ciências humanas, especialmente nas investigações sociológicas e antropológicas, por revelar-se capaz de fornecer elementos para o conhecimento da realidade social, tanto em nível sócio-estrutural, como sócio-simbólico. Essa técnica possibilita uma aproximação do sistema de valores e significados do(a) narrador(a) enquanto ser social (BRIOSCHI e TRIGO 1987; QUEIROZ 1987).

A técnica dos relatos de vida implica que o(a) pesquisador(a) vai ouvir um discurso, no qual o sujeito fala acerca da representação que tem dos fatos de sua vida. Ele(ela) "se conta", segundo suas categorias de valores e seus códigos temporais (BRIOSCHI e TRIGO, 1987). Em vista disso, essa técnica mostra-se adequada para o estudo das representações sociais, na medida em que situa o sujeito e sua cultura

em posição de destaque, partindo de sua experiência de vida, mas tendo como premissa que "... a história dos indivíduos contém e registra comportamentos, técnicas, valores e ideologias de seu grupo e de sua sociedade. Permitem, assim, desvendar, na cultura, as teias que ligam os macroprocessos econômico-sociais e as pessoas, captando o que sucede na encruzilhada indivíduo-sociedade, sujeito-estrutura" (RIGOTTO 1998, p. 127).

Nesta pesquisa, portanto, a escolha de uma técnica de relato de vida para coletar os dados deveu-se à intenção de que as próprias entrevistadas falassem sobre papéis reprodutivos, sexualidade, contracepção em geral e laqueadura em especial, e relações de gênero, no contexto de sua trajetória de vida, segundo sua apreensão da realidade social em que se achavam inseridas. Ao utilizar-se a técnica dos depoimentos pessoais, fez-se o recorte do relato dos sujeitos conforme os interesses definidos pela pesquisadora.

A opção pelo "depoimento pessoal", e não pela "história de vida", foi feita com base em suas características, que pareceram mais adequadas aos objetivos propostos para o estudo: permitem não só perguntar sobre a opinião das pessoas, mas as estimulam a falar sobre como pensaram e como fizeram as coisas; têm menor abrangência temática, ensejando ao pesquisador focalizar e aprofundar mais os aspectos relativos aos objetivos do estudo, mantida a preocupação de ultrapassar a dimensão individual dos relatos para encontrar neles o coletivo; por ser mais curto que a história de vida, o "depoimento pessoal" permite que se façam mais entrevistas, com mais mulheres participando, ampliando a possibilidade de comparação, a fim de destacar convergências e divergências, e superando a dimensão individual do relato, para encontrar nele o que é coletivo (KOSMINSKY 1986; QUEIROZ 1987; RIGOTTO 1998).

Para conduzir a realização da entrevista foi utilizado um roteiro temático (Anexo 1). O roteiro foi constituído de questões de partida e de aprofundamento, visando a abordar cada uma das áreas em que se pretendia analisar as representações sociais: sexualidade; papéis reprodutivos; contracepção, especificamente a laqueadura; e relações de gênero. As perguntas de partida visavam a estimular as entrevistadas a falar dos temas propostos.

Após a identificação de cada possível entrevistada, ela era contactada, em geral por telefone, e consultada sobre seu desejo de participar do estudo. Caso este fosse positivo, propunha-se o agendamento da entrevista, conforme a disponibilidade da mulher, no local escolhido por ela. No dia e hora agendados, mais uma vez a mulher era consultada acerca de sua disposição de participar, explicando-se-lhe de que tratava a pesquisa e em que consistia a sua participação.

Completada essa etapa, de admissão do sujeito social ao estudo, solicitava-se que a mulher respondesse a um breve formulário (Anexo 2), para coleta de alguns dados sociodemográficos, inclusive a classificação de estrato socioeconômico, conforme proposta pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (ALMEIDA e WICKERHAUSER 1991). Colhia-se, então, o depoimento pessoal da participante, seguindo-se o roteiro proposto. As entrevistas foram gravadas.

4.5 Processamento e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e os textos correspondentes foram conferidos com os conteúdos gravados, em uma segunda leitura. Em seguida, o texto de cada entrevista foi inserido no programa computacional *The Ethnograph v5.0* (SEIDEL 1998), que permitiu reformatá-lo, numerando as linhas. Desta forma, a cada entrevista passou a corresponder um texto com linhas numeradas, o que propiciou, mais tarde, maior organização na codificação de porções delimitadas do texto, para facilitar a sua análise.

Para a análise dos dados foram seguidas as orientações metodológicas de MINAYO (1993), no sentido de identificarem-se as unidades de significado nas falas das mulheres. Esse processo consistiu na leitura dos textos das transcrições, na busca de temas significativos em vista dos objetivos propostos e da hipótese apresentada. A partir disso, foi proposto um esquema de categorias, cada qual subdividida em códigos. Cada um desses códigos recebeu uma definição textual, que foi registrada em um "livro de codificação", criado com auxílio do *The Ethnograph v5.0*. Apresenta-se uma cópia desse livro no Anexo 3; no Anexo 4, está incluída, a título de exemplo, uma entrevista codificada.

Com base nesse conjunto de códigos, cada entrevista foi lida novamente e assinalaram-se manualmente as distintas porções do texto que correspondiam a cada código. Findo esse processo, transferiu-se a codificação de cada entrevista para um arquivo específico do programa de computador. Nessa etapa, com os recursos do módulo de codificação do *The Ethnograph*, registravam-se as linhas iniciais e finais de cada porção de texto codificada e o código que lhe correspondia.

Na etapa seguinte, utilizando os procedimentos de busca do *The Ethnograph*, reuniram-se todas as porções de texto correspondentes a cada código e criaram-se arquivos com esses conjuntos de textos. Finalmente, cada conjunto de textos, correspondente a cada código foi lido e redigiu-se a análise do seu conteúdo e, ato contínuo, da categoria de análise a que correspondia, comparando, com base no referencial teórico, os achados para o grupo de mulheres que haviam feito laqueadura e para as demais.

O esquema de categorias e seus respectivos códigos, utilizados para a leitura e codificação das entrevistas foi o seguinte:

1. Papéis de homens e mulheres

- Papéis: o que, de forma geral, atribui-se, no contexto da vida em sociedade, aos homens e às mulheres.
- Maternidade-paternidade: o que significam ser pai e ser mãe.

2. Trajetória de vida e reprodução

- Casamento-maternidade: planos para o casamento e a maternidade nas diferentes fases da vida.
- Gravidezes: circunstâncias (época da vida, do casamento/união, planejada ou não, etc.) e sentimentos (filhos desejados ou não, oportunos ou não) em relação a cada uma das gravidezes que a mulher teve.

3. Anticoncepção e esterilização cirúrgica

- Uso de MAC: decisão de usar e experiência com o uso de métodos anticoncepcionais em geral e opinião a respeito (faz bem ou mal, traz benefícios ou prejuízos e a quê).
- Parar de ter filhos: circunstâncias (momento da vida, situação do relacionamento conjugal, situação econômica, entre outros aspectos) e sentimentos em relação à decisão de não ter mais filhos (satisfeita, lamentando, se pudesse teria mais, etc.).
- Decisão pela laqueadura: processo que culminou com a opção pela laqueadura, incluindo as circunstâncias, os atores envolvidos e as razões para optar por esse método e não por outro.
- Opinião sobre a laqueadura: opinião sobre o método e as conseqüências da opção por ele, na vida das mulheres em geral e especificamente na da entrevistada.
- Opinião sobre a vasectomia: opinião sobre o método e comparação com a laqueadura; percepção acerca da disposição do marido/companheiro optar por ser vasectomizado; discussão do assunto com o marido/companheiro.

4. Relações de gênero

- Decisões no cotidiano: como, no âmbito da relação conjugal, eram tomadas as decisões sobre a vida familiar de modo geral. Quem decidia o quê. Decisões que cabiam ao homem, decisões que cabiam à mulher.
- Decisões sobre reprodução: como eram tomadas as decisões a respeito de ter ou não filhos; quantos filhos ter, uso de métodos anticoncepcionais.
- Trabalho da mulher: significado do trabalho remunerado na vida das mulheres em geral, e especificamente da entrevistada.

5. Sexualidade

- Sexualidade/corpo: percepção acerca da sexualidade das mulheres em geral e, especificamente, da entrevistada; distinção entre homens e mulheres quanto à maneira de vivenciar e perceber a sexualidade e o corpo.

6. Bem-estar na vida das mulheres

- Bem-estar: o que faz as mulheres sentirem-se bem, o que elas desejam para sentirem-se bem.

4.6 Aspectos éticos

Foram seguidas as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996). Sendo assim, a participação das mulheres foi voluntária, assegurando-se-lhes que a sua identidade jamais seria revelada e que as informações fornecidas seriam utilizadas tão somente para os propósitos desta pesquisa. Cada participante foi identificada por um número, tanto na fita cassete em que foi gravada a entrevista, quanto na transcrição correspondente. Posteriormente, para a análise dos dados, a cada número foi atribuído um nome totalmente fictício, pelo qual se faz referência às entrevistadas no texto desta tese. Uma vez defendida esta tese, serão destruídas todas as anotações do trabalho de campo que poderiam, eventualmente, permitir a identificação das participantes. As fitas gravadas serão mantidas pela pesquisadora em local seguro por cinco anos, após o quais também serão destruídas.

Quando, após explicações verbais sobre o estudo, uma mulher manifestou seu possível assentimento em dele participar, leu-se com ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Quando ela concordou em participar, solicitou-se que assinasse o referido Termo, junto com a pesquisadora. Quando a mulher não quis assinar o Termo, embora quisesse participar do estudo, alegando maior segurança de anonimato, sua vontade foi respeitada, dada a natureza do estudo e conforme a recomendação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública, que avaliou o projeto de pesquisa. Em qualquer hipótese, assinando ou não, cada participante recebeu uma cópia do Termo de Consentimento, assinada pela pesquisadora.

5. CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Em seguida, apresenta-se uma caracterização das mulheres que participaram do estudo com seu depoimento pessoal. Para evitar denominá-las por um número e, ao mesmo tempo, preservar sua identidade, cada qual recebeu aqui um nome fictício. No Quadro 1, encontra-se um resumo desta caracterização.

Adriana

Usuária de pílula há oito anos. Separada, 32 anos, duas filhas, de 14 e 8 anos. Procedente de família de classe média, terminou o ensino médio e é micro-empresária. Engravidou pela primeira vez no último ano do colegial, com 18 anos, casou-se em seguida e aí o casal já decidiu que queria ter só dois filhos. A segunda gravidez foi planejada. Disse que, quando era criança, adolescente, não tinha o projeto de casar e ter filhos, embora eventualmente pensasse que isso iria acontecer com ela, porque é o que, em geral, passa-se com todo o mundo. Para ela, as diferenças entre homens e mulheres são culturais, determinadas pela educação.

> *" ... a gente não se arrepende [de engravidar] pelo filho, agora, foi no momento errado, interrompeu, assim, todo um processo da minha vida, de estudos. Depois, ficou muito complicado..."*

Amélia

Laqueada há 11 anos. Vive em união consensual, 38 anos, tem dois filhos adolescentes, de pais diferentes. Vem de família pobre, órfã de pai e mãe desde cedo. Estudou até a sexta série do ensino fundamental e trabalha como auxiliar de limpeza em uma escola. Segundo ela, como toda moça, pensava em casar, mas nunca em ter filhos, porque sua vida sempre foi muito difícil. Engravidou de uma relação não

estável e teve o primeiro filho com 23 anos. O segundo filho veio nas mesmas circunstâncias. Atualmente vive com o pai desta criança. Teve uma terceira gravidez, mas provocou um aborto, com medo de que pudesse morrer no parto, uma vez que, quando nasceu o segundo filho, teve uma parada cardíaca e o médico colocou-lhe muito medo de uma nova gravidez. Depois disso optou pela esterilização. Disse que, às vezes, arrepende-se dessa decisão, porque não vive bem com o companheiro e pensa que, talvez, pudesse vir a separar-se dele, encontrar outro companheiro, que queira filhos.

> *"... eu tenho um arrependimento hoje em dia assim, não pelos meus filhos, mas se eu fosse aquela mocinha virgenzinha, eu não queria saber disso ['liberdade sexual'] de jeito nenhum ... e aí você vai e não sabe como é o parceiro, se o parceiro sai com outra ou deixa de sair, depois está você aí, toda doente. Então, liberdade, essa liberdade [sexual] eu não aprovo, não.*

Ester

Usuária de DIU há três anos. Casada, 32 anos, com um filho de 5. No período fértil usa também o preservativo, porque sabe que o DIU não é totalmente eficaz e não quer mais engravidar, de jeito nenhum, porque o seu pós-parto foi horrível, tendo sido, até, encaminhada para um psicólogo. Vem de família de classe média, é professora. Nunca planejou ter filhos, porque queria primeiramente estudar, formar-se, ter trabalho. Começou a pensar nisso depois de casada, quando passou a trabalhar com crianças. Seu desejo aumentou, quando começou a tentar engravidar e descobriu que não conseguia.

" ... eu não planejei [ter filhos] porque eu queria primeiro estudar, me formar, ter meu trabalho, tudo. Só que, depois, agravou mais a vontade de ter filhos depois que eu descobri que não estava conseguindo engravidar ... mas foi depois do casamento ... "

Leonor

Usuária de DIU há dez anos e meio. Casada, 32 anos, uma filha de 13. Procedente de família pobre, estudou até a segunda série do ensino fundamental e é auxiliar de limpeza em uma escola. Disse que, desde a adolescência, quando tinha uns 14 anos, já pensava que um dia teria um filho somente. A única filha nasceu quando ela estava com 19 anos. Uns dois anos depois, ela já definira que não queria ter mais filhos, por suas condições econômicas. O marido gostaria de ter mais.

" Ah, a laqueadura é boa para mulher que já teve mais do que dois, três filhos, aí é bom. Mas prá gente que só tem um não compensa, eu acho".

Luisa

Usuária de DIU há cinco anos. Casada, 35 anos, mãe de uma menina de 8. Vem de família de classe alta, completou o curso superior e atua como professora universitária. Casou e teve a filha aos 27 anos, contra a vontade do marido que, desde antes, já lhe dissera que ele não nascera para ser pai. Ele chegou a confrontá-la com a seguinte opção: ele ou a criança. A gravidez foi muito conturbada, com muitos problemas de saúde e um acidente automobilístico grave já ao final. Depois desse acidente, segundo ela, o marido parou de "torturá-la". A gravidez aconteceu na "pausa de um mês" no uso da pílula, mas ela pensa que, inconscientemente, desejava

engravidar e arranjou uma justificativa para que isto ocorresse. Disse que sempre pensou em ter filhos, porque vem de uma família nordestina em que isto é muito forte. Por isto desejava três filhos, o que mudou radicalmente depois da péssima experiência que teve. Pensou em fazer laqueadura, mas colocou o DIU e está satisfeita. O marido não aceita a vasectomia.

> *" ... eu expliquei a ele que não teria problemas em termos de desempenho sexual. Mas os homens no nordeste, mesmo sendo meu marido, professor universitário, advogado – ele tem duas faculdades – ele acha que pode ficar impotente ... e todos os homens no nordeste, quase todos, acham".*

Marcela

Laqueada há 14 anos. Casada, 40 anos, com três filhos adolescentes. Procedente de família de classe média alta, atualmente é micro-empresária, pertencente ao estrato socioeconômico alto. Casou-se com 21 anos, quando cursava a faculdade, e engravidou pela primeira vez logo em seguida, sem planejar, porque precisou parar de tomar a pílula, por problema de saúde, e não foi orientada a usar outro método. Disse que sempre quis ser mãe, queria muitos filhos, mas, pela condição financeira na época, junto com o marido, decidiram que ele faria vasectomia. Enquanto esperavam pela cirurgia, não usaram qualquer método e acabaram tendo mais um filho, depois do quê ela fez laqueadura. Considera que, quando era bem jovem, era muito ingênua, orientada pela família e pela escola (de freiras) a ser sempre a "santinha".

" ... prá mim seria mais frustrante eu não poder ser mãe. Que eu sempre gostaria e gostei de ser mãe ... meu marido, acho que não se sentiria tão frustrado... "

Maria

Laqueada há 12 anos. Casada, 36 anos, mãe de três adolescentes. Procede de família pobre, fez o primário e trabalha como doméstica. Engravidou do primeiro e único namorado antes de casar e teve o primeiro filho com 18 anos. Não achou ruim ter engravidado, mas, de início, ficou com medo de ser expulsa de casa e do namorado não aceitar, mas considera que, felizmente, tudo correu bem. Engravidou pela segunda vez tomando pílula, e na terceira o casal estava usando o método da tabela. Disse que, quando era mocinha, pensava em casar, porque vivia na roça e lá todo o mundo casa. Só começou a pensar em ter filhos depois de casar, já grávida, quando estabeleceu que queria dois filhos. Acabou tendo três.

" Na minha adolescência era mais escondido .... quando a gente faz [sexo] a primeira vez, nossa, é o fim do mundo! Tanto que eu fiz ... eu nunca tive aquele apoio de mãe, dela chegar, sentar e falar: isso acontece assim, assim e assim. Então, foi o que aconteceu: primeiro namorado, já engravidei".

Natalina

Laqueada há nove anos. Casada, 35 anos, dois filhos, um de 9 e um de 15. Vem de família pobre, cursou até a quinta série do ensino fundamental e trabalha como doméstica. Casou quando estava com 19 anos e teve o primeiro filho com quase 21 anos. Disse que essa gravidez foi planejada, mas hoje avalia que foi muito apressada,

não dando tempo para os dois estarem sozinhos. Sempre pensou em casar e ter filhos. Quando namorava, já planejava que seriam dois. Ela e o marido vêm de famílias numerosas, que enfrentavam muitas restrições, de maneira que queriam só dois filhos para poderem dar-lhes o melhor.

> *" ... [a expectativa] era criar uma família mesmo. Aquele pensamento, na época a gente pensava assim: já casar, já providenciar os filhos, já operar e encerrar e sossegar".*

Patrícia

Usuária de DIU há 10 anos. Casada, 40 anos, com um filho adolescente. Vem de família de classe média, fez faculdade de serviço social, trabalhando atualmente nessa área. Antes de casar foi morar junto, teve o único filho aos 27 anos. Disse que nunca fez planos para casar mas, sim, de ter pelo menos um filho. Junto com o marido, decidiu não ter mais filhos, porque ela tem medo de vir a ter uma criança com deficiência, já que na sua família há um caso desses. Na opinião dela, deve haver equilíbrio na divisão de tarefas no âmbito de um casal, mas sempre a mulher acaba assumindo mais coisas da casa, por influência da educação recebida na família, que já está impregnada na cabeça de homens e mulheres.

> *".... quando você se percebe, você está sozinha na cozinha, lá esquentando o jantar e ninguém, todo mundo na televisão... se você não berra, a coisa está muito bem, obrigado. Então, acho que essa coisa é uma luta contínua mesmo".*

Sara

Laqueada há 13 anos. Separada, 39 anos, com três filhos. Vem de família de classe média, trabalha como professora. Casou-se com 18 anos e teve o primeiro filho aos 19 anos, sem planejar. Tomava pílula, parou "para descansar" e engravidou. A segunda gravidez ocorreu enquanto usava DIU, o que a angustiou durante toda a gestação, por medo de que pudesse acontecer algo ao bebê. Engravidou pela terceira vez para fazer a laqueadura. Disse que sempre quis ser mãe, fazia planos antes de casar, com o então noivo, de queria ter três filhos. Considera que em sua adolescência foi conduzida a casar cedo, porque essa era a mentalidade da época. Nesse contexto, também enfatizava-se que a moça devia "se resguardar" e ela e o noivo queriam casar para poder "ter liberdade".

> *".... eu queria casar, porque como havia toda aquela de se resguardar, de relacionamento após o casamento, então eu queria casar. E também, meu pai e minha mãe era muito assim, não podia sair sozinho. O máximo que a gente foi é no cinema. O que a gente queria realmente era casar para poder ter liberdade, os dois ficar juntos".*

Silvia

Laqueada há seis anos. Tem 36 anos, casou depois de ter tido os quatro filhos. É de família pobre, conseguiu completar o ensino médio quando os filhos já estavam crescidos; chegou a fazer o primeiro ano de faculdade, mas precisou parar para trabalhar, por problemas financeiros do casal. Atua como cozinheira. A primeira criança nasceu quando ela tinha 20 anos, sem ter sido planejada. A segunda gravidez, quatro anos depois, ocorreu quando ela usava DIU. A terceira foi planejada, porque queria ter um menino. Quis fazer a laqueadura nessa época, mas não conseguiu, porque não tinha dinheiro. O casal decidiu fazer a vasectomia mas, por acidente, o

marido perdeu o encaminhamento, conseguido por ela com muito sacrifício. Quando engravidou pela quarta vez, decidiu que não queria mesmo ter mais filhos e conseguiu que o médico a esterilizasse na cesárea. Sempre quis ter filhos, observando o exemplo da mãe.

> *" Como eu te falei, desde o terceiro filho eu já queria operar, porque minha mãe é operada. Então, eu quis operar. Eu queria porque eu queria. Eu disse: 'Ah, eu vou operar porque acho que é o método mais rápido, acabou ... ah, não tinha que ficar tomando remédio, não tinha que ficar evitando, acabou a preocupação".*

Soraia

Usuária de coito interrompido há sete anos. Casada, 39 anos, mãe de três filhos. Procede de família pobre, completou o primário e trabalha como faxineira. Casou com 19 anos e aos 20 já tinha o primeiro filho. O segundo foi planejado e veio nove anos depois. O terceiro não estava nos planos. Disse que na adolescência nunca fez planos sobre quantos filhos queria ter, embora reconheça que toda mocinha pensa em casar e ser mãe. Ela pensa que o coito interrompido não é eficaz e disse que o marido não gosta, mas faz a parte dele. Ela tem medo de engravidar novamente, mas não pode usar a pílula (que seria o método ideal para ela), nem a injeção, por seus problemas com varizes. Não quis colocar o DIU, porque seria um corpo estranho dentro dela. Chegou a pensar em fazer laqueadura, mas a médica a desestimulou e ela desistiu. O marido não aceita a idéia de fazer vasectomia.

" [usar o coito interrompido] ... por mim é normal! Agora, prá ele não é normal. Na minha vida continua tudo igual, ele é que reclama mais, mas eu não esquento a cabeça. Porque eu não sou de esquentar a cabeça: se reclamar ou não reclamar, prá mim .... "

Além dessas mulheres, cujos depoimentos estão analisados nesta tese, três outras foram entrevistadas e, posteriormente, excluídas. Uma delas considerava-se laqueada, mas, na verdade, não o era: havia sido obrigada a retirar as trompas por ter tido uma séria infecção; outra fora, sim, esterilizada, mas há menos de cinco anos, o que só ficou claro depois de iniciada a entrevista. A terceira, usuária de condom e que disse não querer mais ter filhos, de maneira alguma, só não fizera uma laqueadura, porque o marido era contra, considerando um método muito radical, embora ele também afirmasse, segundo a mulher, que não desejava mais filhos.

Quadro 1 - Algumas características das entrevistadas

Nome	Idade	Número de filhos	Método em uso	Tempo de uso	Estrato socioeconômico
Adriana	32 anos	2	Pílula	8 anos	B
Amélia	38 anos	2	Laqueadura	11 anos	D
Ester	32 anos	1	DIU	3 anos *	B
Leonor	32 anos	1	DIU	10 anos	C
Luisa	35 anos	1	DIU	5 anos	B
Marcela	40 anos	3	Laqueadura	14 anos	A
Maria	36 anos	3	Laqueadura	12 anos	C
Natalina	35 anos	2	Laqueadura	10 anos	C
Patrícia	40 anos	1	DIU	10 anos	C
Sara	39 anos	3	Laqueadura	13 anos	B
Silvia	36 anos	4	Laqueadura	6 anos	C
Soraia	39 anos	3	Coito interrompido	7 anos	D

* Desde o nascimento do filho, utilizou outros MAC antes do DIU, já com o objetivo de não engravidar mais e não apenas para espaçar nascimentos.

6. ACERCA DO CONTEÚDO DAS FALAS

A seguir, é apresentada uma descrição dos resultados observados a partir da análise de conteúdo dos depoimentos pessoais, conforme o esquema de categorias proposto.

6.1 Papéis de homens e mulheres

. ***Atribuições e divisão de tarefas***

De modo geral, as entrevistadas percebiam uma distinção de papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, produzindo um desequilíbrio desfavorável a elas na vida em sociedade. Elas entendiam que a sociedade considera que todo o trabalho doméstico e de cuidado com os filhos é de responsabilidade da mulher, não importando quais atividades possam ter além dessas. Na opinião delas, isto não deveria ocorrer, mas os homens também deveriam assumir, de forma natural, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos.

Especificamente quanto às suas experiências pessoais, prevaleceram as mulheres que relataram haver conseguido dividir com equilíbrio as tarefas com os maridos/companheiros, mesmo quando diziam que ele *ajudava*. No geral, as entrevistadas manifestaram uma postura de buscar ativamente a participação dos companheiros em toda a vida doméstica. Entre as laqueadas, apenas uma mulher mencionou que não soube exigir que o companheiro dividisse essas coisas com ela, e que acreditava, inclusive, que esse fato, de deixá-lo à margem da vida doméstica e do cuidado dos filhos, contribuiu para a separação que viviam no momento da entrevista. No grupo das usuárias de métodos reversíveis, observou-se que metade das mulheres referiram partilhar todas as responsabilidades e tarefas da vida doméstica e familiar com os companheiros, enquanto que as demais disseram que elas assumiam praticamente sozinhas essas atribuições.

