

C 573078
R 1175254
05/10/99

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA/EPIDEMIOLOGIA

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	R 1175254
	05 / 10 / 99



**“ENTRE O MITO E A CIÊNCIA : OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ
NÃO PLANEJADA A PARTIR DO DISCURSO DE MULHERES
USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA.”**

MARIA GABRIELA CURUBETO GODOY

FC-00006271-0

ISE
513.94
G 534 e
1999

Fortaleza - Ceará
1999.

MARIA GABRIELA CURUBETO GODOY

**“ENTRE O MITO E A CIÊNCIA : OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA A PARTIR DO DISCURSO DE MULHERES USUÁRIAS
DA REDE PÚBLICA.”**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Pública, Área de Concentração em
Epidemiologia do Departamento de Saúde
Comunitária da Universidade Federal do Ceará,
para Obtenção de Título de Mestre em Saúde
Pública.*

ORIENTADORA: PROF. DRA. MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI

Ficha catalográfica

304.632
G534e

Godoy, Maria Gabriela Curubeto.

Entre o mito e a ciência: ocorrência de gravidez não planejada a partir do discurso de mulheres usuárias da rede pública. / Maria Gabriela Curubeto Godoy.

Fortaleza: s.n., 1999. 190 p.

1. Gravidez não planejada
 2. Fertilidade
 3. Contracepção
 4. Saúde Reprodutiva
- J Título.

CDD

“ENTRE O MITO E A CIÊNCIA : OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA A PARTIR DO DISCURSO DE MULHERES USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA.”



MARIA GABRIELA CURUBETO GODOY

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para Obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

Aprovada sem modificações em:
13/08/1999

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi
Orientadora

Prof. Dr. Walter Fonseca

Prof. Dra. Marilyn Nations
2º membro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Dedicatória

*A Alcides, companheiro de sonhos e de jornada,
cujo amor e apoio foi fundamental para a concretização
deste trabalho.*

*A Gabriel e Moara, pela experiência transcendente
da maternidade e pela tolerância forçada de
ambos, causada pela absorção que me exigiu este
trabalho.*

*À minha avó Lela, que sempre estará em meu
coração.*

*A minha família, pelo apoio à distância e a
possibilidade de estudar.*

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a Maria Lúcia, cuja orientação transcende os requisitos acadêmicos, por compartilhar da sua convivência, amizade e compreensão.

Aos meus colegas Querubina, Rogério, José Roberto, Tereza e Sérgio, pelo apoio, carinho e pelas discussões que nos envolveram.

*A Amélia, Ângela, Márcia e Sharmênia, pela disponibilidade para “pequenas” ajudas cruciais.
A Mônica, Fátima e Zildomar pela disponibilidade, apoio e compreensão.*

*A Lisiane e Mardônio, pelo apoio emocional.
As mulheres entrevistadas, por sua disponibilidade e conhecimento.*

A Bete e Vanessa, pelo apoio operacional e o cuidado com as crianças no decorrer deste trabalho.

A todas as pessoas empenhadas em fazer dessa passagem pela vida um caminho de transformação pessoal, social e espiritual.

Epígrafe

*“Ay, qué prado de pena!
Ay, qué puerta cerrada a la hermosura!,
Que pido un hijo que sufrir, y el aire
Me ofrece dalias de dormida luna.
Pero tú has de venir, amor, mi niño,
porque el agua da sal, la tierra fruta,
y nuestro vientre guarda tiernos hijos,
como la nube lleva dulce lluvia”.*

(Federico Garcia Lorca , YERMA, 1934)

RESUMO

Este trabalho aborda a ocorrência de gravidez não planejada em mulheres que referiram conhecer e saber usar algum método anticoncepcional moderno, usuárias de serviços de pré-natal da rede pública de Fortaleza, Ceará. Adotamos uma abordagem qualitativa, de fundamentação fenomenológica, pela sua maior adequação para a elucidação de aspectos simbólicos ligados às concepções e práticas sobre gravidez não planejada.

Os dois eixos teóricos norteadores deste trabalho foram: o modelo etiológico holístico proposto por Ngokwey (1988), que apresenta uma concepção multidimensional da realidade, classificando-a em quatro dimensões: a natural, a psicossocial, a sócio-econômica e a sobrenatural; e a perspectiva de racionalidade de Luz (1988), que sistematizamos de acordo com as modificações ocorridas na relação homem-natureza-sagrado, no decorrer da história do pensamento humano.

Realizamos 14 entrevistas semi-estruturadas, classificando o material coletado em categorias empíricas agrupadas em temas a partir dos quais desenvolvemos a análise do trabalho.

Entre os resultados da investigação podemos destacar: a especificidade de algumas categorias e temas conforme a faixa etária das mulheres (adolescentes e adultas); a multidimensionalidade presente nas concepções das mulheres sobre fertilidade e contracepção; as rupturas e continuidades entre as racionalidades, ocasionando interpenetrações e reinterpretações dos significados sobre fertilidade e contracepção; o distanciamento do modelo biomédico, fundamentante de ações de saúde como o planejamento familiar, das concepções oriundas das mulheres, o que reforça o questionamento de estratégias de saúde afastadas das representações populares.

SYNOPSIS

This text approaches the occurrence of unplanned pregnancy in women that referred to know how to use some modern contraceptive method and were users of public prenatal services in Fortaleza, Ceará. We adopted a qualitative approach phenomenologically fundamentated for its largest adaptation in the elucidation of symbolic aspects related to the conceptions and practices of unplanned pregnancy.

The theoretical axes of this text were: the ethyologic model proposed by Ngokwey (1988), that it presents a multidimensional conception of the reality, sistematized in four dimensions: natural, psicossocial, socioeconomic and supernatural; and the perspective of rationality (LUZ, 1988), that we classified in agreement with the man-nature-sacred relationship modifications in the history of the human thought.

We used semi-structured interviews and participant observation techniques. Fourteen women were interviewed and the narratives we obtained were classified in categories and themes in order to proceed the analysis of the material.

Some results of this investigation were: the specificity of some categories and themes, according to the women's age group (adolescent and adult); the presence of a multidimensional conception about fertility and contraception; the ruptures and continuities among the rationalities, constituting re-interpretations of the meanings on fertility and contraception.; the estrangement of the biomedical model, that bases actions of health as the fammily planning, of the conceptions originating from the women, what can justify the ineficacy of the educational strategies commonly adopted in the health services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA	12
2. O CONTEXTO TEÓRICO	20
2.1- <i>A Magnitude do Problema</i>	20
2.2 - <i>A Interpretação dos Significados: o estado da arte</i>	41
2.3- <i>As Dimensões da Realidade</i>	45
2.4- <i>A Regulação da Fertilidade sob o Olhar de Três Racionalidades</i>	51
2.4.1- <i>A Fertilidade na Racionalidade Cosmocêntrica</i>	51
2.4.2- <i>A Fertilidade na Racionalidade Teocêntrica</i>	62
2.4.3 - <i>A Fertilidade na Racionalidade Antropocêntrica</i>	71
3. PRESSUPOSTOS:	84
4. OBJETIVOS:	85
4.1 - <i>Objetivo Geral:</i>	85
4.2 - <i>Objetivos Específicos:</i>	85
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:	86
5.1- <i>Considerações Preliminares</i>	86
5.2 - <i>Escolha dos Sujeitos</i>	87
5.3- <i>Descrição do Trabalho de Campo</i>	89
5.4- <i>Organização e Análise dos Dados:</i>	91
5.5- <i>Notas de campo: Percursos e Percalços</i>	92
6. ANÁLISE QUALITATIVA	96
6.1- <i>Gravidez não planejada: uma experiência no plural e no singular</i>	96
6.1.1- <i>Quem são essas mulheres</i>	96
6.1.2- <i>A experiência da gravidez vivida</i>	100
6.1.3- <i>O conhecimento dos anticoncepcionais e a experiência de utilização dos mesmos:</i>	114
6. 2- <i>Gravidez não planejada: um fenômeno multidimensional</i>	120
6.2.1- <i>Por que as mulheres engravidam?</i>	120
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182
ANEXO	190

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1- Taxas específicas de fecundidade por faixa etária, taxa de fecundidade total e taxa bruta de natalidade para os três anos anteriores à pesquisa, segundo o local de residência. Brasil, 1996. _____ 21*
- Tabela 2- Taxas de Fecundidade por Localização. Ceará, 1994. _____ 22*
- Tabela 3 - Conhecimento dos métodos pelas usuárias medido de acordo com a espontaneidade ou indução da resposta. Ceará, 1993. _____ 24*
- Tabela 4 - Explicações da usuária sobre o modo como usa/vai usar o método anticoncepcional. Ceará, 1993. _____ 25*
- Tabela 5 - Ocorrência de gravidez não desejada e aborto entre usuárias de planejamento familiar. Ceará, 1993. _____ 26*
- Tabela 6 – Uso atual de métodos anticoncepcionais segundo o tipo de método. Brasil, 1996. _____ 32*
- Tabela 7 - Uso atual de anticoncepção entre mulheres, segundo a idade, Brasil, 1996. _____ 33*
- Tabela 8 - Distribuição percentual das razões de interrupção do uso de métodos nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa, segundo as razões apresentadas, por método específico. Brasil, PNDS 1996. _____ 34*
- Tabela 9 – Eficácia dos diversos métodos anticoncepcionais. Brasil, 1987. __ 37*
- Quadro 1 - Distribuição das mulheres investigadas conforme a idade, prática religiosa, escolaridade, atividades realizadas (remuneradas ou não), renda familiar, situação de dependência econômica e estado marital. Fortaleza, 1999. _____ 97*
- Quadro 2– Conhecimento e utilização de métodos anticoncepcionais (MAC) pelas mulheres investigadas (menção espontânea durante a entrevista). Fortaleza, 1999. _____ 116*
- Quadro 3- Distribuição das mulheres a partir dos métodos anticoncepcionais experimentados, do período de tempo e da persistência no uso. Fortaleza, 1999. 118*

DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 - Síntese de temas e categorias discursivas de mulheres adultas 177

DIAGRAMA 2 - Síntese de temas e categorias discursivas de adolescentes 178

1. INTRODUÇÃO / JUSTIFICATIVA

Este trabalho versa sobre a ocorrência de *gravidez não planejada* a partir da significação que este fenômeno tem em um segmento específico: mulheres em situação de gravidez não planejada, usuárias de serviços de pré-natal da rede pública e informadas sobre a existência e a correta utilização de métodos anticoncepcionais modernos¹.