"Eu nunca tive esse problema, o meu marido é muito caseiro, ele é muito pai, ele é muito marido, ele é uma dona de casa. Eu só assim balanço um pouquinho, porque ele assim não apoia na educação com a menina, principalmente com a que está adolescente" (Natalina, laqueada)

"Então, nós dois, porque eu tenho cobrado muito, eu cobro muito, se eu deixar pelo meu esposo ele vai querer, ah, isso aí sua mãe cuida. Não pode deixar, eu acho super errado deixar só na mão da mulher. Porque depois os filhos ficam adulto, meu pai não participou da minha adolescência, meu pai não participou dos meus problemas..." (Silvia, laqueada)

"Em casa sempre foi dividido, ele sempre participou de tudo, sempre quis aprender, sempre quis dividir tudo comigo ..." (Ester, usuária de DIU)

"Agora, eu não suporto ouvir: lavar louça é coisa de mulher, fazer comida é coisa de mulher. Isso eu não suporto, isso eu acho que é muito machismo... Agora, eu penso que, por mais que você divida, acaba sobrando mais para a mulher ... o meu marido ajuda, mas sempre sobra mais para a mulher. A sociedade tem que mudar muito ... no dia-a-dia, na prática, acaba você assumindo mais coisas ... " (Patrícia, usuária de DIU)

"Ah! Eu acho que tudo pode ser dividido. Eu vejo assim na minha vida, porque como eu casei muito moça, assim com 18 anos, eu acho que eu não soube assim... exigir isso da parte dele, sabe? Eu fui aceitando, fui aceitando tudo que ele fazia. E sempre me dedicando muito as crianças e

aceitando essa situação. Mas hoje eu vejo que isso foi um erro, porque se eu tivesse dito: ' não, você tem que estar presente ' , talvez a gente não tivesse separado... " (Sara, laqueada).

"... eu acho que deveria ser os dois, deveriam ter participação igual, o que nem sempre acaba acontecendo, mas se você for pensar de como deveria ser, eu acho que deveria ser os dois participando, os dois... na minha vida, eu acho que sempre participei mais ... eu acho que [isto aconteceu] pela estrutura dele, é aí já envolve problema de criação dele, não sei se por ele ter sido filho único, a gente acredita que tenha influenciado bastante, então vem já da formação dele, então tem que fazer, eu já caia naquela assim, ah, tem que fazer, eu já não sou muito de ficar esperando, já fazia e ele sempre mais acomodado, então eu tomava sempre mais a frente... " (Adriana, usuária de pílula)

"É, o meu marido é bem diferente assim, porque ele, apesar de tudo que eu falei para você, ele é professor universitário, tem duas faculdades, é uma das pessoas mais cultas que eu conheço. Mas assim, na cabeça dele, cuidar de filho é coisa da mãe.. ".(Luisa, usuária de DIU)

. ***Maternidade e paternidade***

De modo geral, todas as entrevistadas, laqueadas e não laqueadas, consideraram que ter filhos é importante, tanto para homens, quanto para mulheres. Foi salientado que os filhos representam a transcendência das pessoas, tanto do ponto de vista genético, quanto dos

valores. Todas salientaram que a maternidade é uma experiência, em geral, bastante desejada pelas mulheres, importante para sua realização pessoal. Confirmaram que, na experiência delas, foi assim.

As mulheres laqueadas se dividiram entre as que consideraram que "a mulher nasceu para ser mãe", é seu destino, ela foi criada para isto, e aquelas que consideraram que a maternidade é uma possibilidade, uma questão de opção.

> *"... Ah, eu acho que sim [a mulher nasceu para ser mãe]... Pois, se a mulher nasceu... Ah, tem algum objetivo, eu não sei explicar. Mas, se Deus pôs a mulher e o homem no mundo, que era para poder reproduzir, então, é por aí que sai, a mulher para por os filhos, então quer dizer que é mãe..." (Amélia, laqueada)*

> *"Eu concordo [que a mulher nasceu para ser mãe]... Porque é uma realização acho que da natureza mesmo, desde de que nasce mulher, ela já é criada para isso, acho que é a criação de Deus, que acompanha aí..." (Natalina, laqueada)*

> *"... não, eu acho que não, ela não nasceu para ser mãe, ser mãe é conseqüência da vida, se ela quiser ser mãe ..." (Silvia, laqueada)*

> *"... que a mulher, ela nasceu mesmo prá ser mãe, hã, pela condição dela, mas não necessariamente que ela precise ter os filhos. Eu acho que é uma opção de cada um ..." (Marcela, laqueada)*

Entre as usuárias de métodos reversíveis, apenas uma entrevistada disse que a mulher nasceu para ser mãe, este é seu destino. As demais afirmaram que a mulher está biologicamente apta à maternidade, mas que sua vida não se resume apenas a essa experiência.

> *"Ah, [a mulher nasceu para ser mãe] porque um filho é muito importante. Eu acho que mais do que um é só para quem tem condições, não é? Agora, para quem não tem [condições], só um tá bom! Porque a gente se sente sozinha, é uma companhia para gente, não é? é uma família da gente, não é?...Uma mãe também se sente feliz de ter um filho, é claro, não é? Mas..., ela fica contente de saber que ela está sendo mãe..." (Leonor, usuária de DIU)*

> *"Eu acho que faz parte, mas não nasceu só para ser mãe; eu acho que é, como é que eu vou explicar? É que faz parte da natureza, a mulher ser mãe acho que completa, que a experiência que as mulheres que não passam por ela, não fazem idéia do que é ser mãe" (Adriana, usuária de pílula)*

Quanto ao homem, as laqueadas também dividiram-se, sendo que as que consideraram que a mulher nasceu para ser mãe também disseram que o homem nasceu para ser pai. As usuárias de outros métodos foram unânimes em dizer que, assim como as mulheres, os homens também não nasceram para serem pais.

Por outro lado, as entrevistadas que haviam feito laqueadura dividiram-se entre as que consideraram que a experiência da paternidade é tão desejada e importante para os homens, quanto a maternidade o é para as mulheres, e aquelas que consideraram que, embora os homens apreciem ser pai, não se comprometem com os filhos na mesma medida que as

mulheres; portanto, segundo elas, para os homens, a experiência de ter filhos não tem o mesmo significado que para as mulheres. Uma mulher desse grupo disse que, por vezes, a experiência de ser pai acaba sendo mais prazerosa do que a de ser mãe, porque os homens não são tão sobrecarregados com outras atividades, de maneira que podem desfrutar com mais intensidade o relacionamento com os filhos.

> *"Dificilmente um homem quer ser pai. Então, eu acho que a mulher sempre quer ter um filho. Para realizar seu sonho, ser mãe como a mãe dela foi. E passar, passar a ser mãe igual a mãe que foi... " (Maria, laqueada)*

> *"Eu acredito que tanto a mulher quanto o homem ... o dom é para os dois lados, então tanto uma mãe pode ser pai ao mesmo tempo, como o pai também ... às vezes a gente vê pai que faz papel de mãe, às vezes melhor, e vice-versa também..." (Natalina, laqueada)*

> *"... eu acho que muitas vezes o pai gosta muito mais de ser pai, sente muito mais do que a mãe. A mãe, hã, leva muita coisa assim de, hã, a casa, isso, aquilo, tá. A sobrecarga dela é muito grande e, às vezes, ela não tem tanta paciência com os filhos, tanta vontade quanto o pai tem ..." (Marcela, laqueada)*

As usuárias de métodos reversíveis foram unânimes em afirmar que nem todos os homens desejam e apreciam a experiência da paternidade, ao contrário das mulheres, para quem ser mãe é uma experiência muito relevante. Em geral, essas mulheres atribuíram essa diferença entre homens e mulheres à natureza e à cultura, à forma de criação de ambos.

"Eu acho que, eu não sei, outro dia eu estava lendo um artigo sobre a dominância cerebral, que o homem tinha um determinado hemisfério do cérebro que dominava mais, que era mais exato, muito mais racional. E a mulher o lado mais emocional, mais emotivo, eu acho que vai por esse lado, vai pelo lado instintivo também, eu acho que faz parte de ser mulher, de ser fêmea, ter que gostar de filho, de gostar de criança, como também faz parte dessa história da dominância cerebral, do emocional. Eu acho que a sensibilidade da mulher é indiscutível, não querendo falar que não existem homens sensíveis, mas isso não faz parte da característica masculina, essa sensibilidade, afetividade, faz parte mais da característica feminina. Até porque culturalmente é imposto também que homem seja dessa forma, menos emotivo, menos sensível, menos apegado aos filhos, eu acho que tem questões culturais, questões biológicas ... " (Luisa, usuária de DIU)

"... ah, eu acho que é uma coisa que vem desde a infância, de criação, mulher já vive sonhando com isso. É uma coisa que já vem na cabeça dela desde criança, já brincar de boneca... " (Ester, usuária de DIU)

6.2 Trajetórias de vida e reprodução

As mulheres laqueadas, em geral, disseram que desde pequenas imaginavam que se casariam e teriam filhos. Algumas disseram que até já haviam planejado ter família numerosa e que chegaram a discutir isso no período de namoro e noivado. Foi freqüente entre essas mulheres o casamento ou união em idade bem jovem, com menos de 20 anos, ocorrendo, em seguida a primeira gravidez, ou mesmo antes que a união fosse formalizada.

"... sempre, desde criança, eu falava que ia casar com 18 anos, desde pequenininha, que eu ia casar com 18 anos e que queria ter um monte de filhos. Se não num ia dar tempo de eu ter muitos filhos..." (Marcela, laqueada)

"... acho que antes de casar eu já pensava assim: que eu queria ter três filhos, que a gente comentava já. Eu e meu marido já conversávamos sobre isso, que a gente queria ter três filhos ...., mas sempre brincava com boneca, brinquei bastante com boneca.. " (Sara, laqueada)

"... na época a gente pensava assim, já casar, e já providenciar os filhos já operar e encerrar, e sossegar" (Natalina, laqueada)

Entre as usuárias de métodos reversíveis foi mais comum encontrar mulheres que não costumavam fazer planos de casar e/ou de ter filhos, ou que planejavam ter apenas uma criança. Algumas haviam se casado (ou passaram a viver em união) próximo dos 20/21 anos de idade, mas boa parte delas tornou-se mãe após os 25 anos.

"... Eu falava para minha mãe: 'mãe, eu não sei se eu vou casar, mas eu sei que eu vou ser mãe'... acho que eu não me recordo [de ter planejado quantos filhos queria] ..." (Patrícia, usuária de DIU)

"... a gente quando é mais novinha, assim, a gente não pensa muito bem as coisas, só casar e ter filhos. Acho que a maior parte das meninas tem vontade de casar e ter filhos ... mas eu nunca fiz planos [sobre quantos filhos queria ter]..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

Duas mulheres laqueadas referiram com freqüência que só concretizaram seus planos de estudo e/ou trabalho depois de terem feito a laqueadura, pois no período em que estavam tendo os filhos isso não foi possível.

> *"Eu voltei [a estudar]... eu fiz colegial e casei. Aí, depois de 10 anos, com os meus três filhos, fui fazer magistério ... eu sempre gostei de estudar. E aí como eu sempre gostei de criança, queria ser professora, então, eu voltei para estudar, fazer magistério..." (Sara, laqueada)*

> *"... fui começar a trabalhar depois que a minha terceira filha nasceu. Aí que eu já tinha encerrado a minha cota, os meus filhos estavam já mais independentes e eu mais estruturada. Aí eu falei: ' agora chegou a minha vez de trabalhar'. Aí eu fui à luta" (Marcela, laqueada)*

Três mulheres laqueadas haviam tido três filhos, duas tiveram dois e uma, quatro filhos. Para quase todas elas, exceto uma, a primeira gravidez não havia sido planejada. Elas engravidaram porque não estavam utilizando MAC ou o utilizaram de forma inadequada, realizando o chamado "descanso" da pílula. Essa gravidez aconteceu logo depois do casamento ou mesmo antes dele. Entretanto, quase todas essas mulheres relataram que tanto elas quanto seus companheiros ficaram bastante felizes com a gravidez. Houve uma única exceção (Amélia) que relatou que nunca soube o que o pai da criança pensou e que ele viu o bebê apenas uma vez, quando este estava com cinco meses.

> *"Gostar não vou falar. Gosto agora, mas quando soube que estava grávida, eu não gostei. Porque não foi um filho planejado, veio por acaso. Aí começou as dificuldades, os problemas, mas mesmo assim, eu estou aí com ele. Hoje eu amo ele muito, muito mesmo ..." (Amélia, laqueada)*

"Bom, eu engravidei ainda solteira. Então, a gente fica meio assustada, porque está dentro de casa ainda, mas eu achei legal, não achei ruim não... Eu tinha medo de ser expulsa de casa. Namorado não aceitar, porque tem muitos que não aceitam ... mas os dois lados aceitou, casamos bem, graças a Deus ..." (Maria, laqueada)

"Ah, ele (o marido) sempre ficou super feliz (com as gravidezes dela)..." (Natalina, laqueada)

As laqueadas dividiram-se quanto ao planejamento das gravidezes seguintes. Com respeito à segunda gestação, metade disse que a havia planejado e metade, não. Quatro das cinco mulheres que tiveram uma terceira gravidez disseram que ela não foi planejada, ocorrendo por insucesso no uso de MAC. Elas referiram ter-se sentido surpresas, de início, com dificuldade de aceitar, mas acabaram considerando normal o que ocorrera. A entrevistada que referiu ter planejado a terceira gravidez disse que queria ter um menino, já que as duas anteriores tinham sido meninas. A única laqueada que havia tido quatro gravidezes disse que essa última não foi planejada, porque ela queria ter feito a laqueadura no terceiro parto, mas não conseguiu.

"... por acaso também apareceu essa gravidez que não foi planejada, foi por acaso... acho que foi a mesma coisa do primeiro..." (Amélia, laqueada)

"... estava tomando, eu não me lembro o remédio que já faz tempo, eu estava tomando o remédio e fiquei grávida ... não estava esperando, foi aí um susto... e o terceiro, já estava esperando mais um pouco para o outro ficar mais velho. Como eu estava descansando o comprimido, porque o marido não aceitava usar camisinha. Então, aconteceu" (Maria, laqueada)

"Aí, eu fiquei meia frustrada porque tinha dois nenês em casa... um de três e uma de um ano e estava grávida de um terceiro. Aí, foi um baque. Eu chorava ... não que eu quisesse tirar, que eu nunca ia querer tirar, mas eu fiquei meia assim com dois nenês e agora mais outro nenê ... eu achava que eu não ia conseguir dar conta dos três filhos pequenos. Aí, ele falou que ia me ajudar mais, minha mãe me consolando que ela também me ajudava, que não ia ter problema, que nas noites que as minhas crianças tivessem doente que ela iria prá minha casa. Aí, eu fui me tranqüilizando" (Marcela, laqueada)

"Então, quando eu tinha até o segundo, eu tinha duas meninas, e queria ter só mais um menino, mas eu tive mais o menino, não consegui operar, não consegui nada, e aí tive o quarto menino..." (Silvia, laqueada)

Das entrevistadas que não haviam feito laqueadura, quatro tinham apenas um filho, uma tinha dois e uma última, três filhos. Para quatro delas, a primeira gravidez também não foi planejada. Uma delas referiu ter sido um pouco difícil aceitar a situação, pois não era casada, estava estudando, houve algumas complicações no relacionamento familiar até que tudo se acertasse. Outra entrevistada disse que sua experiência foi horrível, porque o marido não queria aceitar a gravidez de maneira alguma e a pressionou, por muito tempo, a que fizesse um aborto. Além disso, por todo o seu desgaste, acabou tendo sérios problemas de saúde durante a gestação, incluindo um grave acidente automobilístico, no qual quase morreu.

"... é aquilo assim, a gente não, pelo filho a gente não se arrepende, tem todo o amor, agora foi no momento errado, interrompeu todo assim todo um processo da minha vida de estudos, depois ficou muito complicado, então neste lado foi realmente complicado, em termos de família, no começo foi complicado..." (Adriana, usuária de pílula)

"... na verdade meu marido não queria de maneira nenhuma. Essa história de ter filhos, quem inventou fui eu. Então quando ele soube, ele teve uma reação horrível. Queria que eu abortasse, ele perguntava todo dia quando é que você vai resolver esse problema. Só que para mim não tinha problema nenhum, para mim estava ótimo... Olhe, eu não posso dizer que eu gostei [de ter engravidado]... quando eu a vi lá na ultra-sonografia, foi uma coisa emocionante para mim sabe, ver aquela imagenzinha ali, coraçãozinho pulsando, eu achei emocionante, mas ao mesmo tempo foi uma coisa muito conflitiva, porque tinha toda essa situação..." (Luisa, usuária de DIU)

Nesse grupo, as duas mulheres que tiveram mais de um filho afirmaram terem planejado a segunda gravidez. Uma delas, que foi a única mulher desse grupo com três filhos, referiu que essa última gravidez não foi planejada, mas acabou sendo aceita, embora de início tanto ela quanto o marido tenham ficado um pouco apreensivos e abalados com a situação.

De modo geral, as mulheres laqueadas disseram que sua decisão de parar de ter filhos começou a ser tomada em função das condições financeiras da família. Algumas delas disseram que, não fosse pelo aspecto econômico, gostariam de ter mais filhos do que tiveram. Houve a exceção de uma mulher que referiu que sua opção se deveu a problemas de saúde, a conselho médico.

"Por causa dos problemas que eu tive no parto, eu tive uma parada após o parto. E o médico chegou para mim e falou você não pode ter mais. Quer dizer, poder você pode, agora será você ou a criança. Aí, eu comecei a pensar melhor, melhor eu operar do que eu ter um outro e ficar com três aí sofrendo ..." (Amélia, laqueada)

"Então, eu falei três está bom, porque senão nós vamos encher a casa de homem, de muito filho, não vai dar para gente agüentar. Como é difícil ter três e manter três, porque a crise hoje está dura.." (Maria, laqueada)

"... meu marido falou que já estava bom, que era um casalzinho, tal. Eu gostaria de ter mais filhos, mas como a situação financeira não era das melhores na época, hã, eu falei assim," ah, eu também acho que um casal está bom, mesmo que fosse dois meninos, duas meninas, num teria isso". Duas crianças estava bom" (Marcela, laqueada)

No grupo das não laqueadas, apenas duas mulheres afirmaram que sua decisão de parar de ter filhos foi tomada com base na situação financeira da família, nas dificuldades econômicas. Uma entrevistada atribuiu essa decisão ao medo de vir a ter uma criança com anomalias, em vista da sua idade (essa decisão foi tomada quando ela tinha 36 anos). Porém, a razão para ter esperado muito até decidir-se ou não a ter mais um filho foi financeira e também por viver longe dos familiares, sem poder contar com ajuda deles para cuidar das crianças. As outras três mulheres desse grupo disseram que resolveram que não queriam mais ter filhos porque: o casal estava satisfeito com dois filhos, pois era o que eles

já haviam discutido antes; a experiência dela no pós-parto, com depressão, foi muito difícil, e o casal também achou que, por suas condições de trabalho, não poderia dar atenção suficiente a mais de um filho; o marido impôs sua decisão, eis que, na verdade, já não queria ter tido nem a primeira criança.

> *"... achava que estava bom também, dois filhos, sempre batemos que seriam os dois, e nunca nem questionamos assim um terceiro..." (Adriana, usuária de pílula)*

> *"... ele [marido] chegou ... e falou assim: olha, a gente não vai mais ter filho, essa foi a ultima" (Luisa, usuária de DIU)*

> *"... é claro que ele quer ter mais um... mas, agora não! A situação está muito difícil, um só tá bom. Só ela" (Leonor, usuária de DIU)*

6. 3 Anticoncepção e esterilização cirúrgica

. ***Métodos reversíveis***

Todas as entrevistadas afirmaram que não existe um MAC que seja ideal para todas as pessoas. Cada mulher precisa encontrar o seu. Apenas uma mulher laqueada disse que o método ideal é a laqueadura, porque é o único que dá segurança de não engravidar. Todas as entrevistadas disseram que a maior parte dos MAC produz efeitos indesejados, principalmente sobre a saúde e o corpo das mulheres. Em contrapartida, freqüentemente, as

entrevistadas mencionaram que o uso dos MAC traz benefícios para as mulheres, porque lhes permite a tranqüilidade de ter relações sexuais sem medo de engravidar, de poder planejar o momento de ter filhos. Entre as usuárias de MACs reversíveis foi referido que esse planejamento permite à mulher realizar outras coisas na vida, além da maternidade.

> *"... Por que [usar método] prejudica a saúde, não é? Eu acho que se tivesse um jeito da gente não tomar remédios, é... uma maneira de evitar para não... mas não tem. Então, tem que ser esse..." (Leonor, usuária de DIU)*

> *"... cada um dos métodos tem, acho que, vamos dizer assim, as suas vantagens e desvantagens, então o ideal tem que ser aquele que você, que seja melhor para você, eu acho..." (Adriana, usuária de pílula)*

> *"Eu acho que é tudo relativo, eu acho que depende muito de pessoa para pessoa, de organismo, de idade, eu acho que depende muito. A pílula, eu acho que o uso da pílula por muito tempo, eu acho que isso trás problemas de saúde para a mulher ... eu acho que a saúde da mulher está muito em jogo quando ela fica muito tempo com um método anticoncepcional, que prejudica a sua saúde, principalmente a pílula, eu acho que sim ..." (Natalina, laqueada)*

> *"Ah! Sem dúvida, [usar métodos anticoncepcionais] é uma coisa boa, porque a mulher fica mais livre para poder ter uma vida em comum assim com o marido, confiando que está usando método anticoncepcional. Isso é bom..." (Sara, laqueada)*

"... essa questão da vida da mulher, apesar da mulher, eu até achar que a mulher, de certa forma, é feita para ser mãe, mas a vida da mulher não é só isso. Então, se a mulher for ter 20, 30 filhos, ela vai ter outros aspectos na vida dela bastante prejudicados, o trabalho, a vida social, até a vida afetiva..." (Luisa, usuária de pílula)

As mulheres laqueadas, em geral, não haviam experimentado diversos métodos antes da laqueadura. Freqüentemente, elas passaram da pílula para a esterilização, algumas experimentaram a tabela e duas haviam usado DIU. Entre as usuárias de pílula, foi comum a gravidez não planejada no chamado período de "descanso" do método. Uma das mulheres disse que engravidou no "descanso" da pílula, porque estava usando tabela e esqueceu-se dos dias; disse também que seu marido não aceitava usar o preservativo, porque não se sentia bem com ele. As duas mulheres que usaram o DIU referiram ter engravidado enquanto o estavam usando.

"... só [usei] a pílula ... depois a laqueadura..." (Amélia, laqueada)

"Então, foi horrível, foi muito ruim, foi a pior fase da minha vida, porque eu coloquei o DIU, além dos problemas que ele me causava, fiquei grávida..." (Silvia, laqueada)

"Na minha última filha [a tabelinha] não deu certo porque, foi assim, eu contava do dia mais fértil, três prá baixo e três dias prá cima. E eu tive relação nesse, um desses três antes ... faltava dois dias prá o dia mais fértil, então eu sabia que estava no dia e meu marido também sabia, mais ele falou assim: ' imagina que está, falta dois dias ainda prá você ficar fértil..." (Marcela, laqueada)

"... eu usava o DIU, diziam que era tão bom, e eu fiquei grávida. Depois existe a pílula, eu tomei a pílula eu fiquei grávida" (Silvia, laqueada)

As entrevistadas, que eram usuárias de outros MAC, em geral, também não haviam experimentado muitos métodos antes do que utilizavam na época da entrevista. Todas haviam usado a pílula e algumas disseram que se sentiram mal com esse método, que não lhes fez bem à saúde. Apenas uma havia usado a temperatura basal.

Para quase todas, exceto uma, o método em uso no momento da entrevista havia sido escolhido tendo em vista a sua eficácia, especialmente o DIU. A exceção ficou com a mulher, cujo marido fazia o coito interrompido há sete anos. Embora ela não confiasse na eficácia do coito interrompido, para ela era cômoda a situação do marido usar esse recurso contraceptivo sem reclamar, embora ela soubesse que isso o incomodava. Ela havia usado a pílula, da qual gostava, mas o médico a aconselhou a parar, pelos problemas circulatórios que teve. O médico sugeriu o DIU, mas ela não quis, porque não gostaria de ter um objeto estranho dentro do corpo. Segundo ela, apenas comunicou o fato ao marido e ele tomou a iniciativa de usar o coito interrompido. A única usuária de pílula no grupo referiu que sempre usou esse método e que sempre sentiu-se bem, segura com ele. Com respeito ao DIU, as usuárias salientaram que ele dá tranqüilidade, porque já está colocado, não precisa se preocupar em tomar, usar.

"Ah! o DIU é bom porque você não precisa ficar tomando remédio. Então, tá ali. E também a menstruação não vem desregulada, vem certinho, não é? Então, isso que eu gostei" (Leonor, usuária de DIU)

"Ah, eu acho que a praticidade de estar tomando o anticoncepcional [pílula], acho que é, desde que eu comecei a tomar os anticoncepcionais, eu sempre tomei segundo as orientações, informações que me passaram, é um anticoncepcional já mais moderno. Antigamente havia alguns que causavam alguns efeitos maiores, então, a evolução vamos dizer do anticoncepcional, que eu comecei a tomar na época já estava bem mais elaborado, então ..." (Adriana, usuária de pílula)

Metade das usuárias de MACs reversíveis referiu que, alguma vez, já havia utilizado o preservativo. Uma delas disse que o uso, na verdade, não foi para prevenir gravidez mas, sim, doenças, em um momento de crise em seu casamento.

Eu usei a camisinha no período de, quando eu comecei a ter alguns problemas em relação ao meu casamento, então aí sugiram outros fatores que colocaram em dúvida o meu parceiro, então eu comecei a usar camisinha..."(Adriana, usuária de pílula)"

Foi dito que os homens, em geral, não gostam muito de usar preservativo.