Nosso objeto de estudo foi motivado pela constatação, em nossa experiência profissional médica, de um aparente paradoxo, pelo distanciamento entre o conhecimento de práticas contraceptivas modernas e a sua utilização concreta para evitar a ocorrência de uma gravidez não planejada. Assim a questão que norteou este estudo interroga *“qual o significado subjacente à convivência aparentemente paradoxal entre não pretender engravidar e tampouco tomar cuidados preventivos adequados para evitar esta situação?”*

Os desdobramentos desta questão inicial levam-nos à formulação das seguintes perguntas:

1) O que a população deste estudo acha que influência ou determina a possibilidade de engravidar em uma mulher ?

¹ Métodos anticoncepcionais modernos, segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde do Brasil (PNDS, 1996), são: pílula, DIU, injeções, Norplant, diafragma, espumas, tabletes, condom, esterilização feminina e esterilização masculina. A abstinência periódica (tabela, Billings e temperatura) e o coito interrompido são considerados métodos anticoncepcionais tradicionais.

2) *Quais são alguns dos aspectos que as mulheres deste estudo consideram para não evitar uma gravidez?*

3) *O que as mulheres deste estudo acham da possibilidade de controle pleno da fertilidade?*

Optamos por resgatar a significação da ocorrência da gravidez não planejada realizando uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, por pressupor que o fenômeno estudado se inscreve no âmbito da subjetividade e da complexidade, onde diferentes racionalidades e dimensões da realidade se interpenetram em um processo dialético de rupturas e continuidades na construção de significados. As diversas concepções, atitudes, práticas e discursos sobre gravidez não planejada são articuladas, assim, em planos onde o imaginário e o real, o objetivo e o subjetivo, o individual e o social se contradizem, confrontam ou complementam. Discussões de temas como a gravidez, a fertilidade, a sexualidade, a concepção, a contracepção, a maternidade, e as escolhas e planejamentos possíveis (ou não) de tais eventos, estão inseridas em cosmovisões subjacentes, relacionadas à visão de homem, natureza e mundo dos sujeitos produtores e reprodutores de significados.

Outro aspecto que nos motivou para a realização deste trabalho, trata da existência de uma lacuna acadêmica, com escassos estudos qualitativos em torno de temas como a gravidez não planejada em nosso meio. O reconhecimento da necessidade de abordagens qualitativas na área da saúde acentuou-se a partir da constatação que as intervenções em saúde, baseadas quase que exclusivamente em indicadores quantitativos, apresentam impacto limitado na modificação de comportamentos, atitudes e práticas, por desconsiderar esferas simbólicas que permeiam as ações e relações humanas.

Assim, a avaliação do impacto de intervenções em saúde reprodutiva necessita fundamentar-se em outros critérios além dos indicadores epidemiológicos. A elucidação de fenômenos complexos, como a gravidez não planejada, necessita de leituras polissêmicas, considerando as diversas dimensões que interagem na expressão do problema. Neste sentido, autores como Boongarts & Bruce (1995) têm destacado a inadequação de explicações convencionais sobre a questão do planejamento familiar, ressaltando a necessidade de fomentar mais estudos de caráter qualitativo que possibilitem resgatar com maior profundidade o significado da *gravidez não planejada* e da *gravidez não desejada*.

Na delimitação de nosso objeto, trabalhamos com a categoria de *gravidez não planejada*, que, segundo vários autores, pode distinguir-se conceitualmente da *gravidez não desejada* (FURMAN, 1980; LÓPEZ et al, 1992; KAUFMANN et al, 1997; PETERSEN & MOOS, 1997). Outros autores como Rantakallio & Myhrman (1980 : 81), utilizam o termo *concepção indesejada* como sinônimo de gravidez indesejada. Consideramos esta denominação inadequada pois o momento de *concepção* demarca apenas o início da gravidez, não sendo, portanto, sinônimo desta.

A *gravidez não planejada* trata da sua *não previsibilidade*, enquanto a *gravidez indesejada* vincula-se com a *não intenção* de gravidez de qualquer um dos progenitores, ou de ambos concomitantemente (FURMAN, 1980; LÓPEZ et al. 1992; KAUFMANN et al., 1997; PETERSEN & MOOS, 1997). No entanto, a ambigüidade é intrínseca a estas categorias, tornando imprecisa uma delimitação completamente clara entre elas, por não ser possível determinar o quanto pode haver de *intenção* no *planejamento / não planejamento* de uma gravidez.

Sem pretender descaracterizar a relação dialética existente entre *previsibilidade* e *intenção*, consideramos que a *intenção* ou *desejo* de uma gravidez possui um caráter

mais processual que a categoria *previsibilidade* ou *planejamento*. As características do *desejo* ou *intenção* podem modificar-se no decorrer do processo gravídico; já a *previsibilidade* ou *planejamento* de uma gravidez apresenta um caráter mais focal, apresentando-se desde o início da gravidez com menos riscos de modificações ao longo da mesma. A ambivalência do desejo, que pode variar da rejeição da gravidez até sua aceitação imediata, é um sentimento comum, presente na maioria das mulheres, e modificável no decorrer da gestação (MIELNIK, 1993).

É importante lembrar que fenômenos humanos como a gravidez, apresentam muitas outras características e formas de expressão, além do *planejamento* e *desejo*. O fato de limitarmos-nos à discussão destas categorias deve-se especificamente ao recorte de nosso trabalho. Neste sentido, optamos por discutir a ocorrência de *gravidez não planejada* em detrimento de *gravidez indesejada*, não apenas enquanto artifício metodológico que facilita a operacionalização de nosso trabalho, mas também como uma tentativa de caracterizar algumas especificidades constituintes desta categoria.

Quando falamos em *planejamento*, observamos que este conceito geralmente é desenvolvido pela literatura voltada para a administração, o gerenciamento, a economia e a gestão pública ou privada, sendo tratado como a possibilidade de pensar objetiva e racionalmente os passos das ações, de forma a concretizar determinados objetivos (FERREIRA, 1988; PARSON & CULLIGAN, 1988). Alguns autores como Rivera (1995), sugerem a incorporação de referenciais fundamentados na intersubjetividade e na razão comunicativa, postulada por Habermas, na concepção de planejamento, de forma a incluir esta categoria em vertentes com uma visão mais integradora da realidade, como trata o seu livro sobre o tema: *Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico*.

Redimensionar a categoria *planejamento* situando-a no limiar que lhe corresponde, incorporando a subjetividade num domínio aparentemente exclusivo da objetividade, significa problematizar concepções de planejamento relacionadas à saúde reprodutiva, tais como o *planejamento familiar*. A limitação intrínseca que caracteriza diversas propostas de *planejamento familiar* parece, assim, relacionar-se à tentativa de produzir políticas e ações de saúde que pretendem interferir no comportamento reprodutivo humano desconsiderando o âmbito da subjetividade.

Estes questionamentos trouxeram-nos a possibilidade de trabalhar com a categoria *planejamento* (de uma gravidez e *planejamento familiar*) incursionando no campo da Saúde Reprodutiva e sua interface com a Saúde Pública. Esta perspectiva reforçou nossa opção por este tema, em detrimento da categoria *gravidez indesejada*, pois acreditamos que esta última deve ser fundamentada em disciplinas cujo domínio teórico abranja a Psicologia e Psicanálise. Desta maneira, não exploramos a perspectiva da *gravidez indesejada* tanto por opção, quanto por limitação nossa, por não termos familiaridade com o campo teórico que consideramos mais adequado para sua melhor abordagem.

Para realizar este estudo, adotamos dois eixos norteadores. O primeiro fundamenta-se na concepção filosófica de *racionalidade* de Luz (1988), abordando a perspectiva de três racionalidades representantes do pensamento ocidental: a *cosmocêntrica*, a *teocêntrica* e a *antropocêntrica*. O segundo eixo trata da concepção antropológica de *dimensões da realidade*, oriunda de um modelo explicativo de teorias etiológicas leigas proposto por Ngokwey (1988). Estes dois autores constam entre nossos principais interlocutores na delimitação do quadro teórico desta investigação.

Segundo Luz (1988 : 39), “*racionalidade*” pode caracterizar-se como “os princípios de organização dos saberes e de sua ordenação no mundo, como *episteme*”.

Desta forma, por *racionalidade* podemos entender diversos tipos de conhecimento presentes em diversas formas de pensamento, não limitando-se a um saber *objetivo* e *racional*, muitas vezes definido como tal apenas sob o ponto de vista do investigador. Como explica Montero (1990 : 72):

“Assim, diversas crenças tidas como irracionais pelo observador que as analisa segundo seus próprios critérios podem ser reinterpretadas como racionais à luz de critérios de racionalidade a serem descobertos na cultura em que ocorrem. (...) Toda crença, por ser um símbolo, diz algo sobre a realidade que a criou. Neste sentido, toda representação é fonte de racionalidade.”

Aproximar as noções de *irracionalidade* e de *racionalidade* de maneira a tratar ambas como faces de uma mesma moeda, contribui para situar o investigador no papel que lhe cabe: como um leitor da realidade que constrói suas versões sobre algo a partir de um lugar histórico, político, social e cultural. Neste sentido, a importância e o interesse de compreender outras racionalidades, resgatando discursos silenciados - como o das mulheres, parte de nossa perplexidade suscitada pelo confronto entre nosso referencial profissional, a formação médica, fundamentada, como se sabe, na racionalidade científica moderna, e o discurso das mulheres, que articula outras racionalidades, além da científica.

Atravessamos então, neste trabalho, questões relacionadas à fertilidade e anticoncepção a partir de três das racionalidades fundamentantes da história do pensamento humano. A articulação destas racionalidades está baseada nos confrontos e interpenetrações dos pensamentos mítico-religioso e científico. A proposta de sistematização destas racionalidades aborda: o *cosmocentrismo*, o *teocentrismo* e o *antropocentrismo*.

Embora esta classificação das racionalidades possibilite articular cosmovisões subjacentes e peculiares, que parecem estar presentes nos discursos sobre gravidez não

planejada, lembramos que a delimitação de fenômenos complexos representa uma dificuldade inevitável, pois toda sistematização é arbitrária, por operar com a dissociação (LUZ, 1988). Apesar da interpenetração destas distintas racionalidades na constituição do imaginário coletivo, há entretanto, predominância de alguma delas sobre as demais, segundo as variações inerentes a diferentes épocas históricas e grupos culturais.

Descrevendo então, a sistematização acima proposta, podemos dizer que a *racionalidade cosmocêntrica* fundamenta-se em uma indissociabilidade entre o ser humano, a natureza e o cosmos (ELIADE, 1994). Já a *racionalidade teocêntrica* pode caracterizar-se pela presença de uma relação dualista dicotômica, que distancia o ser humano e a natureza de uma concepção de Deus masculina e autocrática, expressando-se de forma mais clara na separação entre *corpo* e *espírito*. Na *racionalidade antropocêntrica*, que se constituiu com o advento da Modernidade, é preponderante a razão discursiva (CHAUI, 1995). Esta racionalidade expressa-se pelo controle humano sobre a natureza e por relegar o sagrado e a religião, onde predomina a razão intuitiva, a um tipo de conhecimento considerado de “segunda categoria”. O papel dominante da ciência enquanto produtora de verdades se instaura com maior força nesta racionalidade (LUZ, 1988).

Em relação ao segundo eixo que norteou esta investigação, adotamos a proposta de Ngokwey (1988), que revisa as teorias etiológicas leigas. Este autor pretende constituir um modelo holístico e ecológico que integra a multidimensionalidade das explicações leigas sobre a etiologia das doenças, propondo uma classificação baseada em distintas dimensões da realidade, que englobam: o natural, o psicossocial, o sócio-econômico e o sobrenatural. Este modelo articula a existência de diversas dimensões da realidade a partir das quais se manifesta o complexo fenômeno de saúde-doença.

Gurvitch (1968), autor oriundo da Sociologia, foi outro interlocutor nosso, por propor uma sistematização da realidade em *planos* que têm certa proximidade com as dimensões de Ngokwey (1988). Contudo, enquanto Ngokwey (1988) utiliza a noção de causalidade para tratar das etiologias leigas, Gurvitch (1968: 39), articula uma concepção de “*determinismo*” que engloba e ultrapassa diversos níveis de causalidade, estabelecendo uma relação dialética entre *determinismo* e *contingência*. Neste sentido, este autor dá uma importância equivalente aos fenômenos previsíveis e imprevisíveis, colocando a previsibilidade enquanto uma possibilidade presente apenas em alguns *planos da realidade*.

As discussões tradicionais sobre *planejamento* de uma gravidez e *planejamento familiar* baseiam-se, sobretudo, na racionalidade antropocêntrica e em apenas algumas dimensões da realidade, não transitando, portanto, por outras racionalidades e dimensões presentes na fundamentação das práticas e comportamentos reprodutivos e contraceptivos da população.

O resgate da polissemia e multivocalidade do discurso referente à regulação da fertilidade e à possibilidade ou não de planejamento de uma gravidez pode auxiliar na perspectiva de integração de outras lógicas explicativas além da biomédica. A utilização de outros instrumentos oriundos das ciências humanas e sociais, contribui para ampliar o leque de leituras possíveis e, conseqüentemente, as possibilidades de intervenção sobre problemáticas como a gravidez não planejada.

Estudar a “gravidez não planejada” na perspectiva de valorizar as racionalidades e dimensões presentes nos discursos das mulheres representa uma tentativa de somar-nos aos esforços de superar o paradigma exaurido de uma ciência objetiva e neutra, embasada em um modelo mecanicista, que retrata apenas uma das expressões possíveis da realidade (LUZ, 1988).

2. O CONTEXTO TEÓRICO

2.1- *A Magnitude do Problema*

Desde tempos remotos a regulação da fertilidade está relacionada às possibilidades de sobrevivência da espécie humana e a distribuição de alimentos (HARDING, 1985), o que remete entre outras questões, à problemática do crescimento populacional nas sociedades humanas ao longo da história.

Entretanto, foi somente no século XVIII, com a constituição dos Estados Modernos e o advento da ciência, que a questão demográfica, considerada do âmbito individual e religioso, configurou-se também como questão política, econômica e científica. A *população*, enquanto problema político e econômico, teve como cerne da questão o *sexo* e a análise de suas conseqüências, as taxas de : natalidade, nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e freqüência das relações sexuais, a forma de torná-las fecundas ou estéreis, o efeito do celibato e das interdições e a incidência das práticas contraceptivas (FOUCAULT, 1993).

Apesar da realização de censos populacionais com objetivos militares e normatizadores desde o século passado, somente na segunda metade do século XX foram desenvolvidos indicadores quantitativos na área de saúde reprodutiva e saúde materno-infantil como instrumentos auxiliares no planejamento e elaboração de políticas populacionais (TINOCO & MODENA, 1996).

O advento da pílula anticoncepcional na década de 50, além de desencadear decisivamente a revolução sexual, contribuiu na ampliação de novas leituras e práticas sobre a regulação da fertilidade e o planejamento da gravidez. Este palco, já polêmico, teve suas discussões e interesses acirrados por posicionamentos antagônicos entre si.

Na esfera da Saúde Pública, os inquéritos sobre fertilidade e saúde reprodutiva tornaram-se gradativamente sistemáticos a partir da década de 60, sendo regulares na América Latina desde 1975. Estes inquéritos produzem basicamente informações descritivas sobre alguns fenômenos relacionados à fertilidade e contracepção (LÓPEZ et al, 1992; THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994; BEMFAM, 1996).

A seguir apresentamos algumas informações oriundas de alguns destes inquéritos, relacionadas com a temática de nosso estudo. A **tabela 1**, adaptada da *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 1996)* apresenta dados sobre a atual taxa de fecundidade no Brasil, que vem caindo progressivamente nas últimas décadas.

Tabela 1- Taxas específicas de fecundidade por faixa etária, taxa de fecundidade total e taxa bruta de natalidade para os três anos anteriores à pesquisa, segundo o local de residência. Brasil, 1996.

Taxas	Residência		Total	Número de mulheres
	Urbana	Rural		
TFT 15-49	2.3	3.5	2.5	12 612
TFT 15-45	2.3	3.5	2.5	
TFG	82	119	88	
TBN	21	25	22	

Fonte: BEMFAM, PNDS-1996

Nota: TFT- Taxa de Fecundidade Total expressa por mulher. Consiste no número médio de filhos que uma mulher pode ter até o final de sua vida reprodutiva, caso sejam mantidas as atuais taxas específicas de fecundidade por idade e na ausência de mortalidade.

TFG - Taxa de Fecundidade Geral: nascimentos divididos pelo número de mulheres de 15-44 anos expressa por 1 000 mulheres.

TBN - Taxa Bruta de Natalidade expressa por 1 000 pessoas.

As taxas de fecundidade do Ceará apresentadas a seguir, foram adaptadas da *Terceira Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará - PESMIC-3*, realizada em 1994:

Tabela 2- Taxas de Fecundidade por Localização. Ceará, 1994.

Taxas de fecundidade	Localização		
	Fortaleza	Interior	Ceará
Taxa Bruta de Fecundidade ¹	20.4	23.5	22.7
Taxa de Fecundidade Total (TFT) ²	2.2	3.4	3.0

Fonte: Ceará. Secretaria Estadual de Saúde. PESMIC-3, 1994.

Nota: ¹ Taxa Bruta de Fecundidade: é o número de partos por ano por 1 000 pessoas na população geral.

² Taxa de Fecundidade Total: é o número de filhos que uma mulher teria na vida, baseado nas taxas de fecundidade atuais das diversas faixas etárias.

A *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS, 1996) pressupõe que a universalidade do conhecimento de métodos anticoncepcionais seria uma das variáveis que contribuiriam para a queda da fecundidade, já que desde 1980 são observados altos índices de conhecimento de métodos anticoncepcionais por parte da população feminina do Brasil. Em 1986, mais de 99% da população feminina referia conhecer algum método anticoncepcional moderno. Em 1991, na região Nordeste, com menor desenvolvimento econômico do que a média do país, esta proporção era de 100% das mulheres. Na última pesquisa (PNDS, 1996), 100% dos homens e mulheres unidos ou não, com ou sem experiência sexual referiram conhecer, de certa forma, algum tipo de método.