"... nenhuma dificuldade, não [para usar o preservativo]. Eu acho que para mulher não é tão incômodo, eu acho que o homem perde um pouco a sensibilidade, eles não gostam muito de usar. Pelo menos, não sei se é questão de machismo, ou se perde um pouco mesmo a sensibilidade e tal. Então, eu acho que isso. Mas para mulher não tem problema nenhum" (Patrícia, usuária de DIU)

A questão da eficácia do método utilizado apareceu como fundamental para as entrevistadas, como se esperava, por tratar-se de mulheres que não desejavam engravidar mais. As laqueadas tinham firme convicção de que, mesmo sendo possível a esterilização cirúrgica falhar, isto era pouco provável. Parte delas enfatizou que sua confiança estava reforçada, porque suas trompas haviam sido cortadas e não só amarradas.

> *"... foi cortado as trompas, mas não é só amarrado, ele corta, tira um pedacinho. Então, eu confiei que foi feito direitinho, que eu não ia engravidar...." (Sara, laqueada)*

> *"O pessoal fala que [a laqueadura] não é [cem por cento segura]... Mas eu acho que a minha é sim, não dá mais para engravidar... porque, depende do médico. O meu por exemplo, eles tiraram mesmo, então é mais segura, eu sei que não vai dar mesmo para mim engravidar" (Amélia, laqueada)*

> *"... Porque do jeito que fez, laqueou, tirou. Então, eu acho que não vai ter perigo, porque a minha foi bem, foi... porque tem amarrada, que com o tempo você pode desfazer, e a minha não..." (Maria, laqueada)*

As usuárias de DIU e pílula disseram-se confiantes na sua eficácia, embora admitissem a possibilidade de falha. A usuária de coito interrompido disse ter muito receio de engravidar.

> *"Ah, eu tenho medo de ficar grávida de novo, estou com quase quarenta anos ... ele [o coito interrompido] pode falhar com certeza..." (Soraia, usuária de coito interrompido)*

A possibilidade de uma gravidez à essa altura, como resultado de falha do método em uso, foi encarada por todas as mulheres como um transtorno bastante grande, um motivo de grande preocupação. Nenhuma das entrevistadas tocou na possibilidade do aborto, nesse caso. Entre as usuárias de métodos reversíveis, em geral, foi comum a referência a que o marido ficaria até feliz se o método falhasse ou se elas resolvessem voltar atrás em sua decisão de não ter mais filhos.

> *"...[eu me sentiria] Péssima [se engravidasse de novo]... Tanto porque tem as histórias que a gente escuta, apesar de achar que não tem nada a ver assim, mas, você escuta muita coisa, que vai dar problema na gravidez, tem problema de abortar, e aí você já fica mais, com mais medo ainda, além de já não estar sendo uma coisa desejada" (Ester, usuária de DIU)*

> *"... cem por cento segura eu acho que [a pílula] não é, nenhum deles [métodos] é ... eu acho que hoje, se eu engravidasse, eu ficaria frustada, porque não faz parte dos meus planos de ter mais filhos hoje, não, pode até ser que eu mude ... " (Adriana, usuária de pílula)*

> *"... Às vezes, eu até penso em tirar o DIU, mas se eu tirar o DIU, é claro eu não vou poder tomar comprimido, aí eu engravido de novo, é o que ele [o marido] quer" (Leonor, usuária de DIU)*

. ***Esterilização cirúrgica***

As mulheres laqueadas relataram que sua opção pela esterilização cirúrgica foi discutida apenas com o marido/companheiro. Isto só não ocorreu com uma mulher (Amélia), cuja esterilização foi decidida na Maternidade, a conselho médico, quando ela teve o segundo

parto, com sérios problemas de saúde. Elas informaram que conheciam outras mulheres laqueadas e que essa opção lhes pareceu a mais eficaz para responder à sua decisão de não ter mais filhos. Uma tônica no depoimento dessas mulheres foi a de que a opção por laquear-se pareceu a mais apropriada também porque seus partos eram cesáreas, de maneira que já podiam aproveitar e fazer essa outra cirurgia.

> *"...Só nós dois decidimos e a médica orientou. Ele [o marido] foi saber se tinha algum problema no futuro, se eu ia ter algum problema na menopausa ... a médica explicou, orientou, que não teria nada, que era uma coisa segura ..." (Marcela,* laqueada).

> *"Ah, eu já conhecia pessoas que tinha feito [a laqueadura], assim, da família ... ele [o marido] concordou porque já era a terceira cesárea..." (Sara, laqueada).*

> *"... sempre foi eu e meu marido [que discutimos a laqueadura], porque a gente não é assim de dialogar com a família..." (Maria, laqueada)*

Em geral, as entrevistadas que haviam feito laqueadura disseram que chegaram a discutir com os companheiros a possibilidade deles fazerem a vasectomia, mesmo porque elas consideravam que é mais simples para o homem fazer essa cirurgia. Apenas um havia aceitado; a mulher disse que, na verdade, já estava tudo decidido e programado para o marido ser operado quando ela engravidou pela terceira vez. Na maioria das vezes, as entrevistadas disseram que o marido/companheiro tinha medo de fazer a vasectomia, tanto medo da cirurgia, quanto de algumas conseqüências imaginadas. As entrevistadas que não chegaram a discutir essa possibilidade com os maridos disseram que, na época, a vasectomia não era tão divulgada.

"... Olha, na época não era ... há três anos, não era tão divulgada a vasectomia. E aí, como eu tinha que fazer a cesárea mesmo ..." (Sara, laqueada).

"Eu cheguei a comentar com ele, ele não aceitou... Achei errado, porque eu já tinha passado, quer dizer pela minha gravidez, meu parto foi muito difícil, eu fiquei com medo, como eles também ficaram com medo de eu entrar na sala de cirurgia e voltar tudo de novo. Então, para ele seria mais fácil, mas como ele não aceitou, eu tinha que fazer isso" (Amélia, laqueada)

"Não, ele não gostou muito da idéia não, ele achou que não era bom não, ele achava que, ah, já tinha acontecido uma vez um problema com um amigo nosso, e ele ficou meio, não quis fazer não... ficou com receio ... essas coisas, bobeiras de homem, de ficar frio ou a mulher engravidar ..." (Silvia, laqueada)

De modo geral, todas as entrevistadas consideravam que a laqueadura é a mais eficaz forma de contracepção. As laqueadas disseram-se satisfeitas com a sua condição. Todas consideraram que a opção pela ligadura de trompas trouxe grande beneficio à sua vida, por liberá-las da preocupação com a anticoncepção e a possibilidade de uma gravidez indesejada. Nenhuma delas referiu ter experimentado alterações em suas menstruações, nem qualquer outro efeito negativo que atribuíssem à esterilização cirúrgica.

"Ah, eu acho que, de todos os métodos, acho que é o mais seguro, deve ser, eu penso comigo que deve ser..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

"... uma liberdade maior que a mulher encontra. Porque ela fica mais livre para o relacionamento com o marido. Isso é muito importante para a cabeça da mulher, não ter essa preocupação. E também, com métodos a gente prejudica o nosso organismo..." (Sara, laqueada).

"... eu escuto tanta coisa ... mas eu não me preocupo em ficar pondo a culpa na laqueadura ... eu menstruo todo mês, mas eu não sei se dá 28 dias ou não..." (Marcela, laqueada)

Apenas uma entrevistada admitiu que, alguma vez, desejou fortemente voltar atrás, não ter feito a laqueadura e poder engravidar novamente. Ela disse ter discutido o assunto com o marido, que não quis nem pensar nessa possibilidade. Essa mulher atribuiu isso ao fato de que foi apressada em ter os filhos, se tivesse experiência teria tido as crianças com um maior intervalo de tempo entre eles, de maneira que não se precipitaria em fazer a laqueadura, usaria outros métodos.

"... [Se voltasse atrás, não faria a laqueadura] porque agora eu já estou mais vivida. Pelo menos eu acho que eu estou mais vivida. Porque eu acho que eu fui muito apressadinha. Então, se fosse agora eu não ia fazer, não. Eu acho que eu ia querer ter um, dar um tempo mais. Porque os meus filhos são diferença de um ano e sete meses do primeiro para o segundo. Então, foi assim muito pertinho um do outro, não deu tempo de curtir. Então, que se fosse agora eu ia curtir bem o primeiro..." (Maria, laqueada)

Metade das mulheres que eram usuárias de MACs reversíveis admitiu que, em algum momento de sua trajetória reprodutiva, pensou em fazer a laqueadura. Elas disseram que, no momento em que isto ocorreu, não conseguiram realizar a cirurgia e, depois, desistiram, preferindo um método reversível. As entrevistadas que nunca haviam considerado a possibilidade de submeterem-se à esterilização manifestaram a opinião de que se trata de uma medida muito radical, por ser praticamente irreversível, afirmando que elas não gostariam de correr o risco de virem a arrepender-se depois, embora estivessem convictas de que não queriam mais ter filhos.

> *"... embora eu não planejo ter outro filho, tal, mas eu não gosto de decisões radicais nessa questão da vida, porque a gente não tem o comando total dela." (Patrícia, usuária de DIU)*

Em geral, as usuárias de MACs reversíveis consideraram que a esterilização cirúrgica é adequada para mulheres que já têm pelo menos dois ou três filhos e/ou que têm dificuldades para usar outros métodos corretamente.

> *"A laqueadura? Eu acho que hoje com toda a informação que a gente tem, e com a ajuda do governo que tem, sabe quem fica grávida hoje é porque por pura falta de informação, ou ignorância, não sei, porque você vê aí, quem menos pode ter filhos é que tem mais. Então, eu acho que [a laqueadura] é para essas pessoas que não se previne, não tem um controle, eu acho que para elas é o que funciona melhor. Porque parece que dá o anticoncepcional, parece que para elas não funciona, não sei o porque, que com toda a informação que elas tem, com tudo que você pode ter não funciona..." (Adriana, usuária de pílula)*

Duas entrevistadas que eram usuárias de MACs reversíveis disseram que discutiram com seus companheiros a possibilidade deles fazerem a vasectomia. Uma delas disse que ele estaria disposto, mas na época não atendia aos requisitos de número de filhos e idade, pois eles só tinham uma criança e o marido tinha menos de 30 anos. Uma outra disse que o marido não aceitou fazer, o que ela considerou normal. Na opinião dessas mulheres, em geral, a vasectomia pode ser tão boa quanto a laqueadura e que, de fato, seria muito mais simples o homem operar-se, se o casal busca um método definitivo. Porém, acreditavam que o mais provável de acontecer é a mulher fazer laqueadura, porque os homens tendem a resistir à idéia de se esterilizarem. Segundo elas, isto ocorre porque eles pensam que se tornarão impotentes.

> *"... já foi discutida [a vasectomia], mas ele [o marido] não aceita ... eu acho normal o homem não aceitar. Eu, antes de conversar com ele, já sabia que ele ia dizer um não bem grande na minha cara ... " (Soraia, usuária de coito interrompido)*

> *"... é, eu acho que é a questão [dos homens não quererem fazer vascetomia] de macho para macho ... a questão simbólica, do falo, do poder, da reprodução ... a questão social também fala contra .... " (Patrícia, usuária de DIU).*

> *"... mas ele [o marido] não é muito favorável não, ainda tem assim um certo preconceito... por causa desse preconceito mesmo de se achar o machão, ainda tem aquela cabeça assim meia, que a gente sabe que não vai influenciar em nada, mas eu acho que, psicologicamente, ele não teria estrutura acho para isso... " (Adriana, usuária de pílula)*

"Não [o marido não aceitou fazer a vasectomia], porque ele acha que vai ficar impotente. Eu expliquei a ele que não teria problemas, assim para ele, em termos de desempenho sexual. Mas os homens no nordeste, mesmo sendo o meu marido professor universitário, advogado, ele tem duas faculdades, ele acha que pode ficar impotente, e todos os homens no nordeste quase todos acham... eu até coloquei para ele assim: 'não é você que não quer mais filhos, porque você não faz?' Ele não. Porque aí já chega a história, vai deixar de funcionar, eu quero que ele fique broxa ... Eu acho isso lamentável. Eu acho que isso é uma coisa assim, que lamentavelmente, comprova que no mundo que quem manda mesmo são os homens... porque em tudo é eles que decidem, até da vida das mulheres..." (Luisa, usuária de DIU)

"... deveria ser eles fazer [a vasectomia], não a gente [fazer a laqueadura]. Tudo tem que ser a gente! Passar, não é?" (Leonor, usuária de DIU)

6. 4 Relações de gênero

. *Tomada de decisões no cotidiano*

De maneira geral, todas as entrevistadas expressaram a opinião de que, na vida conjugal, o homem e a mulher devem tomar decisões sempre juntos, discutindo todos os assuntos que digam respeito à vida familiar. Reconheceram, porém, que a realidade nem sempre é assim e que a sociedade, por vezes, estabelece que certas decisões e as responsabilidades

decorrentes são das mulheres e que outras são dos homens. Para elas, o mais comum é que se espere que as mulheres assumam as decisões/responsabilidades sobre a vida cotidiana, a sobrevivência básica da família, e que o homem apresente-se para discutir os assuntos mais relevantes, que transcendem o cotidiano.

> *"... [as decisões do dia-a-dia] tem que ser juntos ... porque casou, não é só responsabilidade de um ... Mas, mesmo que a mulher trabalha fora, ela é que tem que fazer muitas coisas, e, às vezes, o homem nem vê, nem percebe ..." (Soraia, usuária de coito interrompido)*

> *"Ah, eu acho que sim, as mais corriqueiras quem está decide, e as têm mais importância assim, têm que ser juntos..." (Ester, usuária de DIU)*

> *"É, as mais corriqueiras também, se eu não estiver e ele tem que tomar decisão, eu confio plenamente nele, e vice-versa em mim..." (Natalina, laqueada)*

> *"... não, não. Não tem decisões do dia-a-dia e outras ... as do dia-a-dia já são as decisões, não tem outras ..." (Marcela, laqueada).*

As entrevistadas também disseram que, na prática, na sua experiência, as decisões, por vezes, tinham que ser tomadas por um só dos cônjuges, dependendo da circunstância e da urgência. Isto ocorre especialmente com as coisas do dia-a-dia. Na opinião delas, entretanto, os assuntos de maior relevância, relativos às finanças e à reprodução (quando ter filhos, quantos ter, etc.) devem sempre ser discutidos e decididos em conjunto.

"... aí [as decisões do dia-a-dia] tem que ser só ela [a mulher] mesmo. Porque daí ele [o marido] não está em casa. Então, ela tem que fazer tudo... [as mais importantes] aí teria que ser os dois, não é?" (Leonor, usuária de DIU)

"Os dois juntos. Porque se não tivesse, se, vamos supor no meu caso, se eu e ele não sentar e tomar, conversar para tomar aquela decisão certa, quer dizer que a coisa não vai para frente. A gente nunca vai chegar a num objetivo, que a gente está querendo. Então tem que ser os dois mesmo.." (Amélia, laqueada)

"... então, na minha vida, assim, quanto a questão do dinheiro, a gente sempre planejava tudo junto. Um não fazia uma coisa de dinheiro sem o outro saber, era junto. Eu acho que é o certo, a decisão em tudo ser os dois juntos" (Sara, laqueada)

Houve uma única exceção nesse parecer, de uma usuária de DIU, que disse que as decisões pessoais, referentes ao indivíduo, o homem ou a mulher, devem ser apenas daquela pessoa; para ela, o casal só deve decidir em conjunto aquilo que diz respeito à vida em comum, à família.

"Olhe, de um casal, as decisões pessoais de uma pessoa, deve ser decidida por aquela pessoa, mas em um casal devem ser decididas pelo casal...Em relação à pergunta que você me fez de planejamento familiar, deveria ser pelo casal... no meu caso específico não foi, mas que eu acho que seja, que num seja o certo, que o certo seria o casal... As coisas mais pessoais, são as opções de vida. Por exemplo, eu optei de fazer meu doutorado, então eu acho

que isso é uma decisão, uma opção de vida minha, como alguém poderia optar de se separar, ou de morar em outro lugar ... não, para mim [essa decisão] não seria [para ser discutida pelo casal] ... se ele decidisse também 'eu vou fazer doutorado no Japão', eu acho que é ele decide, nessa parte profissional, ou dele mesmo, eu acho que cada pessoa tem saber o que é melhor para si. Na nossa relação, ele [o marido] enfatiza, foi colocado mais por ele do que por mim, desde o início o individualismo. Então, ele disse para mim, você acha que é melhor para você? Eu digo acho, porque eu vou dobrar o meu salário. Então vá. Então é colocado dessa forma..." (Luisa, usuária de DIU)

. ***Decisões reprodutivas***

Quanto às decisões na área da contracepção, a tendência das mulheres laqueadas foi referir que discutiam com seu companheiro a questão do uso de MAC, a partir da iniciativa delas próprias quanto a qual método usar e quando. O marido/companheiro é mencionado como "concordando" com elas, não se opondo à iniciativa delas. Essas mulheres consideravam que a responsabilidade nessa área era delas.

"Ah, ele concordava, sim, com o método que eu escolhia, ele concordava, era de comum acordo ... [eu me sentia mais responsável] para não esquecer de tomar, mas ele concordava ... o DIU, que eu fui fazer .... a gente conversou antes tudo ... eu achei que era melhor para mim do que ficar tomando comprimido, direto" (Sara, laqueada)

"Sempre a gente resolvia junto, não é que resolvia, acontecia e ia acontecendo ... não tinha que ficar conversando muito ... quando eu fui tomar anticoncepcional, ele [marido] não opôs em nada" (Marcela, laqueada).

"... ele concordou [dela fazer a laqueadura]. Escreveu uma carta, dizendo que estava de pleno acordo..." (Silvia, laqueada)

Entre as usuárias de métodos reversíveis, a tendência também foi a de que ainda cabe à mulher escolher o método anticoncepcional a ser usado, embora o ideal fosse a escolha conjunta de homem e mulher. Na experiência da maioria dessas mulheres, também a escolha do método a ser utilizado para não ter mais filhos partiu delas. Embora tenham discutido a questão com o marido, a posição dele foi mais passiva, de concordar, de não se opor. Isto, segundo elas, principalmente porque não há, à exceção da vasectomia, nenhum método masculino de alta eficácia.

"... é um problema da mulher, isso ainda é um problema da mulher. E ainda está definido, bem definido assim" (Luisa, usuária de DIU)

"... Bom, eu já usava, desde a primeira gravidez, e aí continuou, e ele também não era muito aberto a outros métodos, que ele pudesse estar fazendo, por exemplo, uma vasectomia, ele não é muito aberto a isso, e então como eu estava adaptada, eu continuei com o método" (Adriana, usuária de pílula)

"... É, eu optei pelo DIU, pela facilidade, e ele também, se tivesse algum método que ele pudesse, assim alguma coisa mais segura, não só preservativo, alguma coisa mais segura, ele faria com certeza. Mas como seria só a vasectomia, e ele não podia também fazer na época porque teria que ter idade, mas um número maior de filhos ... " (Ester, usuária de DIU).

Apenas uma mulher relatou que, quando se viu impossibilitada de usar a pílula, por recomendação médica, não querendo usar o DIU, entregou o problema ao marido, que decidiu usar o coito interrompido.

"Ah, eu simplesmente falei: eu não posso mais tomar pílula, eu vou fazer isso, só ...." (Soraia, usuária de coito interrompido)

. ***Trabalho da mulher***

De maneira geral, todas as entrevistadas avaliaram o trabalho fora de casa como algo muito positivo para as mulheres. Elas referiram que esse trabalho traz benefícios, porque a mulher pode sair, não se restringe apenas aos afazeres da casa, pode ter contato com outras pessoas; também pode realizar-se profissionalmente, ajudar no sustento da casa e ter recursos próprios para comprar para ela coisas, que, às vezes, os homens acham supérfluas.

Como negativo, as entrevistadas apontaram a sobrecarga de trabalho a que as mulheres acabam submetidas, porque, mesmo trabalhando fora de casa, precisam dar conta também dos afazeres domésticos.

"... Ah, positivo, porque é uma coisa boa ... ela sai, ela não fica somente enfiada dentro de casa ... muitas vezes ela vai porque precisa, e as coisas da casa, o serviço da casa fica prá trás ... não dá tempo dela cuidar de tudo, e às vezes acumula serviço dentro de casa ..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

"... eu acho bom porque ela não fica tão em casa, tão bitolada nas coisas, ela tem a independência dela, ela tem as atividades próprias dela, que ela goste de fazer, embora ainda tenha a sobrecarga, pelo menos na minha casa, pelo meu horário de trabalho, ainda a sobrecarga cai em cima de mim ...." (Marcela, laqueada)

Dentre as mulheres laqueadas, houve aquelas que só começaram a trabalhar depois de já ter tido os filhos. Na visão de boa parte delas, o trabalho fora de casa prejudica a possibilidade da mulher dar a atenção necessária aos filhos. As entrevistadas que pensavam assim, na maioria das vezes, consideraram que o ideal seria a mulher não trabalhar fora de casa enquanto os filhos fossem pequenos ou, pelo menos, trabalhar somente meio período. Nesse grupo, também predominou a perspectiva de que a remuneração da mulher ajuda no sustento da casa e que, em geral, as mulheres começam a trabalhar pelas dificuldades financeiras da família.

"Eu acho que é a necessidade, viu [a mulher trabalhar fora de casa]? Porque se a mulher trabalha fora ajuda bem o orçamento de casa" (Maria, laqueada)

"... Eu acho positivo [o trabalho fora de casa], assim, a mulher se realiza também como profissional ... também pode ajudar na parte financeira da casa .... agora, eu acho negativo quando os filhos são bem pequenininhos, de não estar curtindo assim o filho ... eu acho que a mulher que opta pela maternidade, se ela pudesse ficar mais tempo com o filho. Arrumar um meio período ..." (Sara, laqueada)

As usuárias de métodos reversíveis eram mulheres que, em sua maioria, começaram a trabalhar antes de casar e ter os filhos. Entre elas, houve as que enfatizaram o aspecto da autonomia das mulheres, propiciada pelo trabalho fora de casa. Para elas, o seu trabalho não era apenas uma ajuda ao marido para sustentar a casa, mas, sim, parte ativa do orçamento doméstico.

Essas mulheres também discutiram a questão de equilibrar trabalho e maternidade como uma tarefa difícil, que requereria maior suporte social. Ou seja, a sociedade deveria pensar em criar medidas que facilitassem a compatibilização do trabalho da mulher com seu papel de mãe, como, por exemplo, uma jornada de trabalho menor. Apenas uma mulher falou em ter "remorso" por trabalhar fora de casa e, segundo ela, não dar atenção suficiente à filha. No balanço geral, porém, todas consideraram que o trabalho traz mais benefícios que prejuízos à vida das mulheres.

"Agora eu acho assim, o meu salário não é para comprar supérfluo, eu participo do orçamento da casa ... Acho que trabalhar tem a questão assim: de você se sentir útil, de você se realizar como pessoa, de você ter objetivos. Eu acho que para mim é uma coisa super importante você ter autonomia, ter independência, você ser respeitada como pessoa ... eu acho que é uma coisa

que a maternidade é um nível de vida, o profissional é outro nível de vida, são vários, e o ideal, eu penso que talvez se as cargas horárias fossem um pouco reduzidas, se a mulher tivesse assim algumas facilidades a mais. Não sei, eu falo isso do ponto de vista ideal, não sei se é possível socialmente" (Patrícia, usuária de DIU)

"... [o trabalho] é positivo, é uma realização da mulher, porque também não é, se ficar dentro de casa, vai acabar frustrada, então é uma realização profissional da mulher, é o lado financeiro, você precisando ou não, mas sempre é bom. E o lado negativo, é muitas vezes não saber conciliar, as duas coisas, a vida corrida demais, então você acaba muitas vezes deixando de realizar, junto com os seus filhos, junto com a sua família, é vamos dizer, o papel de mãe, muitas vezes fica complicado, tem gente que não sabe trabalhar as duas coisas ..." (Adriana, usuária de pílula)

"... [o trabalho da mulher fora de casa] é um mal necessário ... por que, na verdade, você, eu morro de remorso, porque eu passo dia todo fora quase. Quando eu chego em casa, principalmente em relação a minha filha, eu tento compensar de todas as maneiras, se você perguntar, outro dia eu estava conversando com a psicóloga, porque psicóloga que tem mil coisas, que você não pode fazer isso, porque vai traumatizar a criança, ou você não deve fazer demais, porque vai deixar a criança, como diz lá no nordeste no mal acostume. Então ela me disse que eu mimo muito a minha filha, demais, demais da conta, quase tudo pode ... porque se eu for pensar o que é certo, é tão complicado, da gente saber o que certo, a gente sempre quer dar o que é certo, melhor. Mas a gente não sabe às vezes se está fazendo o melhor, eu espero que isso seja o certo...." (Luisa, usuária de DIU)

6.5 Sexualidade

Em geral, as entrevistadas consideraram que atualmente existe uma grande ênfase sobre a liberdade sexual e que isto, quase sempre, significa ter vários parceiros e relações sexuais sem qualquer preocupação afetiva e moral. Para elas, isto não está correto; liberdade sexual deveria ser encarada como uma maior abertura/liberdade para falar sobre sexo, ensinar os filhos.