Entretanto, devemos considerar estes dados com certa reserva, já que eles se fundamentam na menção espontânea ou induzida do conhecimento da *existência* de métodos contraceptivos, e não do conhecimento sobre a sua *utilização adequada*. Segundo Robey et al (1996) o conhecimento adequado de métodos anticoncepcionais (MAC's) inclui informações sobre seu funcionamento, seus efeitos colaterais, seus custos e as formas de obtenção. Para avaliar esta questão, os pesquisadores criaram um

“*índice de conhecimento*” baseado em 3 questões: (1) menção espontânea de algum método; (2) estar consciente de como obtê-lo; (3) ter uma opinião sobre seus efeitos colaterais (ROBEY et al, 1996: 14). Apesar desta proposta incluir outras variáveis para avaliar o conhecimento, destacamos a ausência de menção ao conhecimento prático, relacionado à utilização adequada dos métodos, o que representa uma limitação deste índice.

Este problema aparece contornado na *I Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará*, de 1994, por distinguir o *conhecimento da existência* do método, do *conhecimento da sua utilização adequada*. Lembramos que o estudo do Ceará é baseado em uma amostragem de caráter institucional (usuárias de serviços públicos), e não populacional; o que impossibilita generalizar seus dados para a população.

Observamos assim, uma ausência de estudos descritivos de base populacional em nosso meio que discriminem os dois tipos de conhecimento mencionados. Inclusive, a falta de padronização que observamos nos estudos epidemiológicos no que se refere ao tipo de *conhecimento* dos métodos contraceptivos, dificulta a avaliação do nível de informação realmente existente na população.

As **tabelas 3 e 4**, adaptadas do estudo *Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará*, apontam algumas informações sobre o conhecimento de métodos contraceptivos em usuárias de serviços de planejamento familiar neste estado. Selecionamos tais informações por contribuírem para a contextualização de aspectos de saúde reprodutiva ligados à temática de nosso estudo foi desenvolvido.

Tabela 3 - Conhecimento dos métodos pelas usuárias medido de acordo com a espontaneidade ou indução da resposta. Ceará, 1993.

CONHECIMENTO MÉTODO	NÃO CONHECE	SIM (RESPOSTA ESPONTÂNEA)	SIM (RESPOSTA INDUZIDA)
PÍLULA	0	96.4	3.6
DIAFRAGMA	71.0	16.7	12.3
CONDOM	4.3	82.6	13.0
DIU	29.7	52.9	17.4
INJETÁVEIS	29.7	29.0	41.3
LAQUEADURA	23.2	19.6	57.2
VASECTOMIA	64.5	8.7	26.8
ESPERMICIDA	56.5	25.4	18.1

Fonte: Ceará, Secretaria Estadual de Saúde – I Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará, 1994.

Esta tabela, referente a mulheres usuárias da rede pública, apresenta o nível de *conhecimento da existência* dos chamados *métodos modernos de contracepção*, a partir das menções espontânea e induzida. Com exceção do condom, parece haver certa associação entre os métodos mais utilizados e os mais mencionados, já que a proporção de mulheres com laqueadura é de 36%; de usuárias da pílula é de 21%; de usuárias de métodos naturais é de 9%; enquanto outros métodos perfazem 6% do total. A proporção de mulheres que não utilizavam métodos sem motivos declarados (descartadas as mulheres sexualmente ativas e os casos de menopausa/esterilidade) na época desta pesquisa era de 24%.

A **tabela 4** apresenta informações relativas ao *conhecimento da utilização adequada* de métodos por parte das usuárias de serviços de saúde do Ceará.

Tabela 4 - Explicações da usuária sobre o modo como usa/vai usar o método anticoncepcional. Ceará, 1993.

REGIÃO	FORTALEZA	INTERIOR	TOTAL
COMO USAR			
Explicação correta e completa	62.5	68.0	64.5
Explicação correta e incompleta	23.9	20.0	22.5
Explicação incorreta	10.2	12.0	10.9

Fonte: Ceará, Secretaria Estadual de Saúde – I Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará, 1994.

Esta tabela mostra que apenas aproximadamente 11% da população feminina usuária de serviços de planejamento familiar não tem um nível de informação adequado para a utilização do método de sua escolha ou já em uso. Como faltam estudos de base populacional que mensurem o *conhecimento da utilização adequada* de métodos, pressupomos que a parcela da população feminina que tem um nível informativo inadequado seria maior se incluíssemos as mulheres que não freqüentam os serviços de planejamento familiar e, portanto, não têm acesso a esta via de informação. No entanto, cabe lembrar que, embora o nível informativo adequado seja muito importante, ele não é o único determinante na utilização dos métodos anticoncepcionais.

O controle da fertilidade e suas dificuldades são inerentes ao fato destas práticas estarem situadas no terreno da sexualidade, das emoções, do desejo, do relacionamento com o outro, extrapolando uma postura racional, sistemática e planejada. Pelo fato da sexualidade ser um campo de constantes negociações com o outro, seja na contracepção, no sexo seguro ou na busca do prazer, possuir informações adequadas nem sempre é suficiente para prevenir uma gravidez (SOARES, 1997).

A **tabela 5** apresenta os dados referentes à ocorrência de gravidez não desejada e aborto entre as usuárias dos serviços de planejamento familiar do Ceará.

Tabela 5 - Ocorrência de gravidez não desejada e aborto entre usuáries de planejamento familiar. Ceará, 1993.

REGIÃO	FORTALEZA	INTERIOR	TOTAL
EVENTO			
Ficou grávida sem desejar	54. 5	36. 0	47. 8
Grávida usando métodos	14. 8	8. 0	12. 3
Tentou/provocou aborto	21. 6	10. 0	17. 4

Fonte: Ceará, Secretaria Estadual de Saúde – I Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará , 1994.

Embora esta tabela tenha como base a mesma população amostral das tabelas 3 e 4, não é possível estabelecer conclusões que associem o nível de conhecimento de métodos contraceptivos com a ocorrência de gravidez indesejada. Parece-nos, inclusive, que a utilização, nesta tabela, do termo “*ficou grávida sem desejar*” pode estar agregando inadequadamente as categorias *gravidez indesejada e gravidez não planejada* em apenas uma variável, já que não há uma distinção conceitual clara entre estas categorias no estudo mencionado. A necessidade de estabelecer conceitos consensuais sobre *gravidez não planejada* é enfatizada por autores como Petersen & Moos (1997), no sentido de construir escalas que possibilitem mensurar e distinguir quantitativamente fenômenos como a *gravidez não planejada* da *gravidez indesejada*.

Embora os estudos quantitativos tenham sua importância, acreditamos que os mesmos devem ser relativizados, por possibilitar a apreensão de apenas algumas faces da realidade. Utilizá-los como fonte única ou preponderante da avaliação e produção de políticas de saúde representa uma limitação que é, sobretudo, de caráter epistemológico, mais que metodológico. A tentativa de mensurar categorias simbólicas tais como o *desejo* e o *planejamento* pode incorrer no risco de reduzir a complexidade inerente à realidade.

Ilustramos esta tentativa de tradução numérica de aspectos simbólicos a partir da classificação proposta pelo relatório *Salud Reproductiva en las Americas - OPAS OMS* (1992: 183), utilizado como referencial por vários inquéritos da área. Este relatório propõe a seguinte classificação da gravidez, considerando as circunstâncias de sua ocorrência:

“planejada” - gravidez desejada que ocorre quando previsto.

“não oportuna” - gravidez desejada mas em outro momento.

“não desejada” - ocorrência de gravidezes em número maior às desejadas (em relação a uma mulher).

“ocorrida em circunstâncias não determinadas” - faltam informações sobre as intenções de gravidez.

Segundo este relatório, essas quatro classificações de gravidez se excluem mutuamente. A combinação de *gravidez planejada* e *gravidez não oportuna* caracteriza *gravidez desejada* e a combinação de *gravidez não oportuna* e *não desejada* caracteriza a *gravidez não planejada*. Como podemos observar, esta classificação estabelece uma relação linear entre *planejamento* e *desejo*. No entanto, há outros entrecruzamentos possíveis entre *desejo/não desejo* e *planejamento/não planejamento*, além dos estabelecidos acima, podendo expressar-se através de uma *gravidez planejada e não desejada* (comum no *testes da fertilidade*² entre adolescentes, por exemplo) ou *não planejada e desejada*. Trabalhar com categorias complexas, como o *desejo* e o *planejamento*, exige uma discussão teórica que não pode limitar-se à classificação acima proposta.

A seguir apresentamos alguns indicadores epidemiológicos que consideramos mais significativos em relação a nossa temática de estudo. São eles:

² Os *teste da fertilidade* é mencionados por Vitiello (1991: 167), caracterizando-se como a ocorrência de gravidez por não utilização ou descontinuidade da anticoncepção pelo medo (geralmente inconsciente) de ser estéril, sendo necessária a gravidez para confirmar a própria fertilidade. Esta situação é comum na adolescência, acarretando múltiplos abortamentos em algumas mulheres desta faixa etária.

a) **Taxa de gravidez indesejada.** A publicação *Relatorio de Salud Reproductiva en las Americas, 1992* refere que no Brasil, o percentual de gravidezes não desejadas oscilou entre 9 e 33% em 1986, e estes números geralmente foram inversamente proporcionais ao uso de métodos anticoncepcionais. O percentual médio nacional de gravidez indesejada foi de 20%, ou seja, uma em cada cinco gravidezes neste mesmo ano.

b) **Prevalência de nascimento indesejado** (mencionado na publicação *Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana* do The Alan Guttmacher Institute, 1994), averigua como foi a resolução da última gravidez entre as mulheres pesquisadas. A resolução do nascimento divide-se em 3 grupos: nascimento desejado, nascimento indesejado e aborto induzido. Este indicador apresentou os seguintes percentuais no Brasil, em 1991: de 4 693 300 gestações, 31% terminaram em aborto induzido; 21% resultaram em nascimentos indesejados e 46% foram nascimentos desejados. Ou seja, considerando o aborto induzido como uma das expressões das gravidezes indesejada e não planejada, mais da metade das gestações (54%) foram indesejadas.

Ressaltamos a necessidade de certo cuidado na utilização deste indicador, para não confundir o desejo/não desejo de um nascimento, com o desejo/não desejo de uma gravidez, sob risco de incorrer na redução de duas intenções distintas (de gravidez e de nascimento) a uma intenção só. Segundo SÖDERBERG et al (1997), uma gravidez indesejada pode tornar-se um nascimento desejado, pela complexidade das modificações emocionais que podem ocorrer durante o processo gravídico.

c) **Necessidades não satisfeitas (demanda insatisfeita)**, é indicador relativamente recente. A maioria dos estudos estabelece este indicador como a intenção de não engravidar de uma mulher (não grávida) e a falta de utilização de anticoncepcionais por parte da mesma. Segundo Robey et al (1996), em 1986, 13% das

mulheres brasileiras com parceiro tinham *necessidades não satisfeitas*, ou seja, não queriam engravidar mas tampouco utilizavam métodos contraceptivos.

A discussão sobre a fundamentação teórica deste indicador foi levantada por DeGraff & Silva (1996), que propõe que a utilização de um critério *baseado na saúde (health-based)*, de forma a incluir na mensuração as mulheres com maiores riscos na saúde materno-infantil (caso engravidem) e não apenas as mulheres sem intenção de engravidar (*preference-based*).

Segundo Robey et al (1996), atualmente há uma tendência a considerar a existência de outras lacunas na constituição das *necessidades não satisfeitas* que vão além da cobertura dos serviços de saúde e do acesso de mulheres à informação e aos métodos anticoncepcionais. Entre estas lacunas estariam fatores tais como: o medo na utilização dos contraceptivos, os efeitos colaterais que eles causariam e fatores culturais intervenientes na decisão de utilizá-los ou não, como a religião e a pressão familiar. Estes mesmos autores enfatizam a necessidade de mais estudos de caráter antropológico para aprofundar o conhecimento destas lacunas, apresentando algumas informações oriundas de uma revisão sobre o tema.

Nesta revisão, Robey et al (1996) buscaram os motivos que poderiam influenciar as *necessidades não satisfeitas*, encontrando várias explicações. As *dificuldades com o acesso aos métodos e a qualidade dos serviços de saúde* foram relacionadas à distância geográfica dos serviços; à pouca variedade e insatisfação com os métodos disponíveis; aos custos pessoais – psicológicos, monetários, de tempo e outros; e a aspectos relacionados aos serviços: destrato pelos profissionais, poucos recursos existentes, temor e desconfiança da medicina moderna e dos provedores de serviços.

As *preocupações com a saúde e os efeitos colaterais* dos métodos foi importante. A propagação de crenças e rumores, às vezes baseados em experiências

ocorridas com outras mulheres, influenciaram a rejeição de determinados métodos, sobretudo entre mulheres que nunca tinham usado anticoncepcionais modernos. A descontinuidade do uso de anticoncepcionais motivada pelos efeitos colaterais dos mesmos foi a outra face desta questão. Inclusive, tal descontinuidade foi maior entre mulheres que referiram efeitos colaterais, do que naquelas que realmente desejavam engravidar. A decisão entre vivenciar o risco de uma gravidez indesejada ou os efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais foi variável entre as mulheres.

A falta de informação também foi mencionada. Quanto maior o número de métodos conhecidos pelas mulheres, menores as taxas de necessidades insatisfeitas. O conhecimento de pelo menos um método anticoncepcional pareceu ser suficiente para reduzir as taxas deste indicador em vários países.

Outra questão que surgiu foi a *oposição dos maridos, dos familiares e da comunidade*. A oposição masculina, afetou não só a utilização do método, como a escolha e tempo de uso do mesmo. Ela teve várias razões: desejo de mais filhos por parte do homem, o que fez prevalecer o desejo dele sobre a prática contraceptiva da sua mulher; medo da infidelidade da mulher; ciúmes que médicos homens examinassem suas mulheres; necessidade de manter o controle do comportamento da esposa; restrições religiosas; e medo dos efeitos colaterais da anticoncepção.

A percepção de baixo risco para gravidez demonstrou que mulheres nesta situação apresentaram menos interesse na anticoncepção. A consideração de pouco risco para engravidar fez com que não se justificassem os custos e as inconveniências da anticoncepção para estas mulheres.

A ambivalência aparente entre desejar ou não mais filhos foi detectada através de respostas contraditórias da mesma mulher em diferentes momentos dos inquéritos. De certa forma, estas respostas contraditórias refletem as dificuldades e limitações dos

inquéritos de fertilidade. Observou-se entretanto, que estas respostas foram bem mais freqüentes entre mulheres que pretendiam o espaçamento de suas gestações do que entre as que não desejavam mais filhos.

d) **Prevalência de utilização de anticoncepcionais em mulheres e homens.** A *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996)*, informa que nesse mesmo ano, a utilização de contraceptivos entre mulheres em idade fértil no Brasil foi de 55,4% do total de mulheres e em 76,3% das mulheres com parceiro. Entre os homens de 15 a 59 anos, as taxas de utilização foram de 60,4% para todos os homens e 74,0% dos homens com parceira (incluindo método da parceira).

A pesquisa apresenta também comparações entre a proporção de mulheres unidas que conhece métodos anticoncepcionais (100%), a proporção de mulheres unidas que já usou tais métodos anteriormente ao estudo (mais de 90%), e a proporção de mulheres unidas que, no momento da pesquisa, estava usando algum método (85%). Conforme o estudo, o Brasil caracteriza-se como o país do Terceiro Mundo com maior prevalência de utilização de métodos anticoncepcionais, sendo mais freqüentes a esterilização (27,3% do total de mulheres) e o anticoncepcional oral (15,8% do total de mulheres).

A **tabela 6** adaptada do PNDS – 1996 apresenta algumas informações sobre este indicador em mulheres do Brasil:

Tabela 6 – Uso atual de métodos anticoncepcionais segundo o tipo de método. Brasil, 1996.

MÉTODO	TODAS AS MULHERES	MULHERES UNIDAS
	(%)	(%)
Algum método	55.4	76.7
Métodos modernos	51.0	70.3
Pílula	15.8	20.7
DIU	0.1	1.1
Injeções	1.1	1.2
Métodos vaginais	0.1	0.1
Condom	4.3	4.4
Esterilização feminina	27.3	40.1
Esterilização masculina	1.6	2.6
Métodos Tradicionais	4.2	6.1
Abstinência periódica	2.0	3.0
Coito interrompido	2.1	3.1
Outros		
Total de casos	12612	7584

Fonte: Adaptado de BEMFAM, PNDS - 1996.

Como vemos, a esterilização feminina foi a forma mais referida para evitar a gravidez, seguida da pílula e do condom. Os altos índices de esterilização feminina indicam, segundo Ribeiro (1994), as dificuldades e tentativas frustradas relacionadas à trajetória anticonceptiva feminina.

A **tabela 7** apresenta uma adaptação do estudo **PNDS 1996** sobre a utilização de métodos anticoncepcionais entre mulheres, desagregado por faixas etárias:

Tabela 7 - Uso atual de anticoncepção entre mulheres, segundo a idade, Brasil, 1996.

Idade	Algum método	Métodos Modernos	Métodos Tradicionais	Não usando método	Nº de mulheres
15-19	14.7	13.2	1.4	85.3	2 464
20-24	43.8	40.7	3.1	56.2	1 893
25-29	64.7	59.0	5.5	35.3	1 937
30-34	75.4	70.3	5.1	24.6	1 918
35-39	75.3	70.1	5.1	24.7	1 733
40-44	71.2	66.2	4.2	28.8	1 479
45-49	61.7	55.1	6.4	38.3	1 190
Total	55.4	51.0	4.2	44.6	12 612

Fonte: PNDS, 1996.

As razões para interrupção do uso de métodos anticoncepcionais constam na

tabela 8:

Tabela 8 - Distribuição percentual das razões de interrupção do uso de métodos nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa, segundo as razões apresentadas, por método específico. Brasil, PNDS 1996.

Razões para interrupção do uso	Métodos Modernos				Métodos Tradicionais			Total
	Pílula	DIU	Injeções	Con-dom	Tabela	Coito Interr.	Outros ¹	
Engravidou usando	11.4	6.1	8.2	1.7	34.7	2.5	15.3	15.3
Queria engravidar	19.6	24.1	12.3	7.7	11.2	8.3	3.7	15.5
Parceiro não gosta	0.1	0.0	0.4	5.5	1.0	2.7	1.2	1.3
Efeitos colaterais	26.2	26.8	36.9	2.2	1.2	1.0	1.1	18.1
Contra-indicação	2.9	6.3	3.3	3.7	0.9	0.3	0.0	2.6
Acesso, disponibilidade	0.6	0.0	0.5	1.3	0.1	0.4	0.0	0.6
Método mais eficaz	4.1	4.8	2.5	21.7	21.7	27.8	2.4	10.6
Inconveniente de usar	1.6	2.6	2.2	9.9	2.0	3.4	0.9	3.2
Sexo pouco freqüente	6.5	2.9	3.6	13.6	5.0	5.0	0.6	7.1
Custo	1.1	0.0	3.4	0.6	0.0	0.0	0.0	0.9
Fatalismo	0.8	0.0	2.2	0.6	0.3	0.2	0.0	0.7
Menopausa	0.8	0.0	0.0	0.7	0.7	0.0	0.0	0.7
Histerectomia	0.3	1.8	0.0	0.2	0.5	0.6	0.0	0.3
Separação, viuvez	0.9	0.0	0.6	1.2	0.5	0.5	0.0	0.8
Outra	19.1	20.4	14.9	5.6	12.9	9.7	4.1	15.2
Não sabe	0.0	0.0	0.4	0.0	0.7	0.0	0.0	0.1
Não respondeu	4.1	4.3	8.5	13.9	6.7	7.7	70.5	7.0
Número	4 211	85	342	1 097	617	690	67	7 133

Fonte: PNDS, 1996.