> *"Olha, eu acho que a liberdade sexual é um erro, às vezes, uma menina começa tão cedo [a ter relações sexuais] nessa vida, é tão difícil ...."* (Soraia, usuária de coito interrompido)
>
> *"Ah, eu acho que está muito assim, muito sem limite, as meninas acham que vai fazer e acabou, e nunca vai acontecer nada, e o que você está vendo é um monte de menina novinha grávida, e depois não tem, não quer ter responsabilidade de cuidar, e sempre acaba sobrando para o responsável..."* (Ester, usuária de DIU)

> *"... eu acho que a gente passou pela questão da sexualidade como algo extremamente reprimido, proibido, pecaminoso, para o oposto que é prazer, é alegria, vamos soltar as "frangas", tá, não sei o que..."* (Patrícia, usuária de DIU)

> *"A liberdade [sexual] é... quer dizer, a pessoa hoje para poder cair nessa tem que pensar muito. Eu tenho um arrependimento hoje em dia sim. Não ter os meus filhos, mas seu eu fosse aquela mocinha, virgenzinha, eu não queria saber disso de jeito nenhum... porque homem tudo é uma coisa só. Então eu queria só viver, "curtir", não nessa daí. Porque hoje em dia é uma doença, é*

a tal da AIDS, é todo tipo de doença. Aí você vai e não sabe como que é o parceiro. Se o parceiro sai com outra, ou deixa de sair. Depois está você aí toda doente. Então, liberdade, essa liberdade eu não aprovo não ... " (Amélia, laqueada).

Elas relataram que em sua infância e juventude quase não havia abertura para falar sobre sexo. Os pais, inclusive, evitavam falar com os filhos a esse respeito. Da mesma forma, durante o namoro/noivado quase não se conversava sobre o assunto. Para elas, hoje isto é muito diferente, existe maior abertura dos pais e, especialmente, dos meios de comunicação que, aliás, enfatizam demais tudo que tem a ver com sexo.

"Acho que melhorou muito, os meus pais nunca falaram isso comigo. Quando eu me casei, a gente falava pouco, nós começamos, eu namorei 3 anos e pouco, a gente já conversava alguma coisa, mas não era aquela coisa aberta, hoje em dia ficou bem mais aberta, ainda mais que os nossos filhos foram crescendo e a gente não queria que eles tivessem a mesma dificuldade que nós tivemos. Então a gente conversa mais..." (Marcela, laqueada)

"... Hoje passa muito ... a televisão está muito, mostra tudo, passa tudo..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

"Era mais escondido. Bom, pelo menos eu acho, na minha opinião. Quando a gente faz a primeira vez, nossa é o fim do mundo. Tanto que eu fiz, como eu não tive, eu nunca tive assim apoio de mãe, dela chegar e sentar e falar: "Acontece assim, assim, assim". Então, foi no que aconteceu, primeiro

namorado já... ...já engravidei. Porque a mãe de antigamente, ela não era aberta como agora. Agora, está avançado, mas as meninadas sabem o que estão fazendo. E no meu tempo não" (Maria, laqueada)

"Nossa! Quase não se falava isso, que eu lembro que quando foi na quinta, ou sexta série, teve uma aula sobre sexualidade, como que a mulher masturba, essas coisas, e a reunião a professora de ciências, e ela consultou os pais, para saber se podia fazer essa aula para o aluno, meu pai assinou que não. Eu e mais uma, a classe inteira fez essa aula, só as meninas, os meninos não iam ter, e eu não participei, nossa eu achei super chato. Eu ia saber de uma professora tudo certinho, não ia aprender na rua, meu pai não permitiu não, nossa o meu pai era super careta ... Tudo muito fechado..." (Silvia, laqueada)

"... então no meu caso, por exemplo, eu, foi uma coisa que aconteceu [a gravidez antes de casar], meio despreparada, no meu caso ... por um pouco a falta de abertura de conversa de família, nunca foi muito aberta de falar sobre isso ... sempre assim, aquela conversa assim, para não ficar grávida, para não ficar grávida, mas sem realmente uma conversa informativa. A informação que você mais tinha era na rua mesmo, em escola, assim pela própria vamos dizer liberdade, aquela coisa de pai tradicional, então não tinha aquela abertura, para realmente chegar e conversar e falar olha isso, isso, isso, acontece isso, você sabia mas você não estava preparada e sempre

foi assim ... alguns pais nem todos, eu acho que já melhorou bastante, já abriu mais, já tem mais liberdade para isso, mas não são todos, tem uma grande maioria que ainda fica aprendendo na rua, com os amigos, eu acho por isso que tem tanta gravidez aí, hoje ainda hoje indesejada " (Adriana, usuária de pílula)

De modo geral, as entrevistadas também concordaram que a sociedade ainda encara de forma diferente o comportamento sexual de mulheres e homens. Para elas, ainda prevalece a perspectiva machista de que o homem pode fazer o que quiser, mas a mulher precisa resguardar-se. Essa foi a realidade que elas vivenciaram em sua adolescência e juventude. Elas acharam que, mesmo com toda a ênfase sobre a liberdade sexual, isso não é igual para as mulheres, como o é para os homens. Algumas mulheres laqueadas referiram que, em sua experiência pessoal, com seus companheiros, vivenciaram essa situação dos homens considerarem que elas deveriam servi-los.

"Na minha época, eu estudava em escola de freira. E a gente era tudo certinho, tinha que casar virgem, né, aquele tabu todo. E tinha menina na escola que eram as vadiazinhas, né, as vagabundinhas ... que todo o mundo falava assim: "xii, essa daí ó é uma galinha"; então elas eram mais assim, tidas como mais vulgarzinhas. E estas daí nunca iam achar um marido bom ... tinha essas coisas bobas, mas acho que as que casaram melhor eram essas. Eram mais espertas, tinham mais visão das coisas. E a gente era mais inocente, né, eu acho que é muito diferente." (Marcela, laqueada)

"Olha, eu acho que a mulher assim em geral, ela se resguarda mais. Mas hoje em dia tem muita assim... a televisão, os filmes, levam a mulher a se liberar mais. Então, se você for ver hoje em dia a mulher, ela é liberal. Ela

tem vários parceiros, hoje em dia está assim. Mas mesmo assim eu acho que ainda tem aquelas que se resguardam. Agora, o homem não, o homem sempre tem que ter uma parceira, tem que se envolver. O homem realmente, acho que ele não sabe ficar sozinho ... Eu acho que isso aí vem de longe.Acho que o homem já... a criação do homem, desde antigamente, já foi criado mais assim... o homem, o homem para ser um homem ele tem que ter relação, ele tem que procurar outras mulheres. Então, isso daí... a cabeça do homem já é assim (Sara, laqueada)

"Vai ver que os homens tem mais "tesão" que as mulheres ... eles não agüentam ficar sem ter o sexo ... a mulher dura mais, o homem não. Quer dizer a mulher agüenta mais, e eles já não agüentam. Por mais problema que ele tenha, mas ele está ali, "tesão" ali. Então, ele não sabe se conter com isso aí ... Eu acho que isso vai da cabeça deles mesmo. Cabeça. Cada um tem a sua cabeça, vai saber o que passa na cabeça deles..." (Amélia, laqueada)

"Ele [o marido] mudou, porque antes ele era mais durão, ele achava que mulher tinha que ter [relação sexual] na hora que ele quisesse. E agora não. Depois que... ele está bem mais vivido também. Então, agora ele já é mais carinhoso, já dedica mais, já vê que as coisas não é igual antigamente. Que até eu falo para ele que ele era mais grosso, mais ignorante. Já falo nessa parte ignorante, nessa parte de sexo. Agora não porque ele sabe respeitar. Porque ele era assim um tipo, antigamente como ele foi criado..." (Maria, laqueada)

"Olha, eu acho que a gente tem que entrar numa questão de gênero. Não dá para por um traço de igualdade e falar homem e mulher igual, entendeu? Eles... não que sejam diferentes, é diferente... é... Tem muitas igualdades e muitas diferenças, só que eu penso que tem a questão de gênero, do que é masculino, específico do masculino, e o que é específico do feminino...Porque a questão é a seguinte, e é o que eu tenho visto muito na sociedade atual. O menino inicia a sua vida sexual, se ele não a usar preservativo, não é ele que engravida, entendeu?. A questão biológica da gravidez, do parto, da maternagem acaba ficando com a mulher, e se isso é muito precipitado, acaba a mulher pagando um preço muito alto de ter queimado etapas" (Patrícia, usuária de DIU)

"... mas eu acho que para os meninos, sempre os meninos levam vantagem em tudo, para os meninos é ótimo, porque o risco de gravidez, eles não engravidam, a responsabilidade que eles tem é nenhuma, fica só no bem bom. E depois sobra tudo para as meninas. Então, isso, muitas vezes a mulher acha que é uma conquista, que conquistou os direitos de ter a sexualidade, e a liberdade de, mas que não é. É mais fácil a mulher pegar AIDS do que um homem, então a mulher no final acaba se expondo muito mais, em todos os aspectos de gravidez, de doença de tudo..." (Luisa, usuária de DIU)

Em geral, as entrevistadas apontaram que as mulheres e os homens preocupam-se com seu corpo, para que ele esteja adequado aos padrões socialmente aceitos: não ser gordo, relaxado, ser saudável. Entre as entrevistadas que eram laqueadas foi dito que a preocupação das mulheres com o seu corpo está relacionada à sensualidade com que a

mulher é vista e tratada na sociedade em geral e, especialmente, nos meios de comunicação. Para essas mulheres, por vezes, a imagem da mulher é reduzida unicamente a um corpo sensual, apto para fazer sexo.

> *"... então, para a minha vida eu acho que está tudo errado. Esse... O corpo da mulher sendo explorado, a sensualidade. A mulher tem perdido o valor dela. Porque o valor da mulher não está só no sexo em fazer o sexo. Então, para mim eu acho que está errado, toda essa liberdade" (Sara, laqueada)*

> *"... lógico que [a mulher] se preocupa [com o corpo]. Ela se preocupa. Ficar bonitinha é ... para não perder meu o marido. Porque o meu marido pode ir lá arrumar outra, aquela coisa. Eu acho isso uma frescura, acho mesmo. Eu mesmo não ligo. Eu sou assim e se me quiser vai me aceitar do jeito que eu sou e não pela minha aparência..." (Amélia, laqueada)*

Entre as laqueadas também foi apontado que a preocupação com a estética depende bastante da idade e da condição financeira, sendo mais acentuada nas mulheres jovens e que vivem em melhor situação econômica.

> *"... [a preocupação com a estética] depende da idade ... as mais jovens pensam mais na beleza mesmo ... e acho que a condição financeira também influencia muito nisso..." (Marcela, laqueada)*

As entrevistadas que eram usuárias de métodos reversíveis consideraram que as mulheres devem estar preocupadas em manter seu corpo saudável e de uma forma com que elas se sintam bem, sem grande preocupação com os padrões da moda. Uma mulher disse que uma excessiva preocupação com a estética, por vezes, leva algumas mulheres a uma espécie de escravidão, em que vivem apenas para se enquadrarem nos padrões estéticos vigentes.

> *"... ah, pelo estético, para algumas mulheres chega a ser uma escravidão..." (Patrícia, usuária de DIU).*

> *"Ah, eu acho que desde que ela [a mulher] se sinta bem... acho que cada uma [tem o corpo] de um jeito. Se sentindo bem com o corpo que tem, se olhando e se gostando... Como deve cuidar? Ah, eu acho que, no meu caso, eu gosto de estar sempre fazendo ginástica, uma alimentação boa, eu acho que por aí você vai conseguindo manter, um corpo saudável..." (Ester, usuária de DIU)*

As entrevistadas, em geral, disseram preocupar-se em manter seu corpo bem apresentável e saudável, sem que isso constitua uma preocupação maior, muito marcante em sua vida. Algumas não identificaram um momento específico em suas vidas em que tenham começado a preocupar-se com seu corpo. Outras apontaram a adolescência, a fase de menina-moça, em que o corpo começa a transformar-se, como um momento marcante. Essas mulheres disseram que se preocupavam em estar " tão desenvolvidas" quanto as amigas/colegas. Outras assinalaram que os momentos de pós-parto tinham sido marcantes para elas, porque se preocupavam em recuperar a forma. Uma mulher, não laqueada, disse que só começou a preocupar-se com o seu corpo quando se separou.

"... não, nunca teve esse momento assim, eu nunca pensei, ah, eu estou com o corpo assim, estou gorda, estou feia, nunca aconteceu isso ..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

"Eu acho assim, que sempre após as gravidezes, eu procurava usar sempre uma cinta, fazer exercícios para poder voltar a forma, nunca relaxei também" (Sara, laqueada).

"Bom, eu penso que a menina moça, adolescente, isso é implacável ... começa a pensar ... e eu me lembro que eu demorei mais que as minhas amigas para ter seinho, para usar sutiãzinho. Eu morria de vontade, as minhas amigas usavam aqueles, menina-moça, eu era uma tábua, não tinha nada de busto, nada, nada ... eu queria que as pessoas vissem, eu lembro que eu usava a camisa de uniforme branca, e era aquela...cambraia de linha que a gente usava de linha, que era transparente. Ah, eu achava "chiquérrimo", o sutiã, assim a alcinha aparecer..." (Patrícia, usuária de DIU).

"É, quando eu comecei a ter, entre aspas, você sempre fica preocupada, mas é aquela coisa assim, você acaba se acomodando que você não se preocupa exatamente, em que fazer. E quando aconteceu da minha separação, inconscientemente eu já emagreci, bastante. Não foi uma coisa assim ah, eu vou emagrecer porque eu quero, eu emagreci inconscientemente mesmo, psicologicamente estava abalada, e aconteceu, aí depois que você passa aquele período, do choque vamos dizer, de transformação de vida, aí como eu já estava, e como eu gostaria de ficar, então hoje eu me policio, nesse sentido de manter" (Adriana, usuária de pílula)

Uma mulher, Leonor, usuária de DIU, associou consistentemente o cuidado com o corpo, que ela achava que toda mulher deve ter, apenas com higiene, asseio.

> *"... me preocupo com meu corpo, e como!... porque eu acho que é uma higiene, não é? Que a gente tem que ter, não é? Parte da mulher. Muito bom... [o corpo da mulher deve ser] bem limpo. Bem limpo. Humano, não é? Porque isto já [cabe] à mulher. Então, mulher tem que ser asseada... [as mulheres devem cuidar do seu corpo] Tomando banho, se embelezando, faço as unhas... tudo isso... minha vida tem sido ótima. Nossa! Sou muito higiênica... Ah! Eu comecei a pensar [em cuidar do meu corpo] nessa época*
>
> *porque eu já estava ficando mocinha. Então, todas as mocinhas ficam vaidosas, não é? Então, eu já comecei a me preocupar mais. Falei: 'Não, a partir de hoje as coisas mudam'. Então, a gente tem que ser mais asseada do que é, não é?" (Leonor, usuária de DIU)*

6.6 Bem-estar na vida das mulheres

De modo geral, as entrevistadas apontaram que amor, família, respeito e trabalho são os elementos essenciais para o bem-estar das mulheres, e o delas especificamente. Os bens materiais foram citados em segundo plano e como estando atrelados às condições de vida de cada mulher, de maneira que algumas podem desejar mais e outras menos para se sentir bem.

"... eu acho que é uma coisa que depende muito... uma pessoa que tem menos condição financeira sonha mais baixo, uma que tem mais condição financeira muito elevada sonha mais alto. Eu acho que depende muito de, do, de sentir que patamar que cada um está ..." (Marcela, laqueada)

"... se minha condição financeira melhorasse, eu queria estar mais sossegada, ter uma casa maior ... ter três filhos com uma casa pequena, não tem espaço..." (Soraia, usuária de coito interrompido)

Em geral, todas as entrevistadas disseram que o bem-estar dos filhos era fundamental para o seu próprio bem-estar. As mulheres laqueadas enfatizaram mais o valor da família como instituição, o da harmonia no ambiente familiar, para o seu bem-estar pessoal, enquanto as demais deram mais relevância à sua valorização como pessoa produtiva, que trabalha, que toma decisões, que assume responsabilidades.

"... ah, eu acho que a família [é o mais importante para o bem-estar]. No caso, os filhos, a família, a vida do lar, de poder também, como no meu caso, você estar sustentando as crianças, tudo. A nossa união, o relacionamento em casa, para mim é muito importante. Eu vejo que também em geral as pessoas assim também pensam isso ...." (Sara, laqueada)

"... eu acho que tem um filósofo que fala: "o que o homem precisa para ser feliz é de um trabalho e de um amor". Eu acho que eu tenho dois amores: o meu filho e meu marido, e tenho o trabalho que eu gosto, e eu acho que eu sou feliz ... fazendo um balanço, é importante ter um emprego, poder tomar

decisões, saber tomá-las. Ser socialmente produtivo, eu acho legal essas coisas, eu acho que isso faz parte da vida. Às vezes, eu fico pensando que eu não conseguiria assim ser uma madame entendeu? Mesmo que eu tivesse uma condição financeira muito boa .... " *(Patrícia, usuária de DIU)*

"Ah, eu acho que a mulher tem que ser sempre valorizada. Pelo o que ela é, pelo que ela faz, como mãe, como esposa, como filha... " *(Natalina, laqueada)*
"Importante para o meu bem-estar, eu acho que a minha família, a saúde da minha família é muito importante para o meu bem estar, a minha saúde também, a minha realização profissional, ter amigos, é muito importante ter amigos, então acho que é bom, só isso... " *(Luisa, usuária de DIU)*

"Ah, acho que estar bem, sempre com filho, o filho estar sempre bem, acho que a mulher sempre espera assim, é de estar bem em casa, da convivência que vai interferir na vida da criança, do filho, e eu acho que espera estar sempre bem em casa com o marido, para poder ter uma vida legal...[para o meu bem-estar, o que contribui é] ter a vida assim que eu sempre tive vontade de ter, de trabalhar, de poder ter, de poder ter o meu filho, de poder criar ele bem, então acho que é isso... atualmente o que eu mais desejo, é conseguir a nossa casa, eu e meu marido a gente conseguir ter a nossa casa, coisa que a gente está lutando faz tempo. Então é conseguir ter, dar uma vida melhor para o nosso filho. É isso que a gente procura pensar, estar sempre, querer estar bem" *(Ester, usuária de DIU)*

7. DO DITO AO NÃO DITO: DESVELANDO AS FALAS DAS MULHERES ESTERILIZADAS E NÃO ESTERILIZADAS

De modo geral, foi possível observar que as entrevistadas que eram laqueadas, comparadas às demais, representavam a maternidade como o papel social preponderante na sua vida e na das mulheres em geral. Entre elas, foi mais freqüente a postura de que "a mulher nasceu para ser mãe", isto faz parte da natureza e, portanto, seria essencial para definir o que é ser mulher. Em contraposição, entre as usuárias de métodos reversíveis, a maternidade foi reconhecida como uma possibilidade fortemente desejada como parte de seu potencial de realizações, mas não como a característica que definia sua condição de mulher.

Efetivamente, a maternidade parece ter ocupado posições distintas no imaginário das participantes deste estudo e, mais ainda, em seus projetos de vida. Embora em ambos os grupos, em boa parte dos casos, a primeira gravidez tenha ocorrido em momento não planejado, entre as laqueadas havia uma expectativa de maternidade sempre presente, desde a infância, ao contrário do que se observou entre as usuárias de métodos reversíveis. As entrevistadas que se haviam submetido à laqueadura tinham incluído a maternidade de forma explícita e central em seu projeto de vida, o que já não foi freqüente no outro grupo. Entre as usuárias de MACs reversíveis, percebe-se que outros elementos tinham prioridade em seu projeto de vida, tais como estudo e trabalho; e, nos casos em que a primeira gravidez dessas mulheres ocorreu em momento não planejado, ela modificou temporariamente esse projeto.

A impressão que se forma ao analisar o conteúdo dos depoimentos aqui incluídos é a de que as mulheres do grupo de não laqueadas desejavam a maternidade como parte de um projeto de vida bastante amplo. Por isto mesmo, não pensavam em ter muitos

filhos. Queriam experimentar a maternidade, mas não pretendiam que ela se tornasse seu objetivo de vida. Para as outras mulheres, entretanto, a maternidade ocupava o centro de suas vidas, em torno do qual todas as outras decisões, todo o seu projeto de vida passou a estruturar-se.

Em contraposição a essa distinção quanto à representação da maternidade, é interessante observar que a representação das mulheres acerca da paternidade e do desejo dos homens serem pais foi quase homogênea. Ainda que duas mulheres laqueadas chegassem a dizer que "o homem, assim como a mulher nasceu para ser mãe, também nasceu para ser pai", no desenvolvimento de seu pensamento acerca disso, elas afirmaram que nem todos os homens apreciam e comprometem-se com a experiência da paternidade. Essa também foi a opinião de todas as demais entrevistadas, que consideraram que a paternidade não é o destino natural do homem.

Essas observações, propiciadas pelos depoimentos que fazem parte deste estudo, levam a discutir a representação da maternidade como um dos aspectos decisivos na auto-definição da identidade das mulheres. Recoloca-se aqui a discussão sobre a maneira como a sociedade vê as mulheres e como essas definem-se em função de tal perspectiva. Adotando uma abordagem de gênero, há que se relembrar aqui o que já foi salientado na Introdução desta tese. A sociedade ocidental tem tratado a mulher como um ser que vive para os outros, em contraposição aos homens, que viveriam para si mesmos, na busca da concretização de seus projetos. O conceito, que se tem

construído socialmente acerca da mulher, baseia-se em seu papel de reprodutora e de maior responsável pela reprodução, entendida de modo mais global e não apenas restrita à procriação em si. Isto significa que as mulheres são vistas como aquelas pessoas que naturalmente estão vocacionadas à maternidade e que são responsáveis socialmente por procriar e educar as crianças (HEILBORN 1995; FIGUEROA-PEREA, 1998; BANDEIRA 1999).

Por outro lado, socialmente, os homens não são vistos primeiramente como pais, no mesmo nível em que as mulheres são vistas como mães. O modelo considerado adequado, distintivo da masculinidade, é o do "pai-provedor", em detrimento do "pai-cuidador" que, inclusive, é visto com certas restrições, como se não estivesse representando seu papel correto na vida social (ENGLE e LEONARD 1998). Nesse modelo, mesmo quando, na vida cotidiana, os homens dividem com as mulheres as tarefas domésticas e a responsabilidade financeira, continuam a sentirem-se responsáveis pela manutenção da autoridade moral familiar, bem como, muitas vezes, as próprias mulheres cobram deles essa postura (ENGLE e LEONARD 1998; ARILHA 1999).

Vê-se, portanto, que é comum a associação do ser mulher às condições biológicas e à esfera familiar, enquanto a identidade masculina firma-se na esfera pública, legitimando o papel do homem como provedor e protetor da família (BANDEIRA 1999). Nesse contexto, não é surpresa que parte das entrevistadas tenha reproduzido em seus depoimentos essa perspectiva, se bem que, por vezes, estivesse diluída em um discurso aparentemente mais moderno, até matizado com algumas expressões consagradas na luta feminista. Em seus depoimentos, as mulheres laqueadas

colocaram-se essencialmente como mães, fato totalmente naturalizado por elas. As mulheres não esterilizadas, porém, se por um lado afirmaram que ser mãe era algo importante para elas, relativizaram o valor dessa experiência, comparando-a à realização propiciada pelo desempenho de outros papéis que elas reconheciam como seus, especialmente o de trabalhadoras.

A interpretação para tal diferenciação entre as participantes do estudo permite reter o debate na teoria feminista, típico da década de 1980, que girou em torno da oposição entre "essencialismo", cujo argumento básico é o de que haveria algum fundamento para a definição da categoria "mulheres" com base na natureza feminina, e "antiessencialismo", que argumenta que "as mulheres" constituem uma categoria histórica, específica e socialmente construída (STABILE 1999). No caso das mulheres entrevistadas, o importante a destacar é que as que haviam optado pela esterilização, embora assumissem uma postura essencialista em relação a elas mesmas, na medida em que viam seu papel de mulher naturalizado e reduzido à função biológica da reprodução, não faziam o mesmo em relação aos homens, por entenderem que a definição dos papéis deles é construída socialmente. Para o grupo de não esterilizadas, ao contrário, a postura se aproximaria da posição "antiessencialista", na medida em que reconheciam uma diferenciação social dos papéis das mulheres, não entendendo as diferenças entre homens e mulheres como inerentes a uma essência biológica imutável.

O discurso das entrevistadas, portanto, acompanha a intensa discussão, nas últimas décadas, acerca dos direitos e da valorização da mulher como pessoa e como cidadã. Os movimentos de mulheres têm lutado e alcançado maior autonomia, impondo aos

próprios homens a reflexão acerca de seus papéis (ARILHA 1999). Ao mesmo tempo, seus argumentos têm-se popularizado e estão presentes nos discursos das pessoas de modo geral, ainda entre aquelas cuja prática não pode ser classificada como feminista.

Por outro lado, a contraposição entre mulheres laqueadas e não laqueadas, quanto ao significado da maternidade em seu projeto de vida, aponta para a pluralidade de identidades de gênero assumidas pelas mulheres em nossa sociedade. Pelas próprias características do processo de constituição das identidades, já discutidas na Introdução (SILVA 2000; CIAMPA 1992), não se pode pensar que as mulheres possuam uma única identidade, monolítica, unívoca. Ainda mais, quando se enfoca a identidade de gênero, não se pode falar que exista um único padrão vigente, mas uma multiplicidade de tipos de relações de gênero, que levam diferentes mulheres a assumirem diferentes identidades de gênero ou, mais ainda, fazem as mesmas mulheres redefinirem constantemente essa identidade, de acordo com suas circunstâncias de vida (VAITSMAN 1997).

Os depoimentos colhidos para este estudo vão ao encontro das proposições de CARSON (1995), no sentido de que a identidade de gênero das mulheres, em um dado momento e espaço historicamente determinados, resulta da articulação de três eixos: a) a maternidade e o ser mãe, b) o matrimônio ou a união e o ser esposa ou companheira, e c) o trabalho ou a profissão e o ser trabalhadora ou profissional. Para esse autor, cada mulher resolve a sua identidade de gênero de acordo com a maneira como cada um desses eixos é de fato e simbolicamente percebido, valorizado, interiorizado e vivenciado. Foi justamente na articulação desses eixos que as participantes deste estudo representaram suas identidades de forma distinta, privilegiando ou não a maternidade como eixo preponderante.