Nota: 1 Outros inclui: chás, ervas, etc.

O estudo do qual foi extraída a tabela acima salienta a alta proporção de mulheres que interromperam o uso de métodos devido a falha dos mesmos, pressupondo que isto significa evidência de *falha no uso* mais do que *falha no método* propriamente. Também é sugerido um maior número de falhas nos locais cuja atenção à saúde é mais deficiente, como o Nordeste, onde foi registrado um percentual de 14% de usuárias da pílula que interromperam o seu uso devido a gravidez.

e) **Abortamento induzido.** Este é um indicador geralmente apresentado em números absolutos e muito difícil de mensurar no Brasil, devido à clandestinidade do aborto. É importante lembrar que mesmo que este indicador fosse fidedigno, ele não expressaria a totalidade de gestações indesejadas, já que este tipo de gestação nem sempre tem o abortamento como forma de resolução. A construção deste indicador num contexto de clandestinidade e ilegalidade é realizada a partir de estimativas projetadas, considerando as internações e óbitos maternos decorrentes de complicações por aborto induzido. Segundo Mateos & Lago (1996 : 10) :

“as estimativas mais otimistas são do Fundo de Populações, da Organização das Nações Unidas (ONU), e do norte-americano Alan Guttmacher Institute (AGI), que calculam o total de abortos feitos no Brasil em 1,46 milhão por ano. Já estudos anteriores, da Organização Mundial de Saúde (OMS), falavam em 4 milhões.”.

O estudo “*Aborto Clandestino: Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana*”, refere que de cada 100 mulheres que se submeteram ao aborto 42 apresentaram complicações, e destas, 29 acabaram sendo hospitalizadas, boa parte com seqüelas permanentes como a infertilidade.

Vale destacar que o aborto induzido é considerado a principal causa de complicações, de hospitalizações e de óbitos maternos de mulheres em idade fértil no Brasil (MATEOS & LAGO, 1996).

f) **Eficácia dos métodos anticoncepcionais.** Este indicador é utilizado para avaliar a possibilidade que um método anticoncepcional tem de prevenir uma gravidez em condições ideais (perfeitas, consistentes) e típicas (comuns) de uso (TRUSSELL et al, 1990). Segundo Berek et al (1998), é impossível avaliar a eficácia de um método anticoncepcional isoladamente de outros fatores.

Outros indicadores próximos da *eficácia* tratam da *efetividade*³ dos métodos anticoncepcionais e a *taxa de falha do método anticoncepcional* no primeiro ano de uso (HATCHER et al, 1994).

Potter (1996) realizou uma revisão da literatura sobre a efetividade dos métodos anticoncepcionais e encontrou inconsistências entre as medidas de efetividade e adesão aos anticoncepcionais, havendo diferentes formas mensurar estes indicadores, o que pode resultar em achados divergentes. Segundo Jones & Forrest (1992), uma maior *taxa de falha dos métodos anticoncepcionais* parece estar mais relacionada a características das usuárias (idade, estado marital e pobreza), influenciando o uso impróprio e irregular dos métodos, mais do que a limitações inerentes aos mesmos.

A **tabela 9** apresenta a eficácia de alguns métodos anticoncepcionais, verificada através do percentual anual de falha para cada um dos métodos. Com exceção da esterilização feminina e masculina, os demais métodos apresentados mostram diferenças de eficácia ideal e típica.

³ Berek et al (1998) definem a efetividade como a avaliação a longo prazo de um grupo de mulheres ativas sexualmente que usam um MAC específico por período de tempo para observar a frequência de gravidez, concordando com Hatcher et al (1994), para quem, a efetividade, num sentido estrito, está relacionada com a redução proporcional da probabilidade mensal de concepção. A efetividade é um indicador relacionado com adesão da pessoa ao método, sendo calculada pela *fórmula de Pearl*, na qual o número de gestações é dividido pelo número total de meses contribuídos por todos os casais e multiplicando-se o quociente por 1 200. Com a maioria dos métodos as taxas de gravidez se reduzem com o tempo, à medida que casais mais férteis ou menos cuidadosos vão sendo desligados da pesquisa.

Tabela 9 – Eficácia dos diversos métodos anticoncepcionais. Brasil, 1987.

Método anticoncepcional	ÍNDICE DE FALHA (número de gestações por 100 mulheres/ano)	
	Todas as usuárias	Método usado correta e consistentemente
Nenhum	90	90
Temperatura basal	24	2-20
Coito interrompido	23	16
Diafragma c/ espermaticida	19	2
Condom	10	2
DIU	5	1.5
Pílula	2	0.5
Esterilização feminina	0.04	0.04
Esterilização masculina	0.15	0.15

FONTE: Adaptado do IBGE, 1987.

Embora os indicadores relacionados à eficácia do uso de anticoncepção sejam necessários para a distinção de métodos mais seguros, a aferição destes indicadores deve ser problematizada. Segundo Berek et al (1998), a tentativa de contornar o problema de distinção entre qual gravidez pode ocorrer entre todos os casais e qual pode dever-se ao uso incorreto de MAC's passa pela utilização de diferentes taxas derivadas de múltiplos estudos, para identificar a menor taxa de gravidez e a taxa habitual.

Entretanto, cabe ressaltar que, devemos relativizar os números encontrados através destas estratégias matemáticas imbuídas do objetivo de mensurar variáveis relacionadas a comportamentos reprodutivos e sexuais íntimos e subjetivos distanciados da possibilidade de verificação do investigador.

Todos os indicadores acima listados e apresentados contribuem para estabelecer um “panorama” epidemiológico sobre a relevância do tema da gravidez não planejada. Além disto, os estudos quantitativos também estabelecem um determinado perfil de mulheres mais sujeitas à gravidez não planejada e/ou indesejada, composto por:

mulheres de países de Terceiro Mundo, oriundas de áreas rurais, de estratos sociais populares, com menos anos de estudo e pertencentes a faixas etárias próximas à adolescência ou à pré-menopausa, casadas, e múltiparas (DENTON & SCOTT, 1994; AGYEI & MIGADDE, 1995; SAVONIUS et al, 1995; BEMFAM, 1996).

Outras características relacionadas à gravidez não planejada em mulheres usuárias de serviços de planejamento familiar, segundo Williams et al (1997) estão associadas a: idade (mulheres mais jovens), iniciação sexual precoce e maior número de parceiros sexuais. Já entre as que evitaram uma gravidez não planejada foram observados: maiores níveis de prevenção sexual, maior confiança na habilidade de uso dos métodos anticoncepcionais, percepção de mais conseqüências negativas em ter filhos em um futuro próximo, e menor aceitação da gravidez em mulheres não casadas.

Em um estudo sueco, o medo dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais, considerado um problema insolúvel até o momento, foi a razão mais comum de não usar contraceptivos (25% das mulheres que procuraram aborto legal na Suécia referiram tal motivo) (SAVONIUS et al, 1995). Outra investigação, também sueca, realizada com mulheres entre 22 e 29 anos, mostrou que 11,5% das mulheres candidatas ao aborto engravidaram utilizando métodos anticoncepcionais (LINDELL et al, 1995).

Bearss et al (1995) descrevem um estudo de intervenção realizado entre adolescentes, incluindo usuárias bem informadas e acompanhadas num programa de planejamento familiar na escola. Os resultados referem que 10% das moças engravidaram e 13% desistiram da utilização de métodos contraceptivos no decorrer do tempo. Entre as conclusões, encontramos que a intervenção próxima e regular da população-alvo, apesar de melhorar a utilização de métodos anticoncepcionais, não foi suficiente para diminuir as falhas dos mesmos e o número de desistências, que permaneceram altos.

A importância que deve ser dada ao estudo de fatores culturais, à desconfiança das mulheres em relação aos métodos anticoncepcionais e ao medo dos efeitos colaterais dos mesmos vem sendo destacada na literatura (SAVONIUS et al 1995; ROBEY et al, 1996).

Apresentamos a seguir, algumas informações da literatura sobre a anticoncepção na adolescência, por avaliar que este grupo etário tem peculiaridades que o distinguem da população geral. A adolescência é uma fase de transformação biopsicossocial, sendo difícil estabelecer limites cronológicos precisos, por ser composta de aspectos dinâmicos e mutáveis. Neste trabalho utilizamos o critério de Silber et al (1992) e Souza (1996), demarcando a adolescência entre os 10 e os 20 anos completos. Além das mudanças corporais e da aquisição dos caracteres sexuais secundários, relacionados à puberdade, observamos psicologicamente “lutos”, indefinições e uma busca intensiva da própria identidade (VITIELLO, 1991).

Em um estudo realizado na Maternidade Escola Assis de Chateaubriand (MEAC), em Fortaleza, Ceará, foram pesquisadas 482 adolescentes usuárias do serviço de planejamento familiar. Entre os achados, a taxa de informação sobre métodos anticoncepcionais foi de 87,8%, porém apenas 48,1% das entrevistadas tinha utilizado algum método. O anticoncepcional oral e, em segundo lugar, o condom foram os métodos utilizados preferencialmente. Das usuárias de anticoncepcionais, 2,1% engravidaram, mostrando falhas dos métodos nas seguintes proporções: 5% condom, 3,2% amamentação exclusiva e 1,5% anticoncepcional oral (SILVA et al, 1996).

Segundo Vitiello (1991: 167-168), entre os fatores relacionados à falha ou não uso de anticoncepcionais na adolescência, encontramos: a *desinformação* sobre os métodos e sobre a anatomia e fisiologia reprodutiva humana; a *dificuldade de acesso* a serviços de planejamento familiar, com poucos serviços preparados para o atendimento

específico da população adolescente; o *custo* dos métodos; a *necessidade de uso clandestino*, pelas normatizações sociais e familiares vigentes em torno do exercício da sexualidade feminina; a *falta de cooperação do parceiro*, pelo machismo e responsabilização da mulher pelo cuidado contraceptivo; os *preconceitos* culturais contra a anticoncepção; a *instabilidade*, insegurança e temor dos efeitos colaterais; e os *bloqueios emocionais*.

Os *bloqueios emocionais* são formados por uma série de fatores conscientes e inconscientes que podem influenciar o uso inadequado ou não uso dos anticoncepcionais. Entre eles, destacamos: o resquício do pensamento mágico característico da infância, gerando a *percepção de invulnerabilidade*⁴; o *teste da fertilidade*; a *agressão aos pais*, onde a gravidez representa uma forma de autoafirmação e de contestação ao poder dos pais; os *sentimentos de culpa*, pelo exercício da sexualidade; a necessidade de *provocar dependência*, pois a gravidez representa um caminho para a estabilidade econômica e conjugal; o *temor à consulta*, por medo e pudor ao exame ginecológico; e o *desejo de ser mãe*, pois a construção da identidade feminina em nossa sociedade ainda passa pela maternidade.

Aprofundar as indagações a partir das informações e lacunas existentes em torno do conhecimento sobre a fertilidade e seu controle, pode contribuir para elucidar novos aspectos simbólicos, situando-os nos contextos de complexidade onde as práticas e discursos sobre fertilidade e contracepção se produzem.

⁴ Segundo Boruchovitch (1992), a **percepção de invulnerabilidade** está relacionada com o fenômeno do egocentrismo da adolescência. Nesta fase, o(a) adolescente torna-se excessivamente preocupado consigo mesmo, considerando-se o(a) único na história, pois ninguém viveu o que ele(ela) está vivendo. Isto faz com que o(a) adolescente passe a ter dificuldades em perceber que é tão vulnerável a perigos quanto qualquer outra pessoa. Esta **percepção de invulnerabilidade** exerce certo impacto no engajamento em comportamentos que envolvem riscos pessoais como o sexo desprotegido, o uso de drogas psicoativas, a alta velocidade no trânsito e outros (SILBER, MUNIST, HERRERA & OJEDA, 1992).

A apreensão de outros aspectos da realidade para além da primazia matemática fundamentante das abordagens quantitativas, poderá ampliar as limitações impostas por descrições e modelos idealizados, que retratam esta realidade apenas parcialmente (MINAYO & SANCHES, 1993). Neste sentido, as diferenças entre as abordagens quantitativa e qualitativa são de carácter epistemológico, não sendo possível uma relação excludente ou hierarquizável entre elas. Segundo Schramm & Castiel (1992: 385), esta discussão epistemológica deve fundamentar-se em:

“(...)uma transformação mais radical (...) da emergência de um “novo espírito científico” no interior de uma “nova visão de mundo”(...), situação esta que demanda uma nova “síntese”, a partir das interfaces das disciplinas existentes.”

2.2 - A Interpretação dos Significados: o Estado da Arte

Neste tópico trataremos de alguns estudos qualitativos encontrados sobre fertilidade, gravidez, aborto e anticoncepção. Na literatura revisada, não encontramos estudos qualitativos com referência específica ao significado da gravidez não planejada entre mulheres em uma ótica semelhante à que adotamos em nosso trabalho. Esta lacuna contribuiu para estabelecer e reforçar a necessidade de trilhar os caminhos de nossa indagação inicial.

Um dos primeiros trabalhos qualitativos realizados no Brasil no campo da saúde reprodutiva, foi o de Said & Leite (1987). Estas pesquisadoras investigaram algumas questões relacionadas à anticoncepção em populações de baixa renda e em usuárias de serviços de planeamento familiar. Observou-se que a passagem pelos serviços de saúde e/ou planeamento familiar foi posterior a tentativas individuais de controlar a fertilidade. Esta motivação foi ocasionada pela maior ocorrência de efeitos colaterais pelo uso inadequado da pílula anticoncepcional..

O estudo sugere que a opção preferencial das mulheres pela laqueadura de trompas poderia dever-se a experiências frustradas com outros métodos como a pílula, além da sobrecarga de responsabilidade feminina na esfera reprodutiva e da resistência masculina na utilização de métodos. Já, a maior utilização da pílula pareceu dever-se à facilidade de uso e de acesso da mesma. Entre os homens, aqueles que optaram por vasectomia hesitaram na sua decisão, motivada, sobretudo, pela inadequação de outros métodos para suas companheiras.

A ausência de um referencial teórico mais consistente pareceu-nos limitar a análise deste estudo. As autoras tampouco problematizaram as concepções dos profissionais de saúde, referendando, inclusive, a ignorância e a desinformação da população sobre seu próprio corpo como determinantes, quase que exclusivas, da não utilização de métodos anticoncepcionais. Desta forma, outras lógicas explicativas, oriundas da população, não foram exploradas.

Já o trabalho *Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas*, de Leal (1994) considera a existência de representações distintas de corpo e fertilidade conforme os grupos culturais e sociais. A autora realizou esta etnografia em uma favela de Porto Alegre, constatando diferenças entre as representações das mulheres e as concepções científicas sobre o período fértil. O achado da existência de uma relação temporal de proximidade ou até contigüidade entre a menstruação (sangue, umidade) e o período fértil foi recorrente. O estudo ressalta a importância da construção de representações específicas de corpo e fertilidade que poderiam fundamentar práticas contraceptivas coerentes com a lógica explicativa das mulheres (como o estabelecimento de um período de abstinência divergente daquele apregoado pela Medicina).

O estudo de Atkinson & Farias (1995), também de abordagem antropológica, trata das percepções de risco de mulheres durante a gravidez. As autoras realizaram a

pesquisa em Fortaleza, Ceará, e constataram que a maioria das mulheres , além de não ter planejado sua gravidez, tampouco a desejava. A procura dos serviços de saúde por parte das mulheres grávidas deveu-se principalmente ao desejo de controlar a fertilidade (fazer o pré-natal para garantir uma cesárea onde seria realizada a laqueadura). A gravidez não foi percebida como um estado especial ou como doença por parte das mulheres, contrastando com as regras e cuidados especiais estabelecidos durante o *resguardo*, período de repouso e isolamento após o parto.

Apesar da gravidez ter sido considerada um estado normal, as mulheres estavam conscientes da existência de riscos específicos neste período. Esta percepção de risco apresentava semelhanças com as concepções de risco biomédicas, o que denota a constituição de fontes mistas (biomédicas e populares) não conflitivas de informação nas idéias sobre riscos, causas e promoção à saúde. Entretanto alguns conceitos como as *causas de aborto* foram fundamentados basicamente em modelos etiológicos e terapêuticos leigos.

Uma etnografia sobre fertilidade e menstruação publicada por Castañeda et al (1996), realizada na população rural do México, reforçou a importância da construção de representações mistas (ocidentais e indígenas) para explicação da fertilidade e da menstruação. As noções de determinação da fertilidade e menstruação apresentaram explicações míticas, com a lua exercendo um papel fundamental, sendo-lhe atribuída a ruptura do hímen. A valorização cultural de famílias numerosas também pareceu muito importante para a valorização social da fertilidade nesta população, o que foi levado em consideração no planejamento de serviços de saúde reprodutiva na área .

Encontramos também, outra publicação de abordagem qualitativa sobre a gestação entre adolescentes da Nicarágua. Os autores destacam a influência de diversos aspectos na ocorrência de gravidez neste grupo, cuja exposição ao risco de engravidar

parecia inicialmente voluntário. Elementos como poder político deficiente, influência religiosa, romantismo e pouco poder por parte das adolescentes influenciaram a ocorrência de gravidez nesta faixa etária (BERGLUND et al, 1997).

O trabalho de Soares (1997) investiga a significação da gravidez (in)desejada a partir do sistema de relações sexo / gênero, situando a gravidez, a maternidade e o aborto como parte do processo de construção cultural e social do ser mulher .

Outra investigação antropológica realizada por Nations et al (1997), em Fortaleza , estudou os “roteiros” (*transcripts*) ocultos do aborto. Os autores descreveram percepções de mulheres pobres sobre o atraso menstrual , caracterizado através de duas condições médicas populares : a menstruação *atrasada* e a menstruação *suspendida*. Estes eufemismos observados na caracterização discursiva do atraso menstrual poderiam servir para justificar as práticas utilizadas para o tratamento do mesmo, visando o sangramento vaginal. Os autores sugerem que o eufemismo e a ambigüidade seriam formas de mascarar afirmações diretas sobre o aborto, de maneira a evitar repressões sociais provocadas por um contexto de condenação social e legal do mesmo, como acontece no Brasil.

Vários estudos qualitativos publicados no livro *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina (1994)*, também foram utilizados para fundamentar nossa discussão. Ribeiro (1994) estudou questões referentes à *Anticoncepção em Comunidades Eclesiais de Base* , comparando o discurso oficial da Igreja Católica sobre fecundidade, anticoncepção e aborto com as práticas contraceptivas e abortivas de fiéis vinculados a movimentos da Igreja. A *consciência da incoerência* presente nas mulheres investigadas possibilitou a demarcação de diferenças entre os *valores pregados* e os *valores vividos*. A consciência pessoal, relacionada à

valorização da decisão e da liberdade de cada um, teve um espaço privilegiado entre as mulheres investigadas.