CARSON (1995) também enfatiza que existe a tendência das mulheres situarem o eixo do trabalho como o segundo colocado na construção de suas identidades, em detrimento do eixo do matrimônio/união, sobretudo quando vivem em países em que é bastante relevante a sua participação no mercado de trabalho. Isto porque a união nem sempre é vista pelas mulheres como estando dissociada da possibilidade da maternidade, de ser mãe e, não raramente, as mulheres referem-se à união ou ao casamento como um meio para tornarem-se mães. Neste estudo, de fato, as mulheres, de modo geral, não deram grande ênfase aos aspectos relativos ao matrimônio, mas centralizaram as suas falas acerca de sua união nos filhos e em como elas e seus companheiros tratavam as questões relativas a cuidar dos filhos e da vida doméstica.

Tendo em vista que as entrevistadas para este estudo representaram sua identidade de gênero principalmente a partir da articulação de dois eixos: maternidade-união e trabalho, é importante refletir acerca da relação trabalho fora de casa e maternidade, detectada nos depoimentos das mulheres.

Embora, de forma geral, todas as participantes do estudo tenham avaliado como significativamente positivo para a vida das mulheres o trabalho fora de casa, não deixou de aparecer a preocupação de que este interfere com as funções e responsabilidades da maternidade, podendo vir a prejudicar os filhos e, por extensão, a família. Uma mulher, usuária de DIU, expressou o conflito que vivenciava entre seu papel de mãe e o de trabalhadora, chegando a falar em ter remorso de ficar tanto tempo longe da filha, pelo seu trabalho; ao mesmo tempo, porém, enfatizou que o trabalho era um elemento importante para o seu bem-estar e equilíbrio, o que, consequentemente, refletia-se em seu relacionamento com a filha e o marido.

Chama atenção que, entre as laqueadas, foi maior a ênfase sobre esse aspecto negativo do trabalho da mulher fora de casa, o que confirma a sua percepção de que seu papel social está centralizado na maternidade, e elas atribuíram a si próprias o dever de procurar uma alternativa que menos prejudicasse os filhos, como, por exemplo, um emprego de meio período. Assim, o trabalho fora de casa foi tratado pelas mulheres esterilizadas como exceção, como elemento perturbador da harmonia de seu papel de mãe e mulher de família. Ainda que elas tenham expressado sua apreciação por trabalhar fora de casa, também consideraram que ele produzia um ônus que elas mesmas deveriam suportar, com a sobrecarga de trabalho (em casa e fora) ou procurar acomodar, encontrando um emprego de tempo parcial. Enquanto isso, no grupo de usuárias de outros MACs, as entrevistadas enfatizaram que as mulheres têm direito ao trabalho fora de casa, como parte de sua realização pessoal, tanto quanto à maternidade. Assim sendo, a sociedade em geral deveria assumir a responsabilidade de prover suporte para as mulheres conciliarem trabalho e maternidade. Ou seja, elas consideravam que maternidade e trabalho são direitos das mulheres, que deveriam ser respeitados e socialmente reconhecidos, viabilizando-se os meios necessários ao seu exercício.

Até aqui, portanto, percebemos que as mulheres laqueadas apresentavam uma identidade de gênero fortemente centralizada no eixo maternidade-ser mãe, enquanto as demais representavam sua identidade na articulação em torno desse eixo e do trabalho, com certa preponderância desse último. Para esclarecer melhor essa questão da centralidade ou não da maternidade no projeto de vida das mulheres, outro aspecto que necessita ser considerado é o da relação entre esse eixo e a anticoncepção.

Coerentemente com sua postura acerca da maternidade e da paternidade, as entrevistadas, embora dissessem que as decisões reprodutivas de um casal devem ser tomadas em conjunto, afirmaram que elas é que sempre buscaram soluções para espaçar os nascimentos ou encerrar a possibilidade de reprodução, cabendo aos companheiros a concordância ou não com o(s) método(s) proposto(s) para tal. Ora, se elas entendiam que é mais importante para a mulher do que para o homem ter filhos, é lógico que assumissem como sendo sua a responsabilidade de controlar esse evento, na defesa de seus interesses. A diferença esteve em que, no grupo de usuárias de MACs reversíveis, ao contrário das laqueadas, as entrevistadas verbalizaram a opinião de que isso não deveria dar-se dessa maneira, mas que os homens deveriam partilhar com as mulheres, de fato, a responsabilidade das decisões contraceptivas. Porém, também foi nesse mesmo grupo que se reconheceu que, como não há opções eficazes de anticoncepção reversível para os homens, não há muito como as mulheres insistirem na participação deles nessa área. Resta-lhes assumir essa responsabilidade.

A discussão acerca da posição dos homens no processo reprodutivo tem emergido com força no cenário dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, especialmente depois da Conferência do Cairo e de Beijing. Ao longo dos anos 90, passou-se a enfatizar a importância dos homens nas escolhas reprodutivas em geral e, especialmente, na contracepção. Com a utilização das abordagens de gênero, o debate sobre os papéis masculinos nessa área passou a ser preponderante (MUNDIGO 1995; DUARTE 2000).

No bojo desse debate, a perspectiva patriarcal, de que o homem exerceria na esfera da reprodução o mesmo predomínio que lhe é atribuído em outras áreas da vida social, já tem sido questionado. Por exemplo, SMIGAY (1993) e FIGUEROA-PEREA e ZIGNONI (1995) apontaram que esse predomínio dos homens também na reprodução é passível de contestação, quando se enfoca o papel secundário que comumente é atribuído a eles na concretização do processo reprodutivo. Para esses autores, a anticoncepção, a gravidez, o parto e a criação dos filhos são considerados de responsabilidade exclusiva das mulheres, de tal forma que o papel do homem nesta trama social é o de mero colaborador, ajudando de forma esporádica quando necessário. Resultados de pesquisa feita em São Paulo (ARILHA 1999) também indicaram que, tanto os homens quanto as mulheres consideravam que a liderança dos processos reprodutivos é das mulheres, ao mesmo tempo em que é dos homens a responsabilidade de sustentar a família. Desta forma, ARILHA (1999) pondera que os homens tendem a intervir nas decisões reprodutivas na condição de provedores da família. Essa autora salienta que eles percebem o seu papel reprodutivo como sendo social e não corporal, e por esta razão agem nessa esfera motivados por seu senso de dever para com a família, deixando a prática cotidiana e corporal da anticoncepção sob o controle das mulheres.

Essa perspectiva de que as mulheres, em contraposição ao que ocorre com os homens, vêem a reprodução realizar-se ou não no seu corpo, e sentem-se compelidas a agir sobre ela, ficou bastante evidente nos depoimentos das mulheres entrevistadas neste estudo, especialmente quando elas falaram das decisões acerca do uso de métodos anticoncepcionais. As falas das mulheres laqueadas, portanto, estiveram marcadas por uma interpretação essencialista dessa situação (STABILE 1999;

WOODWARD 2000), enquanto as outras tenderam a questioná-la, evidenciando certa consciência das relações de gênero envolvidas, mas acabaram por aceitar sua condição de responsáveis pela busca de alternativas anticoncepcionais em face da inexistência de opções para os homens.

Essa questão da disponibilidade de métodos masculinos de anticoncepção também tem estado em evidência, no lastro da discussão acerca da participação dos homens nas decisões reprodutivas. Os métodos de participação masculina restringem-se ao preservativo (masculino e feminino), coito interrompido, métodos comportamentais em geral e à vasectomia. Dentre eles, os reversíveis tendem a ser descartados ou descontinuados por dúvidas quanto à sua eficácia e ao medo de falha, além dos preconceitos relativos ao uso do preservativo (MUNDIGO 1995; RINGHEIM 1996). Nesse contexto, não se pode dizer que os avanços no sentido de disponibilizar métodos de participação masculina tenham acompanhado, até aqui, a grande ênfase discursiva acerca da necessidade de levar os homens a serem mais participativos na anticoncepção. O progresso nesse campo tem sido bastante lento e não se espera para logo alguma novidade, embora nas últimas duas décadas tenham sido investidos significativos recursos, visando a desenvolver um método hormonal reversível para os homens (WU 1988; STOCK e HABENICHT 1999; MARCHI 2001).

A não disponibilidade de métodos reversíveis masculinos de alta eficácia soma-se à centralidade desse aspecto na busca das mulheres por um método anticoncepcional (COSTA et al. 1996; OSIS et al. 1997; MINELLA 1998), para justificar e cristalizar essa perspectiva de que as decisões quanto ao uso dos contraceptivos cabe, na prática, às mulheres.

Essa discussão acerca dos papéis de mulheres e homens nas decisões reprodutivas, tal como colocada até este ponto, poderia produzir a falsa idéia de que, se as mulheres coordenam o processo reprodutivo e os homens tendem a reconhecer ou acomodar-se a isto (ARILHA 1999), então elas percebem-se como autônomas e como detentoras do poder para decidir livremente acerca do método a ser utilizado e da sua trajetória reprodutiva. Porém, assumir a responsabilidade por essas decisões não equivale a ser e perceber-se como autônoma, capaz de tomar decisões livres e informadas para controlar sua fecundidade.

Nos depoimentos das entrevistadas que eram laqueadas percebeu-se que as decisões reprodutivas haviam sido impostas a elas pelas circunstâncias, na maior parte de sua trajetória de vida. Ou seja, elas percebiam o processo reprodutivo e o seu papel nessa área como dado, pré-definido, naturalizado. Aos olhos dessas mulheres, não lhes cabia dirigir ou coordenar esse processo, pois ele simplesmente acontecia, por si só, independente de seu controle. Elas precisavam encontrar meios de conduzirem-se dentro dele, acomodarem-se às circunstâncias, dada a visão essencialista com que representavam seus papéis sociais de mãe e mulher. Nesta perspectiva tratava-se, portanto, de comportarem-se como atores de suas histórias ou trajetórias de vida e não como sujeitos ou autores das mesmas.

De maneira distinta, o depoimento das outras mulheres, não laqueadas, em alguns momentos permitiu observar que elas percebiam em si mesmas certo poder para tomar decisões e fazer opções que podiam alterar o processo reprodutivo em suas vidas, adequando-o ou readequando-o ao seu projeto de vida. Ao mesmo tempo, sua maneira de falar acerca da decisão de não ter mais filhos parece indicar que se percebiam como capazes de controlar essa possibilidade, até mesmo mudando de idéia no futuro, voltando a querer ter mais filhos, razão pela qual não desejavam

adotar uma medida radical, de difícil reversão, como o é a esterilização cirúrgica. Sua perspectiva sempre foi, pois, de sujeitos sociais ou autores de suas histórias ou trajetórias de vida. Em contrapartida, para as entrevistadas que haviam feito a laqueadura, esta apareceu como uma condição necessária para que elas pudessem encerrar esse aspecto do processo reprodutivo, não precisassem mais preocupar-se com ele, que muitas vezes fugia ao seu controle, e pudessem concentrar-se em outro aspecto, a criação dos filhos. Mais uma vez, observa-se a redução de seu papel, agora ao de mãe.

Para ampliar a compreensão acerca das razões pelas quais algumas mulheres, quando não querem mais ter filhos, optam pela esterilização cirúrgica, enquanto que outras continuam preferindo os métodos reversíveis, não se pode deixar de considerar aqui o significado da anticoncepção para as mulheres. Conforme já exposto na Introdução desta tese, é freqüente as mulheres considerarem que a realização da ligação de trompas traz alívio para o combate, a luta diária, que a contracepção significa para boa parte delas, liberando-as de uma grande preocupação (COSTA et al. 1996; SERRUYA 1996). De forma global, é claro que a falta de acesso à informação adequada e à provisão de uma variada gama de métodos anticoncepcionais, capazes de atender às necessidades de distintas mulheres, em diversas etapas de sua vida, relacionam-se à opção pela laqueadura como forma de regulação da fecundidade. Isto já tem sido largamente apontado por estudos de natureza sócio-epidemiológica, que se debruçaram sobre o grande crescimento da prevalência da esterilização cirúrgica no Brasil na década de 80 e até a metade dos anos 90 do século passado (PINOTTI et al. 1990; OSIS et al. 1993; HARDY et al. 1993; BERQUÓ 1994; VIEIRA 1994, 1998).

Ao mesmo tempo, estudos similares aos acima referidos e outros de natureza qualitativa vêm evidenciando que as mulheres que optam pela esterilização são, em geral, as que começam a ter filhos mais cedo, ainda na adolescência, e que não conseguem um espaçamento adequado entre os nascimentos, freqüentemente pelo insucesso no uso de MACs (SERRUYA 1996; MINELLA 1998; VIEIRA 1998; OSIS 1999; OSIS et al. 1999). Essa situação também evidenciou-se nos depoimentos das mulheres laqueadas entrevistadas neste estudo, que marcadamente tiveram sua primeira gravidez quando eram bem jovens, sem planejá-la, experimentaram dificuldades com a anticoncepção, de maneira que o intervalo entre os filhos foi pequeno, na maior parte das vezes também não planejado.

A essa altura, portanto, considerando conjuntamente os estudos sócio-epidemiológicos e qualitativos já referidos e os resultados aqui apresentados, cabe questionar se as mulheres, que acabaram fazendo laqueadura, passaram por essa situação, porque não conseguiram uma forma eficaz de anticoncepção, ou se não conseguiram tal forma porque, na verdade, em seu íntimo, isto não era uma prioridade, parte relevante de seu projeto de vida. Isto porque não se apercebiam da necessidade de regular a sua fecundidade, uma vez que, para elas, na sua visão essencialista de mulher, seu destino natural e inevitável seria a maternidade. A análise do conteúdo dos depoimentos aqui discutidos faz com que essa última interpretação pareça mais coerente, indicando que as entrevistadas, que haviam-se submetido à esterilização cirúrgica entendiam que procriar era o seu destino natural, aquilo que socialmente esperava-se delas. Sendo assim, o serem mães constituiu-se, de fato, no projeto de vida dessas mulheres. Por isto, quando elas consideraram que haviam cumprido tal destino e/ou não se viram com recursos suficientes para cuidar

dos filhos já tidos, buscaram a esterilização, para ter certeza de não engravidar mais e poder concentrar-se nesse outro aspecto da maternidade, que é a criação dos filhos. Em parte, elas entendiam que já haviam cumprido "a sua missão" de procriar, o que, aliás, foi dito por uma das entrevistadas, restando, ainda, a criação e educação dos filhos.

A laqueadura tem sido representada pelas mulheres como uma forma de encerrar a sua trajetória procriativa e, ao mesmo tempo, viabilizar o andamento satisfatório e o cumprimento daquilo que elas entendem como sendo a sua responsabilidade para com a criação e educação dos filhos, como já haviam observado BERQUÓ e ARILHA (1995) e SERRUYA (1996). Nesse sentido, a esterilização é vista como uma forma de racionalizar melhor os recursos da família, sobremodo em momentos de crise. Essa "utilidade" da esterilização, evidenciada nos depoimentos das mulheres que haviam optado por ela, vai ao encontro do que comumente tem-se observado em outros estudos (VIEIRA 1994; PINOTTI et al. 1986; HARDY et al. 1991a, 1996; OSIS et al. 1997), dando conta de que as mulheres justificam a sua opção pela laqueadura principalmente em vista das condições econômicas da família, que não permitiriam a chegada de mais um filho. Essa constatação vem reforçar a idéia de que a opção pela laqueadura nem sempre consiste (o que ocorre com freqüência) na expressão do exercício do direito reprodutivo das mulheres regularem a sua fecundidade conforme o seu desejo. Não raramente, essa opção apresenta-se às mulheres como a única alternativa segura de evitar novas gravidezes e de poder levar adiante, de forma equilibrada, a economia familiar. Ao mesmo tempo, essa limitação radical do número de filhos é vista pelas mulheres laqueadas como indicador do seu bom desempenho no papel de mães. Elas se vêem como melhores mães, porque vão

poder cuidar melhor dos filhos já tidos. Para HEILBORN (1995), na medida em que as diferenças biológicas anatômicas entre homens e mulheres são tomadas, no que diz respeito à procriação, para determinar os papéis sociais de cada um, evidencia-se como natural que tudo o que se refere à procriação, no caso, o cuidado e criação dos filhos, seja considerado como atribuições das mulheres, como assunto feminino.

Percebe-se, portanto, que, as mulheres que haviam sido esterilizadas, reelaboraram sua representação da maternidade, ampliando-a à medida em que as condições de vida lhes impuseram a necessidade de deixar de procriar. Para elas, então, o ser mãe passou a englobar não apenas a capacidade de gerar crianças, mas também a responsabilidade de criá-las e educá-las. Desta forma, elas representavam a laqueadura como um meio de viabilizar a realização completa da maternidade, consumando a criação dos filhos com os melhores recursos possíveis, contrasta com a fala das mulheres no momento em que estão solicitando a esterilização cirúrgica, ou que a ela se submeteram recentemente. Nessas circunstâncias, MARCOLINO (1994), COSTA et al.(1996) e SERRUYA (1996) observaram que as mulheres viam na laqueadura o caminho de sua realização pessoal, especialmente por liberá-las para o mercado de trabalho. Porém, ao observar as falas de mulheres esterilizadas há mais tempo, como as que participaram deste estudo, evidencia-se que, em geral, aquela perspectiva de realização pessoal por meio do trabalho remunerado já aparece reelaborada, relativizada, de maneira que a representação da laqueadura para essas mulheres acaba centralizando-se na idéia de que a cirurgia foi o melhor caminho para que elas pudessem ser boas mães, completas, podendo trabalhar mais para suprir as necessidades dos filhos.

Por outro lado, as mulheres que, embora não quisessem ter mais filhos, preferiam usar MACs reversíveis, entendiam que a regulação de sua fecundidade era uma necessidade para melhor viabilizar por completo seu projeto de vida, especialmente vinculado à realização profissional. Também sentiam-se satisfeitas com sua experiência de maternidade e entendiam que ainda restava-lhes cumprir o aspecto da criação dos filhos. Porém, a sua perspectiva quanto a isso era distinta das laqueadas: elas também manifestaram seu sentimento de responsabilidade para com os filhos tidos e o desejo de dar-lhes o melhor, o que se incluía em suas motivações para não ter mais filhos, tendo em vista a sua situação econômica. Mas esse não foi o ponto principal de sua argumentação. Em suas falas, o principal argumento, para justificar a decisão de não querer ter mais filhos, foi a necessidade de conjugar o papel reprodutivo com o de trabalhadora profissional, visando à sua auto-realização pessoal. Se, no caso das mulheres laqueadas, a questão da identidade feminina se reduz e se identifica com papéis sociais tradicionalmente sancionados pela sociedade, no caso das não laqueadas, a identidade feminina transcende a identificação com os mesmos e as coloca na condição de sujeitos de sua história ou trajetória de vida.

Ao tratar da percepção das participantes quanto ao seu papel reprodutivo, também não se pode deixar de considerar as suas representações acerca da sexualidade. No conteúdo de seus depoimentos, foi possível observar que, para elas, de modo geral, a sexualidade estava restrita ao comportamento sexual, às relações sexuais em si, quando é lícito mantê-las, com quem. Nenhuma delas, laqueada ou não, extrapolou esse conceito em seu depoimento. Não se pode deixar de observar, também, que a sua percepção acerca do comportamento sexual estava enraizada em conceitos bastante conservadores, derivados de pontos de vista patriarcais, mas constantemente questionados.

É interessante observar como as próprias entrevistadas identificavam a origem desses conceitos acerca do comportamento sexual no contexto ultra-conservador e restritivo de sua adolescência e juventude, em que sexo era, via-de-regra, um assunto proibido, marcado pelo silêncio. Elas contrastaram essa realidade com o que viam no momento presente, no qual, em sua opinião, chegava-se ao extremo oposto, exagerando-se naquilo que se chama de liberdade sexual. Para elas, a liberdade sexual estaria muito mais na possibilidade de quebrar o silêncio e falar livremente sobre sexo, e não em praticá-lo sem restrições. Nesse sentido, elas manifestaram seu desejo de possibilitar aos filhos essa maior liberdade, para que eles pudessem receber a informação e formação que elas julgavam não haver recebido, e que lhes fizera falta.

Quando se enfocou a representação que as entrevistadas tinham acerca do corpo, ficou explícito que as laqueadas representavam seu corpo, e o das mulheres em geral, como o corpo reprodutor, por um lado, e, por outro, como o corpo explorado sexualmente, um objeto de uso dos homens e da sociedade em geral, que elas viam como pertencendo aos homens. Suas preocupações com o próprio corpo indicavam que elas o representavam como sendo um corpo para os outros: para os homens admirarem, desejarem, usufruírem, bem como um corpo saudável para a maternidade.

As demais participantes do estudo, usuárias de MACs reversíveis, também revelaram preocupação com o corpo reprodutor, que deve ser saudável, porém, entre elas prevaleceu a representação do corpo para si, que deveria ser saudável e causar bem-estar primeiramente a elas próprias. Elas se reconheciam como responsáveis por seu corpo, por cuidar dele para si próprias e não apenas para os outros e/ou para cumprir

seu papel reprodutivo. Ao contrário das laqueadas, portanto, essas mulheres representavam seus corpos de forma distinta da tradicional perspectiva de gênero, de subordinação do corpo feminino ao exercício da reprodução (TURNER 1984; BANDEIRA 1999; CALDERON 2000), percebendo-se como capazes de atuar sobre os seus corpos, em primeiro lugar, em favor de si mesmas.

Nos depoimentos das mulheres, ficou evidenciado que elas percebiam muito bem a divisão sexual no seu entorno, sendo que algumas delas, inclusive, referiram haver vivenciado relações bem "machistas" nessa área. Entretanto, prevaleceu a tendência de naturalizar esse aspecto, mesmo quando elas diziam que essa diferença, quanto ao que se aceita no comportamento sexual das mulheres e dos homens, advém da educação que estes recebem. Apenas uma mulher (não laqueada) chegou a utilizar a palavra gênero para explicar essa diferença. Aparentemente, portanto, não haveria distinção entre os grupos estudados quanto a isso, pois observou-se que as mulheres assimilaram, incorporaram para si próprias, os perfis tradicionais de gênero quanto ao comportamento sexual (VILLELA 1999).

GIDDENS (1993) considera que as possibilidades de desenvolvimento de capacidades, no nosso caso das mulheres, encontram-se atreladas à existência de uma realidade em que haja direitos sociais e políticos capazes de, num ideal de modernidade, permitir um espaço de construção da solidariedade como, por exemplo, a de gênero. Logo, a idéia presente é a de que uma atuação mais livre e autônoma da mulher, no espaço da intimidade, em relação à sexualidade, implique, de fato, na construção de relações de gênero mais igualitárias, o que parece não estar presente entre as mulheres entrevistadas. Isto porque somente a posse da plena autonomia,

Biblioteca/CIR
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

que se define para GIDDENS (1993, p. 202) como dada capacidade de auto-reflexão e auto-determinação dos indivíduos para "deliberar, julgar, escolher e agir diante de diferentes cursos de ação possíveis", permitiria a mulheres, como as entrevistadas nesta pesquisa, romper com padrões que tradicionalmente lhes imprimem uma visão de mundo onde somente ao homem cabe a vivência livre e autônoma da sexualidade. Diante disso, é possível constatar como o discurso das mulheres entrevistadas, laqueadas ou não, revela a internalização de símbolos culturais tradicionalmente disponíveis que sustentam, em bases institucionais, conceitos e processos normativos que ainda dão forma à sua identidade feminina.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados e discutidos permitem sustentar a hipótese da qual se partiu para a realização deste estudo, uma vez que se evidenciou que as mulheres, que optaram pela esterilização cirúrgica, em comparação com as demais, que usavam métodos reversíveis, eram as que vivenciavam relações de gênero mais próximas às do modelo tipo patriarcal. Isto na medida em que a maternidade se constituía no eixo fundamental de sua identidade social. Desta forma, emergiu o paradoxo de que, para essas mulheres, a opção pela laqueadura esteve relacionada à preponderância da maternidade em seu projeto de vida, constituindo-se no meio encontrado para elas reelaborarem sua auto-representação como mães, incluindo não só a procriação mas também a responsabilidade de criar e educar as crianças geradas. Portanto, a opção de ser esterilizada cirurgicamente não representou a negação de seu papel reprodutivo: ao contrário, apontou a centralidade da maternidade em sua identidade de gênero, sustentada por sua representação do corpo, o que configura a assunção de uma postura "essencialista" como visão de mundo e da sua condição feminina.

Essas representações contrastaram com as observadas entre as mulheres que, embora também não quisessem ter mais filhos, optaram por usar MACs reversíveis. Entre elas, a maternidade dividia com o trabalho remunerado a posição central na conformação da identidade de gênero, e essas mulheres eram capazes de olhar o mundo e a sua condição feminina com uma postura "antiessencialista". Sua postura era a de sujeitos e autores de seus projetos de vida, que incluíam não só a maternidade, mas igualmente a realização pessoal no trabalho.

Os resultados discutidos também permitem levantar uma nova hipótese acerca da satisfação ou insatisfação, arrependimento ou não, das mulheres que optam pela laqueadura. Uma vez que essa opção se acha relacionada à representação da maternidade, é possível pensar que, talvez, as mulheres mais sujeitas à insatisfação e/ou ao arrependimento sejam aquelas que, previamente à esterilização, não conseguem reelaborar sua representação de maternidade, de modo a incluir nela a criação e educação dos filhos, além da capacidade de procriação. Se assim for, essas mulheres, ao se verem esterilizadas, incapazes de procriar, também vêem reduzido o eixo central de sua identidade, tornando-se mais susceptíveis ao arrependimento e/ou à insatisfação, decorrido algum tempo desde a cirurgia.

Por outro lado, a representação da sexualidade não diferiu de forma relevante nos dois grupos estudados, de maneira que, em ambos, as mulheres não expressaram autonomia para vivenciar a sua sexualidade, bem como as suas falas expressaram a internalização de símbolos culturais tradicionalmente disponíveis, que conformavam suas identidades sexuais.

Esses achados levam a, mais uma vez, enfatizar a necessidade das orientações em saúde sexual e reprodutiva tomarem como ponto de partida a identidade de gênero das mulheres, e não apenas centralizarem seus esforços em ações educativas tecnicamente abundantes e corretas. Para que tais ações possam, de fato, produzir o efeito desejado, de esclarecimento e liberdade de opção, precisam partir das perspectivas das mulheres, dos significados que elas têm construído acerca de si mesmas, de seu papel reprodutivo, de sua sexualidade e de seu corpo. É necessário, enfim, ouvir ativamente as mulheres, antes de pretender determinar de forma ahistórica e normativamente o que é melhor para elas.

Nestes tempos, em que tanto têm-se debatido os direitos sexuais e reprodutivos e a necessidade de prover informações e serviços adequados nessa área, é fundamental que não se perca de vista como tais informações e serviços são disponibilizados e a maneira como se abordam as mulheres. Requerem-se serviços e profissionais que sejam sensíveis à identificação do imaginário feminino e de suas representações, para que saibam como tornar significativa a informação técnica a ser comunicada, de modo que esta possa, realmente, subsidiar as decisões nessa área.

Para isso, requer-se, primeiramente, que os capacitadores dos profissionais de saúde estejam motivados e convencidos de que a abordagem de gênero é a mais adequada para respeitar os direitos sexuais e reprodutivos, a ponto de que as mulheres possam encontrar, também nos serviços de saúde, espaços para refletir acerca desses direitos, de seus desejos, e sintam-se empoderadas a tomar decisões livres e informadas nessas áreas. Para que isso se viabilize, é preciso que os treinamentos para os profissionais de saúde reprodutiva já partam dessa abordagem de gênero em relação aos próprios treinandos; que sejam pensados a partir da realidade dos profissionais a serem capacitados, que sejam participativos, de forma que os próprios profissionais sejam capazes de refletir acerca de sua identidade de gênero e, assim, sensibilizem-se a propiciar os mesmos espaços à população que atendem.

Porém, não bastaria atuar apenas no âmbito dos serviços de saúde. Os resultados discutidos nesta tese apontam a necessidade de que a abordagem de gênero seja incorporada à educação, de modo geral. Trata-se de que meninas e meninos possam receber educação para a eqüidade de gênero, a ponto de que, como cidadãos, saibam fazer respeitar seus direitos e respeitem os direitos dos demais. Pensando nisso, é

preciso atuar sobre a formação dos professores desde o nível pré-escolar e o do ensino fundamental, para que as crianças possam ser atingidas e já cheguem à adolescência com subsídios para refletir acerca das relações de gênero em que se acharem envolvidas, especialmente quanto à sexualidade e à reprodução.

Sem dúvida, o que se propõe aqui não é algo fácil de ser feito. Ao contrário, trata-se de tarefa complexa e demanda grande esforço dos profissionais que atuam na área da saúde e da educação. Porém, mais ainda, essa empreitada exige medidas de intervenção adequadas através de políticas públicas, que viabilizem a formação e manutenção de profissionais sensibilizados e motivados para uma abordagem de gênero, bem como assegurem o acesso e a disponibilidade para a população de educação e atenção à saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade. Nesse aspecto, a produção científica e acadêmica deve ser utilizada como instrumento de pressão e de convencimento sobre o Estado, de maneira a que este se mova em direção a tal alvo.

9. REFERÊNCIAS

Alcalá MJ. **Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marcos de Acion.** Nueva York: Family Care International; 1995.

Almada RV, Zabala EA. Representaciones de la sexualidad femenina y sus influencias en el uso del metodo anticonceptivo DIU, en mujeres participantes del Programa de Orientación Sexual y Planificación Familiar del Hospital Materno Provincial de Córdoba. In: AEPA-CEDES-CENEP, editores. **Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad**. Buenos Aires; 1998. p.119-39.

Almeida PM, Wickerhauser H. **O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização**. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado; 1991.

Alvarenga A, Schor N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. **Saúde e Sociedade** 1998; 7(1): 87-110.

Arilha M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p.455-67.

Arruda JM, Rutenberg N, Morris L, Ferraz EA. **Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar: Brasil, 1986**. Rio de Janeiro: BEMFAM/IRD; 1987.

Bahamondes L, Petta CA, Faúndes A, Diaz J, Bedone A. Significado do recente aumento do número de solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. **Femina** 1992; 20:360-2.

Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão L, Díaz J organizadores. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: HUCITEC/Population Council; 1999. p.180-97.

Barbosa CP, Pellini EAJ, Reis AV, Sato M, Lesser R, Marques RS, et L. Avaliação do grau de insatisfação pós laqueadura tubária em São Bernardo do Campo. **Reprodução** 1994; 9:159-62.

Barbosa RM, Villela WV. Sterilization and sexual behaviour among women in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters** 1995; 5:37-46.

Barroso C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública.** 1984; 18:170-180.

Barzelatto J, Hempel M. **Reproductive health: a strategy for the 1990's**. New York: Ford Foundation; 1990.

Beauvoir, S. **The second sex.** New York: Vintage Books; 1974.

Bemfam – Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil, Macro International – Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996**. Rio de Janeiro; 1997.

Berquó E. A esterilização feminina no Brasil hoje. [Apresentado ao Encontro Internacional Saúde da mulher: um direito a ser conquistado; 1989 junho 5; Brasília DF, Brasil].

Berquó E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas** 1993; 1:366-81.

Berquó E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais** 1994; 11:19-26.

Berquó E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac E, Baltar da Rocha MI, organizadoras. **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: Prolap, ABEP, NEPO/UNICAMP; 1998a.

Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. [Apresentado à reunião do Grupo de Consulta acerca da Implementação da Anticoncepção Cirúrgica no Brasil. Promovido pelo Ministério da Saúde; 1998b abril 23-24; Brasília DF, Brasil].

Berquó E, Arilha M. **Esterilização: sintoma social**. Campinas: NEPO/UNICAMP; 1995. (Relatório final de pesquisa).

Berquó E, Oya DT. A esterilização feminina. In: Berquó E, Oliveira MCAF, Camargo CPF, editores. **A fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e sócio-econômicas**. São Paulo: CEBRAP/Editora Brasileira de Ciências; 1977. p.453-464.

Bordahl PE. The social and gynecological long-term consequences of tubal sterilization. **Acta Obstet Gynecol Scand** 1984; 63: 487-95.

Brioschi LR, Trigo MHB. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura** 1987; 39:631-7.

Cabral JT. **A sexualidade no mundo ocidental**. Campinas: Papirus; 1995.

Calderón VP. Yo (no) soy. Tú eres. Él es. La sexualidad de mujeres polisintomáticas de sectores empobrecidos desde la perspectiva de los servicios de atención primaria de salud. In: Gogna M, organizadora. **Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia**. Cedes – Centro de Estudios de Estado y Sociedad: Buenos Aires; 2000. p.23-74.

Carson AC. Entrelaçando consensos: reflexões sobre a dimensão social da identidade de gênero da mulher. **Cadernos Pagu** 1995; 4:187-218.

Castells C. **Perspectivas feministas en teoria política**. Barcelona: Piados; 1996. Introducción; p.9-30.

Centro Brasileiro de População - CEBRAP, Núcleo de Estudos de População - NEPO. **Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar**. **(Textos NEPO número 6)**. Campinas: NEPO, UNICAMP; 1986.

Cecatti JG, Faúndes A. **O impacto das altas taxas de cesarena sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil**. Campinas: CEMICAMP; 1996. (Relatório técnico final apresentado à Fundação Ford - Projeto de Saúde Reprodutiva: NEPO/CEMICAMP).

Chacham AS. Condicionantes socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da Rede Saúde** 2001; 23:44-47.

Ciampa AC. Identidade. In: Lane STM, Codo W, organizadores. **Psicologia social. O homem em movimento**. 10 ed. São Paulo:Brasiliense; 1992. p.58-75.

Corrêa S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais** 1993; 10:3-11.

Costa AM. **O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.

Costa RG, Osis MJD, Hardy E. Considerações sobre o processo de decisão pela laqueadura. In: **Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 1996 outubro 7-11; Caxambú MG, Brasil. Belo Horizonte: ABEP; 1996. p. 2523-35.

Destefano F, Perlman MD, Peterson HB, Diamond EL. Long-term risk of menstrual disturbances after tubal sterilization. **Am J Obstet Gynecol** 1985; 152:835-41.

Dixon-Mueller R. Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. In: Zeidenstein S e Moore K, editoras. **Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar**. Santiago de Chile: Population Council/ICMER; 1999. p.157-181.

Duarte GA. **Contracepção e aborto: perspectiva masculina**. São Paulo; 2000. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Engle PL, Leonard A. Los padres como compañeros en la crianza de los hijos In: Bruce J. **La familia en la mira: nuevas perspectivas sobre madres, padres e hijos.** New York: Population Council; 1998. p.49-69.

Faria VE. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. **Ciências Sociais Hoje** 1989; 62-103.

Faúndes A, Costa RG, Pádua KS, Perdigão AM. Associação entre prevalência da laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Públ.** 1998; 14 (Supl. 1):49-57.

Figueroa-Perea JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. **Cad. Saúde Públ.** 1998; 14 (Supl 1): 87-96.

Figueroa-Perea JG, Liendro-Zignoni E. La presencia del varón en la salud reproductiva. In: Hardy E, Osis MJD, Crespo ER, organizadoras. **Ciências sociais e medicina: atualidades e perspectivas latino-americanas**. Campinas: Cemicamp; 1995. p.193-225.

Fonseca Sobrinho D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1993.

Foucault M. **História da sexualidade I - a vontade de saber**. Trad. de MTC Albuquerque, JÁ Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

Foucault M. **Microfísica do poder**. Trad. de R Machado. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Taxas de fecundidade: Estado de São Paulo, Brasil e países selecionados. [on line] Disponível em http://www.seade.gov.br. [2001 maio 4].

Giddens A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Unesp; 1993.

Hardy E, Bahamondes L, Osis M.JD, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization, detectable before surgery. **Contraception** 1996; 54:159-62.

Hardy E, Osis M.JD, Costa RG. **Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo – Análise aprofundada dos dados**. Campinas: Cemicamp, 1991a. (Relatório – volume 2)

Hardy E, Osis MJD, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. **Reavaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo**. Campinas: Cemicamp, 1991b. (Relatório 1)

Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubárea precoce e durante cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. **Rev. Ginecol. Obst.** 1993; 4:70-6.

Heilborn ML. Gênero: uma breve introdução. In: Ribeiro das Neves MGR, Costa DM, organizadores. **Gênero e desenvolvimento institucional em ONGs**. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/NEMPP; 1995. p.9-14.

Hermann V, Souza GA. Síndrome pós-laqueadura. **Femina** 1985; setembro:845-9.

Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis** 1991; 1(2): 23-36.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Taxa de crescimento populacional anual e resultados preliminares do Censo 2000 [on line]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/censo [2001 maio 4].

Kornblit AL, Petracci M, Mendes AMD. Ser hombre, ser padre. Un estudio sobre las representaciones sociales de la paternidad. In: AEPA-CEDES-CENEP, editores. **Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad**. Buenos Aires; 1998. p.181-98.

Kosminsky E. Pesquisas qualitativas – a utilização da técnica de histórias de vida e de depoimentos pessoais em sociologia. **Ciência e Cultura** 1986; 38:30-6.

Lane STM. Estudos sobre a consciência. **Psicologia e Sociedade** 1996; 8(2): 95-105.

Marchi NM. **Vasectomia: razões da opção de casais pelo método**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Marcolino C. **Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico.** São Paulo; 1994. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review** 1996; 22: 47-75.

Medrado B. Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista. **Psicologia e Sociedade** 1998; 10(1):86-103.

Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.41-51.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cad. Saúde Públ.** 1998; 14 (Supl. 1):69-79.

Ministério Da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução 196/96 - Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética** 1996; 4:15-25.

Morell MGG, Campanário P. Hipótese da homogeneização da anticoncepção: evidências para uma polêmica. In: **Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais**; 1996 outubro 7-11; Caxambú MG, Brasil; Belo Horizonte: ABEP; 1996. p.1391-1411.

Mundigo AI. **Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade**. São Paulo: Fundação John D. e Catherine T. MacArthur; 1995.

Oliveira MCFA. **Família e reprodução**. São Paulo: FAU, 1976.

Osis MJD. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** Campinas; 1994 [Dissertação de mestrado - Departamento de Antropologia Social - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP].

Osis MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** 1998; 14 (Supl. 1):25-32.

Osis MJD. Esterilização e gravidez na adolescência: fatores interrelacionados. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, Mckay A., organizadoras. **Seminário Gravidez na Adolescência**. São Paulo: Associação Saúde da Família – ASF; 1999. p.67-73.

Osis MJD, Duarte GA, Bento SF. O que as mulheres pensam sobre a laqueadura tubária. [Apresentado ao IV Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina; 1997 junho 2-6; Cocoyoc, Morelos, México].

Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P. Conseqüência do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad Saúde Públ.** 1999; 15:521-32.

Osis MJD, Faúndes A, Souza MH, Bento SF. **Brazil: a comparative study of the consequences of the tubal ligation on the women's lives**. Campinas: Cemicamp, 1998. (Relatório final apresentado a Family Health Internationl – Women's Studies Project)

Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1993; 27(1):49-53.

Osis MJD, Hardy E, Simões IR, Vera S, Faúndes A. Laqueadura tubárea nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. **Rev. Ginecol. Obst.** 1990; 1(3):195-204.

Parker R. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. 2ª ed. Trad. de MTM Andrade. São Paulo: Best Seller; 1991.

Patton MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd Edition. London: Sage; 1990.

Perpetuo IHO, Aguirre MAC. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil.In: **XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)**; Caxambu MG, 1998. Campinas/Belo Horizonte: ABEP; 1998. p.2997-3023.

Philliber SG, Philliber WW. Social and psychological perspectives on voluntary sterilization: a review. **Studies in Family Planning** 1985; 16:1-29.

Pinotti JA, Diaz AJ, Diaz M, Hardy E, Faúndes A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. **Gin. Obst. Bras.** 1986; 9:304-9.

Pinotti JA, Faúndes A, Hardy E, Rebelo Simões I, Osis MJD, Souza TR, et al. Avaliação da Assistência Ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev Ginecol. Obst.** 1990; 1(1):7-21.

Pirotta KCM. **A mulher e a esterilização: do mito da emancipação ao desvelamento da subalternidade**. São Paulo; 1998. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Pollack AE. Esterilización masculina e femenina: consecuencias a largo plazo para la salud. **Outlook** 1993; 11:1-8.

Queiroz MIP. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". **Ciência e Cultura** 1987; 39:272-86.

Rago M. **Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

Ravindran TK. Women's health policies: organizing for change. **Reproductive Health Matters** 1995; 6:7-11.

Rigotto RM. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 1998; 3:116-30.

Ringheim K. Whither methods for men? Emerging gender issues in contraception. **Reproductive Health Matters** 1996; 7:79-89.

Rocha MIB. **Política demográfica e parlamento. Debates e decisões sobre o controle da natalidade. (Textos NEPO número 25)**. Campinas: NEPO/UNICAMP; 1993.

Rocha MIB. A saúde das mulheres e o legislativo. **Univ. Soc.** 1999; 9(20):76-79.

Rulin MC, Davidson AR, Philliber SG, Graves WL, Cushman LF. Changes in menstrual symptoms among sterilized and comparison women: a prospective study. **Obstetrics & Gynecology** 1989; 74:149-54.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade** 1990; 16:5-22.

Seidel J. **The Ethnograph** [programa de computador]. Version 5.0 Salt Lake City UT: Qualis Research Associates; 1998.

Sempreviva Organização Feminista – SOF. **Esterilização feminina**. São Paulo; 1994 (Série Saúde e Direitos Reprodutivos, volume 1).

Serruya S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Belém: UFPA-NAEA/UEPA; 1996.

Silva TT. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. Rio de Janeiro: Vozes; 2000. A produção social da identidade e da diferença; p.73-102.

Smigay, KE von **Paternidade negada: uma contribuição ao estudo do aborto provocado.** Belo Horizonte; 1993. [Dissertação de mestrado - Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG].

Spink MJP. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK MJP organizador. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; 1993. p.85-108.

Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizador. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez; 1999. p.41-61.

Stabile CA. Pós-modernismo, feminismo e Marx: notas do abismo. In: Wood EM, Foster JB, organizadores. **Em defesa da história. Marxismo e pós-modernismo**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar; 1999. p.145-160.

Stock G., Habenicht UF. Collaboration between industry and academia – prospects for male fertility control. **Int J Gynecol Obstet** 1999; 67:75-92.

Turner BS. **The body & society - explorations in social theory.** Oxford: Brasil Blackwell; 1984.

Vaitsman, J. Pluralidade de mundos entre mulheres urbanas de baixa renda. **Dados – Revista de Ciências Sociais** 1997; 40:303-19.

Vianna SA, Osis MJD, Cecatti JG. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em uma coorte de mulheres de Campinas, São Paulo, Brasil. In: **Anais da XV Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH)**; 1997 abril 27-30; Cusco, Peru; Cusco: ALIRH; 1997. p. 144.

Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev. Saúde Pública** 1994; 28:440-8.

Vieira EM. O arrependimento após esterilização feminina. **Cad Saúde Públ.** 1998; 14 (Supl.1): 59-68.

Villela WV. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo: HUCITEC/Population Council; 1999. p.310-323.

Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TT, organizador. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000; p.7-72.

Wilcox LS, Martinez-Schnell B, Peterson HB, Ware JH, Hughes JM. Menstrual function after tubal sterilization. **American Journal of Epidemiology** 1992; 135:1368-81.

World Health Organization – WHO. An assessment of the need for contraceptive introduction in Brazil. Geneva; 1994.

Wu FCW. Male contraception: current status and future prospects. **Clin Endocrinol** 1988; 29:443-465.

10. ANEXOS

ANEXO 1
ROTEIRO TEMÁTICO

ROTEIRO TEMÁTICO

Parte I

Gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua experiência de ter filhos, do uso de métodos anticoncepcionais e de sua vida sexual em geral.

Pergunta "quebra-gelo" : A gente ouve dizer que usar um método anticoncepcional é uma preocupação constante das mulheres. O que você acha disso? O que o uso de métodos traz como benefícios para as mulheres? Quais? Por que? Eles trazem prejuízos também? Quais? Por que?

1) Quando, em que época de sua vida, começou a preocupar-se com seu corpo? Que preocupação foi essa? Por que surgiu? Fez alguma coisa como resultado dessa preocupação? O que? Por que?
2) Quando, em que época de sua vida, começou a pensar em manter relações sexuais? Como foi isso?
3) Pensando em sua primeira relação sexual, pode me contar como tomou a decisão de ter essa relação? Como foi isso?
4) Nessa ocasião, estava usando algum método anticoncepcional?

   4a.) O que estava usando? Desde quando estava usando? Por que começou a usar? Discutiu esse assunto com alguém? Com quem? Por que?

   4b.) Por que não estava usando?
5) Depois que começou a ter relações sexuais, preocupou-se em evitar a gravidez? Por que? Discutiu isso com alguém? Quem? Por que? (Se não discutiu com o parceiro: Por que não discutiu o assunto com seu parceiro?) (Se discutiu com o parceiro: Qual foi a opinião dele? O que você achou disso?)
6) Quando, em que época de sua vida, pensou pela primeira vez em ter ou não ter filhos? O que a motivou a pensar sobre isso? O que pensou a esse respeito?
7) Como foi que tomou a decisão de ter o primeiro filho? Decidiu sozinha, discutiu ou não o assunto com seu companheiro? Por que? Qual opinião pesou mais nessa decisão? Por que?

8) Nessa época estava usando algum método anticoncepcional? Por que? Parou para engravidar?

9) Depois que teve o primeiro filho, usou ou não método anticoncepcional? Por que? Qual método usou? Por quanto tempo?

10) Voltou a engravidar depois disso? Quantas vezes? Pensando em cada uma dessas vezes, pode, por favor, contar-me como tomou essa decisão? Decidiu sozinha, discutiu-a ou não com o companheiro? Por que? Qual opinião pesou mais nessa decisão? Por que?

11) Desde que nasceu seu primeiro filho, que métodos anticoncepcionais tem usado? Como tem sido sua experiência com eles? O que têm trazido de positivo? E de negativo? Acha que existe um método ideal? Qual? Por que?

12) Como chegou à decisão de não ter mais filhos? Decidiu sozinha, discutiu ou não o assunto com seu companheiro? Qual opinião pesou mais nessa decisão? Por que? Alguma outra pessoa influenciou nessa decisão? Quem? Por que?

Para mulheres laqueadas

13) Como chegou à decisão de fazer a laqueadura? Como surgiu a idéia? Discutiu o assunto com seu companheiro? Qual foi a opinião dele? Como foi o processo até tomar uma decisão? Você diria que foi uma decisão tomada a dois ou um de vocês teve mais peso na decisão? Quem? Por que? Alguma outra pessoa influenciou nessa decisão? Quem? Por que?

14) Chegou a ser discutida a possibilidade de seu companheiro fazer a vasectomia? Por que? O que você acha disso?

15) Como é ser uma mulher laqueada? O que a laqueadura tem lhe trazido de benefícios? E de prejuízos?

16) Alguma vez se arrependeu de ter feito a laqueadura? Por que? Pensou ou não em engravidar novamente? Como foi isso? A que conclusão chegou? Discutiu esse assunto com seu companheiro? O que ele disse?

17) Acha que a laqueadura é 100% segura ou pode falhar? Como imagina que seria a sua reação se ela falhasse e você engravidasse? E a reação de seu companheiro? Por que?

Para mulheres não laqueadas

18) A partir do momento em que você decidiu que não queria ter mais filhos, como lidou com a necessidade de usar um método anticoncepcional? O que você pensou a esse respeito? Discutiu com outras pessoas acerca de qual método usar? Por que?

19) Como escolheu o método que está usando atualmente? Discutiu o assunto com seu companheiro? Qual foi a opinião dele? Qual opinião pesou mais na decisão? Por que?

20) Por que escolheu esse método e não outro? Que característica desse método mais pesou em sua decisão de escolhê-lo? Por que?

21) Acha que esse método é 100% seguro ou pode falhar? Como imagina que seria a sua reação se ele falhasse e você engravidasse? E a reação de seu companheiro? Por que?

22) E qual a sua opinião sobre a laqueadura? Considera que ela é um método 100% seguro ou pode falhar? Para quem é indicada? O que ela pode trazer de benefícios para as mulheres? E de prejuízos?

23) Chegou a pensar em fazer laqueadura? Por que? Por que não fez? Acha que algum dia irá fazê-la? Por que?

24) Chegou a pensar que seu companheiro poderia fazer a vasectomia? Por que? Discutiu isso com ele? Qual foi a opinião dele?

Parte II

Gostaria de saber sua opinião sobre os alguns assuntos:

1) Hoje em dia ouve-se falar muito em sexualidade, em liberdade sexual? O que entende por essas "coisas" que estão sendo tanto discutidas hoje em dia?

2) Pensando na sexualidade, acha que mulheres e homens são iguais ou diferentes em relação à maneira de lidar com isso? Por que?

3) Pensando em um casal, quem deve preocupar-se com a anticoncepção? Por que? (Isso acontece assim? É assim no seu caso e/ou de pessoas que você conhece?)

4) Quantos filhos um casal deve ter? Por que? Quem gosta mais de ter filhos, a mulher ou o homem? Nessa decisão, a opinião de quem pesa mais? Por que?

5) A mulher nasceu para ser mãe? Por que? E o homem, nasceu para ser pai? Por que?

6) Pensando em um casal, quem deve cuidar dos filhos? Como assim? Por que? Em relação a isso, há coisas que só a mãe deve fazer e outras que só o pai deve fazer? Quais? Por que?