Nunes (1994), autora do estudo *De Mulheres, Sexo e Igreja: Uma Pesquisa e Muitas Interrogações*, analisou a defasagem existente entre a linguagem oficial da Igreja e a prática dos fiéis, que estabeleceram estratégias como a afirmação da individualidade, para conciliar os discursos conflitantes do movimento feminista e da Igreja.

Desser (1993) publicou o livro *Adolescência, Sexualidade e Culpa* tratando da gravidez precoce em adolescentes brasileiras, a partir de um referencial que investigou a construção da identidade feminina adolescente. A sexualidade e a culpa enquanto componentes da identidade feminina adolescente foram explorados em seus vínculos com a gravidez, a maternidade, o casamento e o controle da fecundidade.

Citamos aqui os estudos mais significativos para a demarcação de nossa temática, não tendo a pretensão de ter esgotado as referências sobre o assunto. Outros autores também foram considerados, sendo oportunamente mencionados na discussão de nosso trabalho.

2.3- As Dimensões da Realidade

Como já dissemos, adotamos neste trabalho o modelo analítico proposto por Ngokwey (1988), autor que realizou uma revisão das teorias etiológicas leigas a partir de um estudo antropológico efetuado em Feira de Santana, Bahia.. Este autor questiona a preponderância de explicações sobrenaturais em culturas não ocidentais, destacando que esta leitura dá-se muito mais em função da predileção dos antropólogos em investigar as estruturas cognitivas da rede causal das doenças e do sistema religioso, do que na pouca ênfase que a população daria a explicações de origem não sobrenatural.

Desta forma, Ngokwey situa sua proposta dentro de uma abordagem multifatorial, sem haver, necessariamente, um predomínio do nível sobrenatural.

Segundo Helman (1994) , as teorias etiológicas leigas tratam de concepções mais abrangentes, inseridas na origem dos infortúnios em geral e baseiam as crenças relacionadas à estrutura, ao funcionamento e ao mau funcionamento do corpo. A consistência e lógica interna destas teorias etiológicas é mais importante do que a cientificidade de suas premissas, pois é a partir de tal lógica que se constrói o sentido dos acontecimentos (doenças, no caso). As teorias etiológicas leigas estão presentes em todas as culturas, e fazem parte de um “*complexo de heranças populares*” (HELMAN, 1994: 115) influenciadas pela interpenetração de conceitos oriundos dos meios de comunicação e do modelo médico.

Segundo Garnier & Delamare (1984: 416), o termo *etiologia* vem do grego (*etios* = causa ; *logos* = estudo) , significando o “*estudo das causas das doenças*”. Esta definição do termo é utilizada em áreas como a Medicina, a Epidemiologia e a Antropologia da Saúde. No entanto, quando tratamos de gravidez, não estamos no âmbito de um fenômeno enquadrável no espectro de “doença”, o que nos leva a redimensionar o conceito de etiologia enquanto o “estudo das causas do *processo de saúde-doença*”, do qual a gravidez é uma de suas manifestações.

Para Ngokwey, as teorias etiológicas leigas constituem modelos holísticos e ecológicos, por abordar a realidade numa perspectiva multidimensional. A sistematização proposta por este autor remete para quatro dimensões da realidade:

a) Dimensão **natural** - engloba os elementos ambientais como frio, umidade, chuva, mudanças de temperatura, poeira, vento, a lua, condições corporais (como hereditariedade, idade, predisposição pessoal, natureza pessoal), alimentação e hábitos

Segundo Botomé (1984). saúde e doença não se referem a características de um organismo em um determinado momento ou a partir dele, mas fazem parte de um processo de interação entre um

alimentares, remédios e intervenções terapêuticas (também percebidos como potencialmente determinantes de doenças).

b) Dimensão **sócio-econômica** - inclui o nível sócio-econômico de um indivíduo ou um grupo de pessoas, bem como a organização da sociedade. A renda, as condições sanitárias, as condições de moradia, o tipo de trabalho, as condições de trabalho, os recursos de saúde e outros.

c) Dimensão **psicossocial** - abrange as emoções e sentimentos relacionados com a vida diária e as interações sociais.

d) Dimensão **sobrenatural** - refere-se a seres espirituais e atos mágicos que determinadas pessoas ou grupos acreditam influenciar a saúde. Os feitiços, bruxaria, alguns tipos de mau olhado e o poder de entidades sobrenaturais seriam representações de manifestações deste domínio.

Outros autores como Kleinman (1980) e Helman (1994) propõe outras sistematizações da realidade. Kleinman (1980) estabelece uma tipificação da realidade onde as dimensões biológicas e psicológicas são englobadas pela **pessoa**. O **mundo social**, no qual a pessoa está inserida, é composto por dimensões sociais e simbólicas da realidade. Finalmente, o **ambiente físico**, formado da realidade física, agrega todas as dimensões anteriores. Este autor estabelece um paralelo entre esta tipificação e a "realidade clínica", composta pelas crenças, normas, comportamentos e transações comunicativas associadas à doença, saúde, busca de cuidado, relação médico-paciente, atividades terapêuticas e avaliação dos resultados.

Helman (1994) cita um modelo semelhante ao de Ngokwey, sistematizado em quatro "mundos", mas espacializa o primeiro "mundo", conforme vemos a seguir: o **paciente**, que inclui comportamentos individuais incorretos, alimentação,

organismo com as variáveis que se relacionam à sua vida.

hereditariedade, vulnerabilidade pessoal, degeneração de estrutura e de funcionamento; o **mundo natural**, relacionado ao ambiente natural, vivo e inanimado; o **mundo social**, que engloba os conflitos interpessoais e intenções maléficas de terceiros; e o **mundo sobrenatural**, que se refere à ação de entidades sobrenaturais.

Em função de nossos objetivos, consideramos a proposta de Ngokwey mais adequada e operacional do que as classificações de Kleinman e Helman, o que nos levou a preterir estas últimas a favor da primeira.

A causalidade é uma categoria fundamental na discussão das teorias etiológicas leigas, sendo problematizada a seguir, na interlocução que estabelecemos com vários autores. Ngokwey (1988) postula que os tipos de causalidade variam de acordo com as culturas, e inclusive dentro de uma mesma cultura de acordo com diferentes episódios de doença. Há referência à existência de diferentes características da causalidade, como: os aspectos e os níveis de causalidade para os fenômenos de saúde e doença.

Para Almeida Filho (1994), que problematiza o conceito de causalidade sob a ótica da Epidemiologia, a causalidade é uma qualidade do objeto, e se manifesta através de seus efeitos. É um atributo que se encontra no objeto, sendo descritível e vulnerável a processos de inquirição sistemática. A definição filosófica de Durozoi & Roussel (1990: 76) considera a *“causalidade como o princípio que relaciona uma causa a seu efeito”*.

Segundo Ngokwey (1988), a causalidade é composta por três aspectos: *o como* (mecanismos ou meios), *o quem/o que* (os agentes, humanos ou não) e *o porque* (a origem), denominadas respectivamente como causas *instrumental*, *eficiente* e *última*. Os níveis de causalidade presumem uma hierarquização teórica e uma necessária conexão entre os três aspectos da causalidade, constituindo em alguns casos, um *eixo etiológico* (Bibeau apud NGOKWEY, 1988) ou uma cadeia causal. Entretanto, nem

sempre os três aspectos da causalidade têm um nexos entre si, pois diversos fatores podem estar envolvidos em cada um desses aspectos.

Apesar deste modelo de causalidade avançar sobre o determinismo absoluto e linear do modelo causa – efeito, superado inclusive, nas ciências naturais de onde se originou, há outras concepções que avançam mais sobre os nexos que interligam os fenômenos. Autores como Botomé (1984) propõe a superação conceitual da relação *causa – efeito* em que uma variável é função de outra, sugerindo modelos de *multideterminação*, que consistem em uma *relação funcional* na qual ocorre uma interação de variáveis na determinação do evento. A concepção do determinismo probabilístico, explorada por Botomé (1984), consiste numa infinidade de combinações entre variáveis em interação, permitindo apenas a previsão probabilística, e nunca absoluta, de um evento de interesse.

Já Gurvitch (1968), considera em seu livro *Determinismos Sociais e Liberdade Humana*, que o determinismo probabilístico é apenas um dos tipos de determinismo possíveis, já que a realidade é constituída de diversos planos onde atuam outros tipos de determinismo. Este autor detém-se sobre a complexidade e dialética dos determinismos sociais e não probabilísticos e sobre a relação entre determinismo e contingência, englobando o acaso como aspecto que, paradoxalmente, também determina a realidade.

A noção de determinismo de Gurvitch é envolvida pela de *complexidade*. Segundo Jacquard (1988) e Bourguignon (1990), citados por Schramm & Castiel (1992: 384), a complexidade é indicada por características como:

“uma grande variedade de elementos de diversas categorias, que possuem funções especializadas; organização destes elementos em níveis hierárquicos; multiplicidade de relações entre elementos e níveis (conectividade); interações entre os níveis que não seguem padrões lineares.”

A noção de *determinismo* relaciona-se à de *planejamento* se considerarmos que o ato de planejar necessita do estabelecimento e da previsão de nexos entre os fenômenos. Estas argumentações tratam, assim, de justificar a imersão da categoria *planejamento* em um referencial fundamentado na complexidade. Apesar do destaque que alguns autores dão às possibilidades de alcançar determinados objetivos através da prática racional do planejamento (PARSON & CULLIGAN, 1988), há muitos outros elementos intervenientes entre o pensar e o agir que contribuem para redimensionar questões simbólicas e não conscientes como pertinentes ao planejamento.

Pressupondo que aspectos da emoção e da razão subjetiva não podem ser completamente determinados