7) Ainda pensando no dia a dia da vida de um casal, como devem ser tomadas as decisões? Por que? (Há decisões que cada membro do casal pode tomar sozinho ou devem decidir tudo juntos? Explorar: decisões sobre coisas corriqueiras comparadas a decisões "mais importantes")

ANEXO 2
FORMULÁRIO: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Laqueadura e representações sociais

Características sócio-demográficas das entrevistadas

1. Qual a sua idade? |__|__| ANOS

2. Qual a última série que a Sra. completou na escola?

_____

3. Atualmente a Sra. é solteira, casada, vive junto, separada/ divorciada ou viúva?

|1| SOLTEIRA

|2| CASADA

|3| UNIÃO CONSENSUAL (vivendo com parceiro)

|4| SEPARADA/DIVORCIADA

|5| VIÚVA

4. No total, quantos filhos a Sra. tem? |__|__| FILHOS

5. Que idade a Sra. tinha quando nasceu seu primeiro filho? |__|__| ANOS

6. Qual método para evitar a gravidez está utilizando?

|1| Laqueadura

|2| Outro método. Qual? _____

7. Há quanto tempo usa esse método/ fez a laqueadura?

|__|__| ANOS E |__|__| MESES

8. Atualmente, está realizando algum trabalho remunerado?

|1| SIM |2| NÃO

PASSAR À EXPLICAÇÃO

9. Qual é o seu trabalho?

EXPLICAÇÃO: "Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua família e sua casa"

10. Quem é o chefe-da-família em sua casa?

|1| EU MESMA
|2| OUTRA PESSOA. Quem? _____

11. Qual é o último ano de escola que _____ (ver 10 - chefe-da-família) cursou?

|1| Não estudou/primário incompleto ..... (0 pontos)
|2| Primário completo/ginasial incompleto ..... (5 pontos)
|3| Ginasial completo/colegial incompleto ..... (10 pontos)
|4| Colegial completo/universitário incompleto..... (15 pontos)
|5| Universitário completo ..... (21 pontos)

TOTAL DE PONTOS = _____

12. Na sua casa tem:

a)Aparelho de vídeo cassete/VCR?	| 1 | Não	| 2 |Sim	(10 pontos)	__
b)Máquina de lavar roupa?	| 1 | Não	| 2 |Sim	(8 pontos)	__
c)Geladeira?	| 1 | Não	| 2 |Sim	(7 pontos)	__
d)Aspirador de pó?	| 1 | Não	| 2 |Sim	(6 pontos)	__

TOTAL DE PONTOS = _____

13. Quantos_____(LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em casa?

Número possuído de cada item / pontos

Item	**Nenhum**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6 ou +**	**PONTOS**
a) Carro	0	4	9	13	18	22	26	_____
b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	_____
c) Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	_____
d) Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	_____
e) Rádios	0	2	3	5	6	8	9	_____

TOTAL DE PONTOS = _____

TOTAL DE PONTOS SOMADOS DAS PERGUNTAS 11, 12, 13 = _ PONTOS
ASSINALAR A ALTERNATIVA CORRETA:

|1| CLASSE A:= 89 PONTOS OU MAIS

|2| CLASSE B = 59-88 PONTOS

|3| CLASSE C = 35-58 PONTOS

|4| CLASSE D = 20-34 PONTOS

|5| CLASSE E = 0-19 PONTOS

ANEXO 3
LIVRO DE CODIFICAÇÃO

LAQUEADURA: Code Book All Code Words 01/02/01 114:42:04 Page 1

Code Word	Parent	Text	Level	Added	Modified
BEM-ESTAR	None		1	01/11/00	01/02/01
	O que as mulheres desejam, o que lhes faz sentirem-se bem				
CASAM/MAT	None		1	01/11/00	00/00/00
	Planos para o casamento e a maternidade desde a infância e em diferentes fases da vida				
DECI-GERAL	None		1	01/12/00	00/00/00
	Como se tomam as decisões em geral na vida do casal/dos casais				
DECIS-MAC	None		1	01/12/00	00/00/00
	Como tem sido o processo de escolher/decidir qual MAC usar. Quem influencia; postura do companheiro				
GRAVIDEZ1	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Circunstâncias/sentimento em relação à primeira gravidez				
GRAVIDEZ2	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Circunstâncias/sentimentos em relação à segunda gravidez				
GRAVIDEZ3	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Circunstâncias/sentimentos em relação à terceira gravidez				
LAQ/DECISÃ	None		1	01/11/00	00/00/00
	Como FOI o processo de decisão que culminou com a laqueadura				
LAQUEADURA	None		1	01/11/00	01/11/00
	Opinião sobre o método. Mudança na vida, conseqüências do uso				
MATER/PATE	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Como FOI o processo de decisão que culminou com a laqueadura				

LAQUEADURA: Code Book All Code Words 01/02/01 114:42:04 Page 2

Code Word	Parent	Text	Level	Added	Modified
PAPEIS	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	O que corresponde à mãe e ao pai				
PARAR-FILH	None		1	01/12/00	00/00/00
	Quando/circunst6ancias em que a mulher/casl começou a discutir o não ter mais filhos				
SEX/CORPO	None		1	01/11/00	00/00/00
	Opiniões sobre sexualidade e corpo, especialmente as difernças entre homens e mulheres				
TRAB-MULH	None		1	01/12/00	00/00/00
	Opinião sobre o significado do trabalho remunerado na vida da própria mulher e das mulheres em geral: aspectos positivos e negativos				
USO DE MAC	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Experiência com MAC				
VASECTOMIA	None	Yes	1	30/10/00	01/11/00
	Opinião sobre a vasectomia/discussão sobre fazê-la				

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ANEXO 4
EXEMPLO DE ENTREVISTA CODIFICADA

PROJETO LAQUEADURA 1
Entrevistadora: Graciana 3
Transcrição: Telma 5
Revisão: Graciana 7
Entrevista 02- Laqueada- Sara 9

#-MATER/PATE
M1. Muitas vezes, a gente 11 -#
escuta as pessoas dizerem assim: "Ah! 12 |
a mulher nasceu para ser mãe". "Essa é 13 |
a missão da mulher". O que que você 14 |
pensa disso? 15 |

(SILÊNCIO) 17 |

M. O importante é sua opinião, 19 |
não é nem o que é certo ou que é 20 |
errado, é sua opinião mesmo. 21 |

E. Ah! Eu acho que a mulher, ela se 23 |
realiza com a maternidade. Eu gosto 24 |
muito de criança e eu quis assim, 25 |
optei por ter três filhos, eu queria 26 |
ter os filhos. Eu acho isso muito 27 |
importante para mulher, acho que 28 |
completa a vida da mulher, o ser mãe. 29 |

M. E o ser pai, para o homem como que é 31 |
Você acha que o homem também nasceu 32 |
para ser pai? 33 |

E. Ah! Acho que sim. Mas eles não... é 35 |
diferente do que a mulher, acho que o 36 |
homem deixa muito assim a desejar. Se 37 |
bem que tem homens já que se... que se 38 |
apostam mesmo na paternidade, se doam 39 |
para os filhos, mas a maioria não. A 40 |
maioria é mais a mulher mesmo. 41 |

M. Então, você acha que quem gosta mais 43 |
de ter filho, o homem ou a mulher? 44 |

E. Ah! Eu acho que é a mulher. 46 |

(RISADA) 48 |

M. Por que? Porque será que é assim? 50 |

E. É... Não sei. Eu acho que é porque 52 |
a transformação do corpo, carregar a 53 |
criança. Então, a mulher curte mais a 54 |
gravidez. E o homem, ele deixa muito a 55 |
desejar. 56 |

M. E no caso assim da importância. Se 58 |
você pensar para quem é mais 59 |
importante ter filhos, para o homem ou 60 |
para a mulher? Se, por exemplo, se tem 61 |
um problema de esterilidade, quem que 62 |
dá mais importância para isso, o homem 63 |
ou a mulher? 64 |

E. Ah! Eu acho que aí os dois. Eu acho 66 |
que aí os dois, tanto o homem quer ter 67 |
o filho como a mulher também. 68 |

M. Hunrum, está certo. 70 -#

#-GRAVIDEZ1
M2. Então, você estava me falando dos 72 -#
seus filhos. Você têm 3 filhos. Como 73 |
é que foi assim a sua experiência, 74 |
como é que tem sido a sua experiência 75 |
de ser mãe? Como é que surgiram os 76 |
filhos na sua vida? Quando é que 77 |
nasceu o primeiro? Como é que foi 78 |
isso? 79 |

E. É... Eu casei com 18 anos. Aí, eu 81 |
tomei comprimido 4 meses. Um mês que 82 |
eu não tomei comprimido, já fiquei 83 |
grávida. Então, não foi bem assim 84 |
programado, mas eu fiquei contente e 85 |
tudo, com a gravidez. Aí, com 19 anos 86 |
já tive o primeiro filho. Depois... 87 |
você quer que eu continuo falando? 88 -#

M. Isso. Pode contando, vamos... 90

#-GRAVIDEZ2
E. Depois, daí o segundo filho nasceu 92 -#
depois de 3 anos e 4 meses. Só que o 93 |
segundo filho eu fiquei grávida com o 94 |
DIU. Já estava com o DIU há um ano e 95 |
meio, e aí eu fiquei grávida com o 96 |
DIU. E quando eu descobri que eu 97 |

estava grávida que fui no médico, o 98 |
médico queria tirar o DIU, mas falou 99 |
que poderia acontecer um aborto. 100 |
Então, eu não quis tirar de imediato. 101 |
Aí, quando eu fui na outra consulta, 102 |
já não podia tirar, porque não tinha 103 |
mais como puxar o DIU. Então, foi uma 104 |
gravidez assim, que a gravidez 105 |
inteira fiquei preocupada com o DIU. 106 |
Mas, graças a Deus, na hora do parto o 107 |
DIU estava na placenta. Então, foi... 108 |
a primeira foi cesárea, a segunda foi 109 -#
#-GRAVIDEZ3
cesárea. E a terceira gravidez, aí já 110 -#
era uma terceira cesárea. Então, aí o 111 |
médico operou, fez a laqueadura por 112 |
causa disso, porque já era... 113 |

M. E o terceiro nasceu depois de quanto 115 |
tempo? O segundo... 116 |

E. Três anos e quatro meses também. 118 -#

#-GRAVIDEZ1
M. Então, o primeiro você falou que não 120 -#
foi muito planejado, foi mais acidente 121 |
assim? Você parou de tomar a pílula... 122 |

E. É. Foi assim não queria tão já, mas 124 |
assim aconteceu e aí foi bem vindo. 125 |

M. E o pai gostou também? 127 |

E. Gostou. Gostou. 129 -#

#-GRAVIDEZ2
M. E o segundo também foi com DIU, não 131 -#
foi planejado? 132 |

E. Isso. 134 |

M. Aconteceu. 136 |

E. Também. 138 -#

#-PARAR-FILH
M. E o terceiro? Você tinha planejado t 140 -#
mais um? 141 |

E. Ah! Eu queria. Eu queria ter mais um 143 |
para poder operar, eu queria ter mais 144 |
um filho. Realmente, eu queria ter 3 145 |
filhos. 146 |

M. E o seu marido na época? Também 148 |
pensava assim? 149 |

E Também, também queria. 151 -#

#-CASAM/MAT
M. Está certo. Houve algum momento na s 153 -#
vida, assim você lembrando lá de 154 |
mocinha, de criança, o momento que 155 |
seja marcante em que você pensou: "ah! 156 |
eu quero ter 3 filhos". Antes de c 157 |
asar, como que foi isso? 158 |

E. Ah! Acho que antes de casar eu já 160 |
pensava assim: que eu queria ter 3 161 |
filhos, que a gente comentava já. Eu e 162 |
meu marido já conversava sobre isso, 163 |
que a gente queria ter 3 filhos. 164 |

M. Certo. E quando você era criança, 166 |
quando você brincava de boneca, dessas 167 |
coisas, sempre brincava pensando que 168 |
você ia ser uma mãe um dia e que ia 169 |
ter...? 170 |

E. Sim. Não assim de ter 3 filhos, talv 172 |
não, mas sempre brincava com boneca, 173 |
brinquei bastante com boneca. 174 |

M. Na época do namoro, do noivado você 176 |
disse que vocês já falavam? 177 |

E. Isso, na época do noivado a gente já 179 |
falava. 180 |

M. Que queriam ter três? 182 |

E. Isso. 184 |

$-PARAR-FILH
M3. E aí, quando que você começou a 186 |-$
pensar o contrário? De não ter mais? 187 |

Quando que você pensou: "Ah, agora 188 | |
acho que chega"? 189 | |

E. Então, porque... eu achei que 3 era 191 | |
um número bom. Para nossa situação 192 | |
financeira também, eu acho que 3 era o 193 | |
número ideal. 194 -# |

#-LAQ/DECISÃ
M. Antes de engravidar já do terceiro, 196 -# |
você já tinha pensado isso: "Ah! 197 | |
quando eu tiver o terceiro..."? 198 | |

E. Já, já. Porque eu pensava assim, com 200 | |
ia ser a terceira cesárea, então, já 201 | |
faz a laqueadura. 202 |-$

M. E você conversou com mais pessoas 204 |
sobre isso? Sobre essa decisão sua: 205 |
"Ah! quando eu tiver o terceiro eu vou 206 |
fazer laqueadura". Conversou com mais 207 |
gente sobre isso? 208 |

E. Ah! Sim. Normalmente, mas não com 210 |
ninguém assim especialista, aconselhar 211 |
assim, não. 212 |

M4. E já de cara surgiu assim essa 214 |
possibilidade de fazer a laqueadura 215 |
entre você e o seu marido? É na época? 216 |
Ou vocês discutiram outras 217 |
possibilidades, outras coisas? 218 |

E. Não. Nós concordamos. Desde o começo220 |
quando eu estava já grávida que ia 221 |
fazer a laqueadura. 222 -#

#-USO-MAC
M5. Tá certo. Às vezes, quando a gente 224 -#
conversa com as mulheres, assim em 225 |
geral, a gente ouve também dizer que 226 |
essa questão do método 227 |
anticoncepcional, que método que vou 228 |
usar, esse faz bem, esse faz mal. Que 229 |
isso é uma preocupação bem constante 230 |
para asmulheres que ainda estão em 231 |
risco de engravidar. O que você acha 232 |
disso? Dessa questão dos métodos 233 |

anticoncepcionais? Você acha que 234 |
existe um método ideal ou cada pessoa 235 |
tem um? Como que você vê isso? 236 |

E. É. Eu acho bem que depende da pessoa 238 |
Porque realmente é arriscado. Eu fazia 239 |
tabelinha, daí tomei comprimido, fiz 240 |
tabelinha, depois o DIU. Fiquei 241 |
grávida com o DIU. Então, acho que 242 |
depende da pessoa. Quando eu coloquei 243 |
o DIU, minha irmã também colocou. Com 244 |
o mesmo médico, e não ficou grávida. E 245 |
eu com um ano e meio fiquei grávida. 246 |

M. Entre o primeiro e o segundo filho, 248 |
você usou o DIU direto ou usou 249 |
alguma coisa antes? 250 |

E. Ah! Eu tomei comprimido por um tempo252 |

M. Depois... 254 |

E. É. 256 |

M. ...colocou o DIU 258 |

E. Depois é um ano e meio que eu fiquei 260 |
com o DIU, aí que eu fiquei grávida. 261 |

M. Certo. E você acha assim que no gera 263 |
o uso dos métodos anticoncepcionais 264 |
trás benefícios ou trás prejuízos para 265 |
as mulheres? É uma coisa boa, ou não? 266 -#
#-DECIS-MAC
E. Ah! Sem dúvida é uma coisa boa, porq 268 -#
a mulher fica mais livre para poder 269 |
ter uma vida em comum assim com o 270 |
marido, confiando que está usando 271 |
método anticoncepcional. Isso é bom. 272 |

M6. E na sua experiência, isso sempre 274 |
foi uma preocupação para você, ou 275 |
você achava que podia dividir com seu 276 |
marido? Por que a gente ouve muitas 277 |
mulheres dizerem: "ah! isso é um 278 |
fardo, todo o tempo tenho que estar 279 |
preocupada, estar evitando, 280 |
evitando".Como é que foi essa sua 281 |

experiência? Como é que você se sentia 282 |
em relação a isso? 283 |

E. Ah! Ele concordava sim, com o método 285 |
que eu escolhia, ele concordava, era 286 |
de comum acordo. Não tinha assim... 287 |
mas assim a maior dificuldade era 288 |
minha com o comprimido, quando eu 289 |
tomava comprimido. 290 |

M. Você se sentia mais responsável? 292 |

E. Isso, isso. Para não esquecer de 294 |
tomar, mas ele concordava. 295 |

M. Mas ele dava opinião? Assim: "Ah! Eu 297 |
acho que você devia usar isso, acho 298 |
que você devia usar aquilo"? Ou não? 299 |

E. É. Assim, o DIU que eu fui fazer, a 301 |
gente foi de comum acordo. A gente 302 |
conversou antes tudo. Eu achei que era 303 |
melhor para mim do que eu ficar 304 |
tomando comprimido, direto. 305 |

M. Mas não foi sugestão dele, foi sua 307 |
idéia? 308 |

E. Isso, isso. 310 -#

#-USO-MAC
M. E dos métodos anticoncepcionais que 312 -#
você usou, e dos que você conhece, 313 |
que coisas assim você achou positivas 314 |
e negativas? Por exemplo da pílula? 315 |
Tinha alguma coisa assim que você 316 |
achava muito ruim para tomar a pílula? 317 |

E. Ai! Faz tempo. 319 |

(RISADAS) 321 |

E. É assim: eu ficava um pouco enjoada 323 |
com o comprimido. Eu lembro que eu 324 |
ficava um pouco enjoada, tanto que por 325 |
isso que quando eu casei tomei 4 meses 326 |
e depois eu parei porque ela me dava 327 |
enjôo, o comprimido. 328 |

M. E a tabelinha que você usou, o que 330 |
você achou dela? 331 |

E. Então, a tabelinha, eu acho que é 333 |
arriscado, é sempre arriscado, você 334 |
tem que tomar aquele cuidado. Então, é 335 |
por isso que acho que a mulher opta 336 |
pela laqueadura. Porque aí você depois 337 |
de laqueada, você fica tranqüila você 338 |
já não se preocupa com isso. Então, 339 |
realmente tira um peso da mulher, da 340 |
cabeça da mulher. 341 |

M. E o DIU, como é que foi o DIU? Que a 343 |
você acabou engravidando com ele? 344 |

E. Então, esse um ano e meio foi bom, f 346 |
normal. Só que aí depois ele andou um 347 |
pouquinho, e aí eu fiquei grávida. 348 |

M. Aí imaginando que se você não 350 |
estivesse feito a laqueadura, depois 351 |
do seu terceiro filho, você usaria o 352 |
DIU de novo? 353 |

E. Aí não. 355 |

M. Não? Não confiava mais? 357 |

E. Porque aí já não confiava mais. 359 -#

#-DECIS/MAC
M7. Certo. Se você pensa no geral, nos 361 -#
casais, como é que você vê isso? Você 362 |
disse: "Ah! mas sempre a 363 |
responsabilidade era mais minha, eu me 364 |
sentia mais responsável de usar um 365 |
método. Como é que você acha que é 366 |
assim no mundo em geral? Os casais? 367 |
Quem é que sempre tem que se 368 |
preocupar mais é a mulher ou os dois 369 |
dividem? Como é que você vê isso? 370 |
|
E. Olha, eu acho que realmente é a 372 |
mulher. Mas não acho que é o certo. O 373 |
certo seria os dois ter aquela 374 |
responsabilidade, conversar, dividir o 375 |

problema, mas assim em geral, é a 376 |
mulher que se preocupa mais. 377 |

M. E por que você acha que é assim? 379 |

E. Ah! Porque para o homem, mesmo que e 381 |
tenha que ter aquela responsabilidade 382 |
de criar o filho, mas é a mulher que 383 |
fica grávida, que tem a gestação, que 384 |
corre o perigo, tudo isso. Então, para 385 |
o homem é mais fácil. E a mulher já 386 |
sente: "se eu não ficar grávida, eu 387 |
vou ter que...eu vou ter aquela 388 |
responsabilidade de criar e tudo". 389 |
Então, a mulher se... como que fala? 390 |
Ela se... 391 |

M. Se preocupa? 393 |

E. É. Ela sente isso. 395 |

M. E você que acha assim que o homem não397 |
se preocupa tanto, por que ele 398 |
percebe isso? Ele pensa assim: "ah! na 399 |
verdade não sou quem engravido". Ou é 400 |
porque a mulher também põe um pouco de 401 |
distancia? Pensa: Ah! esse assunto é 402 |
meu, porque eu que vou engravidar, eu 403 |
que vou ter problema". Como que você 404 |
acha que é isso? É mais assim a 405 |
omissão do homem ou é porque a mulher 406 |
também não gostaria que o homem desse 407 |
muito palpite? 408 |

E. É. Eu acho que o homem se acomoda um 410 |
pouco. E realmente, a mulher como ela 411 |
vai no ginecologista, como ela se 412 |
preocupa mais com o corpo, tudo. 413 |
Então, ela também... ela toma a frente 414 |
disso. Mas o homem também eu acho que 415 |
ele se omite muito. 416 -#

#-LAQ/DECISÃ
M8. Certo. Você me contou um pouco da 418 -#
sua decisão de fazer a laqueadura, que 419 |
foi quando você estava grávida do seu 420 |
terceiro filho. Quando você discutiu 421 |
isso com o seu marido, como que... o 422 |

que que ele pensou disso? Ele acho que 423 |
isso era bom? 424 |

E. Ah! Ele concordou porque já era a 426 |
terceira cesárea. 427 |

M9. E da onde que veio a idéia da 429 |
laqueadura? Você conhecia pessoas que 430 |
tinham feito ou foi médico que falou 431 |
alguma coisa para você? 432 |

E. Ah! Eu já conhecia pessoas que tinha 434 |
feito assim da família. E como não 435 |
queria mais filhos, então, que era uma 436 |
coisa boa, porque eu ia ficar livre de 437 |
ter que tomar o anticoncepcional. 438 |

M. E alguém influenciou você nessa 440 |
decisão? Assim, alguém alguma pessoa 441 |
vez teve um papel importante, falou 442 |
alguma coisa que foi decisiva ou não? 443 |
Foi uma coisa sua só e do marido? 444 |

E. Ah! Acho que só nossa mesmo. 446 |

M. E na época você chegou a pensar em n 448 |
fazer? Assim vacilou um pouco? Falou: 449 |
"Ah! vou fazer mas depois pensou 450 |
em..."? 451 |

E. Não. 453 |

M. Não. Sempre foi... 455 |

E. Sempre. Se eu tivesse por exemplo 457 |
pensado em fazer no segundo filho, aí 458 |
talvez eu tivesse vacilado, mas como 459 |
já era o terceiro, eu queria ter 3 460 |
filhos mesmo, então, foi normal. 461 -#

#-VASECTOMIA
M. E no caso, alguma vez chegou a 463 -#
discutir com seu marido a 464 |
possibilidade dele fazer a vasectomia? 465 |
Ou não? 466 |

E. Olha, na época não era, há 3 anos 468 |
atrás, não era tão divulgada a 469 |

vasectomia. E aí, como eu tinha que 470 |
fazer a cesárea mesmo. Então, já fazia 471 |
a cesárea e já operava. Então, achamos 472 |
mais prático, mais fácil. 473 -#

#-LAQUEADURA
M10. Certo. E como tem sido para você 475 -#
essa experiência de ser laqueada. Você 476 |
acha que a laqueadura mudou alguma 477 |
coisa na sua vida? Te fez bem, te fez 478 |
mal? Como é que você tem experimentado 479 |
isso? 480 |

E. Então, muitas mulheres falavam que 482 |
depois da laqueadura que a mulher ia 483 |
engordar, que ia ter assim problemas. 484 |
Mas para mim foi normal. Foi bem, foi 485 |
melhor porque daí eu fiquei livre, 486 |
mais livre, mais despreocupada na 487 |
questão de relação sexual, tudo. 488 |
Então, foi ótimo. 489 |

M. E mudou alguma coisa, por exemplo, n 491 |
relacionamento seu com seu marido? 492 |

E. Ah! Lembro assim que, na época, foi 494 |
muito bom para a gente. Porque a gente 495 |
não se preocupava mais em ficar 496 |
grávida. Então, bem mais liberdade, 497 |
foi importante. 498 |

M. Então, se você fosse avaliar você 500 |
diria que as mudanças foram para 501 |
melhor ou para pior? 502 |

E. Para melhor. Para melhor. 504 |

M11. E nesse tempo todo, nesses 13 506 |
anos, alguma vez você pensou que você 507 |
preferia não ter feito a laqueadura? 508 |
Que você gostaria de ter a 509 |
oportunidade de engravidar de novo? 510 |

E. Não. 512 |

M. Nunca, nunca? 514 |

E. Não. 516 |

M. E nem o companheiro, ou marido? 518 |

E. Não, também nunca... nunca questiono 520 |

M. Não? Nunca surgiu aquela: "Ah! eu 522 |
queria ter um nenezinho de novo"? 523 |

E. Não. Assim embora, eu goste muito de 525 |
criança, mas é como eu trabalho com 526 |
criança, então, eu me satisfaço. 527 |
Porque os filhos crescem, mas vão 528 |
tendo... a gente vai tendo outras 529 |
preocupações, outras... Então, eu acho 530 |
que não dá tempo de você falar: "Ah! 531 |
Euqueria ter mais um". Não tem essa... 532 |

M. Se você voltasse atrás você faria de 534 |
novo a laqueadura? 535 |

E. Faria. Faria. 537 |

M. Tá certo. Assim se alguém te 539 |
perguntar: "Ah! por que que você faria 540 |
de novo a laqueadura"? Uma razão que 541 |
você daria? Na sua maneira de ver? 542 |

E. Ah! Porque é... uma liberdade maior 544 |
que a mulher encontra. Porque ela fica 545 |
mais livre para o relacionamento com o 546 |
marido. Isso é muito importante para a 547 |
cabeça da mulher, não ter essa 548 |
preocupação. E também com métodos que 549 |
a gente prejudica o nosso organismo. 550 |
Então, você fica despreocupada. Isso 551 |
aí ajuda muito. 552 |

M12. Certo. E como é que você se 554 |
sente com relação a segurança da 555 |
laqueadura? Quando... depois que você 556 |
fez, nesse tempo todo, você teve 557 |
alguma vez medo que ela falhasse? Ou 558 |
você confia que ela é 100% segura? 559 |

E. Então, quando eu fiz o médico falou 561 |
assim que a laqueadura era 99%, ele 562 |
falou. Então, tem aquele um por cento 563 |
que a gente não sabe como que 564 |

acontece, mas a mulher fica grávida. 565 |
Foi cortado as trompas, mas não é só 566 |
amarrado, ele corta, tira um 567 |
pedacinho. Então, eu confiei assim que 568 |
foi feito direitinho, que eu não ia 569 |
engravidar. E se acontecesse alguma 570 |
coisa, então, seria uma coisa assim 571 |
por Deus mesmo. Então, eu nunca me 572 |
preocupei assim. Embora, tenha 573 |
escutado casos de mulheres que depois 574 |
de tantos anos ficam grávidas mesmo 575 |
laqueadas. 576 |

M. E se você comparar, no seu 578 |
entendimento, assim comparando a 579 |
laqueadura com outros métodos, você 580 |
acha que ela é mais segura ou menos 581 |
segura que algum outro método? 582 |

E. Ah! bem mais segura. Bem mais. 584 |

Parte II 586 -#

#-SEX/CORPO
M1. Certo. Bom agora, vou fazer outras 588 -#
perguntas para você assim mais 589 |
genéricas, sobre coisas assim do dia a 590 |
dia. Hoje em dia a gente ouve muito 591 |
falar em sexualidade, liberdade 592 |
sexual. Tem um verdadeiro bombardeiro 593 |
dessas coisas na televisão, no meio de 594 |
comunicação. O que você pensa disso? O 595 |
que você entende dessas coisas? Quando 596 |
fala assim: "ah! hoje as pessoas tem 597 |
mais liberdade sexual, ou as pessoas 598 |
precisam ter mais liberdade sexual". O 599 |
que você pensa disso? 600 |

E. Ah! Está bem assim normal hoje em di 602 |
a exploração do corpo e tudo. Mas 603 |
assim o que eu acho para minha vida? 604 |

M. O que você acha para você, na sua 606 |
opinião. 607 |

E. Para minha vida? 609 |

M. Hunrum. 611 |

E. Então, para a minha vida eu acho que 613 |
está tudo errado. Esse... O corpo da 614 |
mulher sendo explorado, a 615 |
sensualidade. A mulher tem perdido o 616 |
valor dela. Porque o valor da mulher 617 |
não está só no sexo em fazer o sexo. 618 |
Então, para mim eu acho que está 619 |
errado, toda essa liberdade. E na 620 |
minha vida, eu não... posso dizer 621 |
assim, que eu fiquei... quantos anos 622 |
casada? 19 anos casada, sempre com o 623 |
mesmo marido. Agora, já fazem quase 2 624 |
anos que estou separada, mas também 625 |
não procurei nenhum outro parceiro, 626 |
nem pretendo. Quer dizer, poderia 627 |
estar usando essa liberdade, estou 628 |
sozinha, estou separada, para estar 629 |
aproveitando. Mas eu acho que 630 |
relacionamento a dois não é só isso. 631 |
Então, para mim não tem valor. 632 |

M3. Certo. E você acha que nesse aspecto 634 |
assim, dessa coisa da sexualidade os 635 |
homens e às mulheres são iguais ou são 636 |
diferentes? Em lidar nessa questão? 637 |

E. Ah! Você fala assim em geral? 639 |

M. É em geral. Como é que você vê. Você 641 |
acha que são iguais, são diferentes? 642 |

E. Olha! Eu acho que a mulher assim em 644 |
geral, ela se resguarda mais. Mas hoje 645 |
em dia tem muita assim... a televisão, 646 |
os filmes, levam a mulher a se liberar 647 |
mais. Então, se você for ver hoje em 648 |
dia a mulher, ela é liberal. Ela tem 649 |
vários parceiros, hoje em dia está 650 |
assim. Mas mesmo assim eu acho que 651 |
ainda tem aquelas que se resguardam. 652 |
Agora, o homem não, o homem sempre 653 |
tem que ter uma parceira, tem que se 654 |
envolver. O homem realmente, acho que 655 |
ele não sabe ficar sozinho. 656 |

M. E por que você acha que isso acontec 658 |
Essa diferença assim? 659 |

E. Eu acho que isso aí vem de longe. Ac 661 |
que o homem já... a criação do homem, 662 |
desde antigamente, já foi criado mais 663 |
assim... o homem, o homem para ser um 664 |
homem ele tem que ter relação, ele tem 665 |
que procurar outras mulheres. Então, 666 |
isso daí... a cabeça dohomem já é 667 |
assim. 668 |

M. E se você lembra assim, por exemplo, 670 |
da sua infância, da sua mocidade, 671 |
assim quando você era mais mocinha. 672 |
Você via essas diferenças? Assim, por 673 |
exemplo, você, as suas amigas, os 674 |
rapazes? Como é que era isso? 675 |

E. Ah sim! Porque... era sempre assim, 677 |
gente sempre se resguardando e tudo. E 678 |
o homem sempre solto. Não estou 679 |
falando que isso está certo. 680 |

M. Não, não. Estou entendendo. 682 |

E. Mas, é... sempre foi assim. 684 |

M. Na sua família como que... você tinh 686 |
irmãos, ou era...? 687 |

E. Eu sou a caçula. 689 |

M. E tinha homens e mulheres? 691 |

E. Tinha oito filhos, isso. 693 |

M. E era diferente o jeito, por exemplo 695 |
do seu pai e sua mãe educarem em 696 |
relação a essas coisas ou não? 697 |

E. Olha, assim... não. Claramente assim 699 |
não. É... mas assim... era uma coisa 700 |
assim que nem: a mulher tinha que 701 |
casar cedo. Eu lembro que eu quando 702 |
fiz 17 anos, eu namorava, [minha mãe] 703 |
falou assim: "já fica noiva". Ao invés 704 |
de falar: "vai estudar". Então,muda, 705 |
mudou hoje em dia. Então, fica noiva, 706 |
aí com 16, 17 fiquei noiva, e 18 707 |

casei. Acabei o colegial, casei. E 708 |
hoje em dia já que nem eu, tenho minha 709 |
filha, ela namora, a gente conversa 710 |
tudo. Mas já é outra cabeça. Ela tem 711 |
19 anos, está namorando, mas não pensa 712 |
em casar já. Já falo para ela: "não, 713 |
você tem que estudar, ela quer fazer 714 |
uma faculdade. Então, realmente acho 715 |
que o papel dos pais alí me levaram 716 |
para aquele caminho, ninguém falou 717 |
para mim assim: "Não, não vai casar 718 |
agora espera. 719 -#

#-CASAM/MAT
M. Então, nessa época, quando você 721 -#
começou a namorar, qual que era o seu 722 |
assim o seu projeto, o seu plano? Você 723 |
pensava mesmo em casar ou você tinha 724 |
plano de estudar, de fazer outras 725 |
coisas? 726 |

E. Não. Mas, eu quis também. Eu quis. F 728 |
uma coisa que... é realmente, eu 729 |
queria casar. Porque assim como havia 730 |
toda aquela... é de se resguardar, do 731 |
relacionamento após o casamento. 732 |
Então, eu queria casar. E também meu 733 |
pai e minha mãe era muito assim: não 734 |
podia sair sozinha, entendeu? O máximo 735 |
que a gente foi, foi no cinema. 736 |
Então, a gente queria realmente, casar 737 |
para poder ter liberdade os dois, 738 |
ficar juntos. 739 |

M. Certo. 741 |

E. Então, era assim. 743 |

M. E depois que você casou, você não 745 |
voltou a estudar? 746 |

E. Eu voltei. Eu fiz colegial e casei. 748 |
depois de 10 anos, com os meus 3 749 |
filhos, fui fazer magistério. 750 |

M. Ah! Certo. E isso era uma coisa que 752 |
você sempre quis fazer? Ou foi 753 |
surgindo...? 754 |

E. É. Então, isso você vê que eu sempre 756 |
gostei de estudar. E aí como eu sempre 757 |
gostei de criança, queria ser 758 |
professora, então, eu voltei para 759 |
estudar, fazer magistério. 760 |

M. Então, você já tinha esse plano, ass 762 |
de um dia poder ser professora? 763 |

E. Isso. Isso. Aí surgiu a oportunidade 765 |
as crianças já estavam grandes. Então, 766 |
aí eu fui estudar novamente. 767 |

M. Então, quando você se casou você só 769 |
tinha estudado, não tinha trabalho 770 |
ainda? 771 |

E. Não. 773 |

M. E você só veio a trabalhar depois 775 |
desse tempo? De... 776 |
E. Isso. Depois que eu fiz magistério, 778 |
aí que eu comecei a trabalhar. 779 |

M. E o seu marido aprovava que você 781 |
trabalhasse ou ele era do tipo que 782 |
tinha alguma restrição? 783 |

E. Não, ele aprovava. 785 |

M. Tá certo. 787 |

E. Ele nunca colocou empecilho. 789 -#

#-SEX/CORPO
M4. E uma coisa também que hoje em dia é 791 -#
muito comum, a gente vê essa coisa da 792 |
vaidade, da preocupação com o corpo. 793 |
Você mesmo falou nisso. Agora tem toda 794 |
uma enfaze sobre o corpo. Inclusive 795 |
dos homens. Hoje as pessoas brincam, 796 |
falam assim: "até os homensestão 797 |
ficando vaidosos também". Há um tempo 798 |
atrás falavam, só as mulheres que eram 799 |
vaidosas. Você acha que realmente as 800 |
mulheres se preocupam muito com seu 801 |
corpo? Assim em cuidar do corpo? 802 |

E. Ah! Acho que sim. 804 |

M. Em que sentido assim? 806 |

E. Só que hoje, mais do que outras 808 |
épocas. Porque a mulher se preocupa, 809 |
assim é... de engordar, de estar bem. 810 |
É mais explorada mesmo essa parte de 811 |
sensualidade, eu acho, da mulher, do 812 |
corpo da mulher. 813 |

M. Como é que deve ser o corpo de uma 815 |
mulher hoje? Assim, o que que te 816 |
passa? 817 |

E. Ah! O que passa, por exemplo, você n 819 |
pode ser gorda. Se a pessoa engordou 820 |
um pouquinho, tem fazer regime, tem 821 |
que andar, tem que fazer... andar de 822 |
bicicleta, fazer ginástica. Então, é 823 |
bem assim, hoje em dia. E o homem 824 |
também tem se preocupado com isso, não 825 |
é? O homem também agora, você vai no 826 |
taquaral, você vê os homens andando, 827 |
fazendo ginástica. Então, eu acho que 828 |
a própria mídia que trouxe isso para 829 |
os homens também. 830 |

M. E por que que você acha que existe 832 |
essa preocupação assim, de deixar o 833 |
corpo dessa maneira? Como acham que é 834 |
o certo. Qual que é a razão? Para onde 835 |
é que vai isso? 836 |

E. Ah! Eu acho que é por causa da 838 |
sensualidade mesmo. Da conquista, do 839 |
homem para a mulher. E hoje em dia, 840 |
por exemplo, mesmo a mulher que é 841 |
casada, então, se ela não se cuidar 842 |
tem medo do marido arrumar outra mais 843 |
bonita. Então, eu acho que é por isso 844 |
mesmo aquela valorização do externo. E 845 |
o homem esquece do interior. Para mim 846 |
tem muito mais valor. 847 |

M. Então, como é que você pensa isso? 849 |
Para você, como é que lida em relação 850 |

ao seu corpo? A sua imagem como 851 |
pessoa? Como é que você pensa isso? 852 |

E. Então, ah, eu assim, eu sou vaidosa. 854 |
Gosto de me cuidar, mas assim não ao 855 |
extremo. Porque eu acho que o mais 856 |
importante na pessoa é o interior da 857 |
pessoa. Porque não adianta nada a 858 |
pessoa ser linda, mas ser vazia por 859 |
dentro. Então, eu busco isso para 860 |
minha vida, para cada dia estar 861 |
melhorando interiormente. 862 |

M. E assim, em relação, especificamente 864 |
ao seu corpo se você lembra da sua 865 |
vida. Teve algum momento muito 866 |
específico que você foi muito 867 |
preocupada com isso: "ah! Eu quero 868 |
cuidar muito bem do meu corpo, eu 869 |
quero ficar muito bonita". Houve algum 870 |
momento em que isso aconteceu? Sempre 871 |
você teve essa postura assim mais...? 872 |

E. Ah! Eu acho assim, que sempre assim 874 |
após as gravidezes assim, eu 875 |
procurava assim usar sempre uma cinta, 876 |
fazer exercícios assim para poder 877 |
voltar a forma, nunca assim relaxei 878 |
também. 879 -#

#-PAPEIS
M5. Certo. Agora, pensando em geral na 881 -#
criação de filhos. Quem que deve 882 |
cuidar dos filhos? De quem que é essa 883 |
responsabilidade? 884 |

E. O que eu acho ou que aconteceu comig 886 |

(RI) 888 |

M. Não. O que você acha e como o que que890 |
aconteceu com você; as duas coisas na 891 |
verdade. 892 |

E. Então, Acho que a responsabilidade 894 |
deve ser do marido e da mulher. Do 895 |
marido e da mulher. E hoje em dia eu 896 |
vejo muito isso. Eu sendo professora, 897 |

eu vejo assim dos pais. Que os pais 898 |
estão sempre acompanhando, desde 899 |
pequenininho acompanham a criança. 900 |
Então, eu acho isso muito importante 901 |
para a criança, se sentir amada pelos 902 |
dois, cuidado tudo. No meu caso não 903 |
foi bem assim. Porque o meu marido 904 |
quando a gente casou ele viajava 905 |
muito. Então, ele viajava, vinha só de 906 |
sexta-feira à noite. Então, eu fiquei 907 |
muito tempo sozinha com as crianças. 908 |
Então, aí eu me virava, minha 909 |
responsabilidade era as crianças, 910 |
entendeu? Então, realmente a criação, 911 |
os meus filhos foram criados 912 |
praticamente por mim, sozinha. Porque 913 |
eu sempre assim, tive aquela 914 |
responsabilidade e tudo. E ele sempre 915 |
assim, viajando. Daí acostumou a ficar 916 |
muito fora de casa. E mesmo assim, às 917 |
vezes estava em casa mas chegava 918 |
tarde, porque estava com os amigos. 919 |
Então, realmente não dava valor para 920 |
as crianças. As crianças foram 921 |
crescendo e ele não deu valor, não 922 |
acompanhou. Mas eu acho isso super 923 |
errado, porque a criança precisa tanto 924 |
do pai como da mãe. 925 |

M6. Você acha que tem coisas que só a 927 |
mãe deve fazer e coisas que só pai 928 |
deve fazer em relação a cuidar dos 929 |
filhos ou tudo pode ser dividido? 930 |

E. Ah! Eu acho que tudo pode ser 932 |
divivido. Eu vejo assim na minha vida, 933 |
porque como eu casei muito moça, assim 934 |
com 18 anos, eu acho que eu não soube 935 |
assim... exigir isso da parte dele 936 |
sabe? Eu fui aceitando, fui aceitando 937 |
tudo que ele fazia. E sempre me 938 |
dedicando muito as crianças e 939 |
aceitando essa situação. Mas hoje eu 940 |
vejo que isso foi um erro, porque se 941 |
eu tivesse: "não você tem que ajudar, 942 |
você tem que estar presente". Talvez 943 |
até a gente não tivesse separado, hoje 944 |
em dia. 945 -#

#-DECI-GERAL

M. Certo. E assim, no aspecto das tomada 947 -#
de decisões, tanto em relação aos 948 |
filhos, como a vida cotidiana. Ás 949 |
vezes a gente ouve mulheres falando 950 |
assim: "ah! eu decido as coisas do 951 |
dia a dia, mas as coisas importantes é 952 |
ele quem decide". Como que você acha 953 |
que deve ser essa coisa de decidir 954 |
sobre a vida da família, sobre gastar 955 |
o dinheiro? Deve ser os dois? Ou tem 956 |
coisa que só a mulher deve decidir e 957 |
coisas que só o homem? 958 |

E. Então, na minha vida assim, quanto a 960 |
questão do dinheiro, a gente sempre 961 |
planejava tudo junto. Um não fazia uma 962 |
coisa de dinheiro sem o outro saber, 963 |
era junto. Eu acho que é o certo a 964 |
decisão em tudo ser os dois juntos. 965 |

M. Mas nem sempre isso acontece? 967 |

E. É. Nem sempre isso acontece. 969 |

M. E você acha que existe alguma 971 |
diferença assim, que a sociedade faz, 972 |
ainda hoje, em relação a esse poder de 973 |
decisão da mulher dizer: "ah! A 974 |
mulher, tem coisas que a mulher não 975 |
pode decidir que só o homem pode". 976 |
Você acha que isso ainda existe? 977 |

E. Que só o homem? 979 |

M. É. Que antigamente era muito comum a 981 |
gente dizer: "ah! a mulher". "A gente 982 |
ouvia dizer: a mulher pilota a cozinha 983 |
e o fogão. Agora, as outras coisas são 984 |
da decisão do homem". 985 |

E. Você fala hoje em dia? 987 |

M. É. Você acha que hoje em dia ainda 989 |
existe isso? 990 |

E. Ah! Eu acho que pouco. Eu acho que 992 |

pouco porque hoje em dia a mulher já 993 |
assim conquistou não é? Lugar assim no 994 |
lar, na família, no mercado de 995 |
trabalho também. Então, geralmente, a 996 |
mulher também trabalha. Então, é mais 997 |
os dois juntos. Não é como antigamente 998 |
que era mais o homem que decidia tudo. 999 |
Hoje em dia não, a mulher participa. 1000 -#

#-TRAB-MULH
M7. E essa coisa do trabalho que você 1002 -#
citou agora. Grande parte das mulheres 1003 |
hoje em dia trabalha fora de casa. O 1004 |
que que você vê de positivo e negativo 1005 |
nisso? Tem alguma coisa negativa? 1006 |

E. É. Eu acho positiva assim, que a 1008 |
mulher se realiza também como 1009 |
profissional. De poder também ajudar 1010 |
na parte financeira da casa, tudo. 1011 |
Agora, eu acho negativa assim da 1012 |
mulher, quando os filhos são bem 1013 |
pequenininhos, de não estar curtindo 1014 |
assim o filho. Porque a criança cresce 1015 |
muito rápido. Então, a mulher às vezes 1016 |
perde, perde. Então, eu acho que a 1017 |
mulher que opta pela maternidade, se 1018 |
ela pudesse ficar mais tempo com o 1019 |
filho. Arrumar um meio período para 1020 |
poder meio período ficar com o filho, 1021 |
curtir a criança. Eu acho que é 1022 |
importante, tanto para criança como 1023 |
para o filho. 1024 |

M. Na sua experiência você só começou a 1026 |
trabalhar depois que seus filhos já 1027 |
estavam grandinhos? 1028 |

E. Isso. Isso eu nunca pensei, em 1030 |
trabalhar quando meus filhos eram 1031 |
pequenos. 1032 |

M. Ah! tá. 1034 |

E. Agora, também tem uma coisa assim, 1036 |
depois que eu comecei, que eu me 1037 |
formei professora que eu vim 1038 |
trabalhar com crianças, então, eu 1039 |

valorizei essa parte, porque a criança 1040 |
que fica com, numa escolinha, ela é 1041 |
muito bem cuidada, é bem estimulada. 1042 |
Então, tem esse lado também hoje em 1043 |
dia que é bom para a criança também. 1044 |
Então, aí vai variar, vai depender do 1045 |
valor do tempo. Não é o tempo que a 1046 |
mãe fica com a criança, mas qualidade 1047 |
do tempo também. 1048 |

M. Quer dizer, você acha que não é que 1050 |
mãe precise ficar o dia inteiro, mas 1051 |
tem que dedicar...? 1052 |

E. Isso. Também. E eu vejo muito isso c 1054 |
as crianças. Muito é... crianças 1055 |
pequenininhas que gostam da escolinha, 1056 |
tudo. E às vezes a gente vê que a 1057 |
gente dá assim mais atenção falo 1058 |
assim: "nossa, mas eu dou mais atenção 1059 |
mais para eles do que eu dava para os 1060 |
meus filhos". Porque em casa tinha que 1061 |
fazer tudo cuidar dos filhos. Agora, 1062 |
na escola não. A professora, a tia 1063 |
fica só para as crianças. Então, o dia 1064 |
inteiro você brinca, você estimula o 1065 |
dia inteiro aquela criança. Então, eu 1066 |
acho que é bom para a criança também. 1067 |

M. Mas você diz assim que deveria ter u 1069 |
equilíbrio nisso. Porque você falou a 1070 |
mãe quando os filhos são pequenos, ela 1071 |
devia separar um tempo? 1072 |

E. Isso é, se possível deveria. 1074 -#

#-BEM-ESTAR
M. Então, a avaliação assim da sua vida 1076 -#
como é que o trabalho entrou aí? Foi 1077 |
uma coisa boa? Você, o trabalho, 1078 |
quando você decidiu trabalhar você 1079 |
acha que isso trouxe coisas positivas 1080 |
para você ou trouxe coisas negativas? 1081 |

E. Para mim foi bom. Foi bom porque eu 1083 |
acho que eu me realizei na, assim, 1084 |
minha profissão, uma coisa que eu 1085 |
gosto. E também foi importante para as 1086 |

crianças também. Porque hoje em dia 1087 |
falar: "ah! minha mãe fica em casa", 1088 |
tem isso também, hoje em dia a criança 1089 |
já entende que a mãe tem que 1090 |
trabalhar, tem que ajudar na casa. 1091 |
Então, a criança já entende isso. Mas 1092 |
no meu caso eu esperei, a hora que as 1093 |
crianças crescerem mais, para poder 1094 |
tomar essa decisão. 1095 |

M8. Certo. E pensando de modo geral 1097 |
assim no bem estar. O que faz uma 1098 |
mulher hoje em dia, uma mulher como 1099 |
você, você, as suas amigas, faz se 1100 |
sentir bem? Quais são as coisas 1101 |
importantes? 1102 |

E. Como assim? 1104 |

M. Por exemplo, o que que é importante? 1106 |
ter dinheiro para passear, para 1107 |
comprar coisas? Ou é mais importante 1108 |
ter uma família? Ter os filhos perto? 1109 |
É mais importante ter amigos? O que 1110 |
que é assim faz mais você se sentir 1111 |
bem? O que que te faz bem? 1112 |

E. Na minha vida? 1114 |

M. É. E também de pessoas que você 1116 |
conhece, que convivem com você. 1117 |

E. Ah! Eu acho que a família. No caso o 1119 |
filhos, a família, a vida do lar, de 1120 |
poder também, como no meu caso, você 1121 |
estar sustentando as crianças, tudo. A 1122 |
nossa união, o relacionamento em casa, 1123 |
para mim é muito importante. Eu vejo 1124 |
que também em geral as pessoas assim 1125 |
também pensam isso. De querer também 1126 |
dar o melhor para a família. 1127 |

M. E desde que você era mocinha, você 1129 |
sonhava em ter uma família? Em ter a 1130 |
sua família? 1131 |

E. Ah! Sim. Sempre. 1133 |

M. E hoje você olhando para trás, você 1135 |
pensa porque você tinha esse desejo? 1136 |

E. De ter uma família, você fala? 1138 |
M. Sim. 1140 |

E. Ah! Eu acho que é uma coisa que está 1142 |
na mulher. Que toda mulher quer ser 1143 |
mãe. E eu acho que vale a pena. É uma 1144 |
coisa que é muito gratificante para 1145 |
mim. Hoje meus filhos são tudo para 1146 |
mim, eu não me arrependo de tudo o que 1147 |
eu fiz: meu casamento, dos meus 1148 |
porque... de ter tido meus filhos. 1149 |
Porque a pessoa que não tem um filho, 1150 |
você passa nessa vida, você não tem 1151 |
nada. Você morre amanhã para quê, não 1152 |
é? O que que adiantou toda a sua luta? 1153 |
Então, eu acho que é muito importante 1154 |
a família. Para mim é muito 1155 |
importante. 1156 |

M. E você acha que para os homens essa 1158 |
perspectiva é diferente? Para eles a 1159 |
família também está em primeiro lugar 1160 |
ou eles têm uma outra visão? 1161 |

E. Eu acho que o homem... é, nem todo o 1163 |
homem tem essa visão. Da família, em 1164 |
primeiro lugar. É... eles querem a 1165 |
família, mas eles se preocupam muito 1166 |
assim, eu acho que o homem é muito 1167 |
egoísta, se preocupam muito com eles, 1168 |
mesmo assim no trabalho, eles se 1169 |
dedicam muito ao trabalho, esquecem da 1170 |
família. Então, não dá aquela 1171 |
prioridade... para família. 1172 |

M. Certo. Bom, acho que eu perguntei 1174 |
tudo. Deixa só dar uma olhadinha, ver 1175 |
se eu esqueci nada. (SILÊNCIO). 1176 |
Perguntei tudo sim. Tem alguma coisa 1177 |
que você gostaria de falar, das coisas 1178 |
que eu perguntei? Alguma coisa que 1179 |
você lembrou? 1180 |
E. Não. Acho que não. 1182 -#

M. Então, está bom. 1184

ANEXO 5
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informada de que está sendo realizada uma pesquisa com o título "Laqueadura e representações acerca do papel reprodutivo e sexualidade", sob responsabilidade de Maria José Martins Duarte Osis, aluna do curso de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar como as mulheres tomam suas decisões a respeito de ter ou não ter filhos, sobre o uso de métodos anticoncepcionais e sobre sua vida sexual, e como elas se sentem tomando essas decisões.

Caso eu aceite participar desta pesquisa, serei entrevistada. Essa entrevista será gravada, durará cerca de uma hora e nela serão feitas perguntas sobre algumas características minhas, como, por exemplo, por quanto tempo fui à escola; também serão feitas perguntas sobre minha experiência de ter filhos, sobre o uso de métodos anticoncepcionais e minha vida sexual.

O meu nome jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Para garantir que seja assim, a fita cassete com a gravação de minha entrevista será identificada apenas por um número, para que ninguém, além da pesquisadora, possa saber quem é a pessoa que foi entrevistada. Não receberei qualquer pagamento por participar deste estudo. Não sofrerei nenhum prejuízo ou punição se, mesmo depois que começar a entrevista, eu resolver parar ou não quiser responder alguma ou algumas das perguntas.

Se eu estiver de acordo em participar da pesquisa, me será pedido para assinar, junto com a pesquisadora, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso eu prefira não assinar, minha decisão será respeitada, e isto não impedirá que eu participe da pesquisa.
Depois de receber as informações acima, este Termo de Consentimento foi lido junto comigo e eu decidi participar desta pesquisa, de forma livre e esclarecida.

Campinas, de de 1999.

Assinatura da participante:

Assinatura da pesquisadora: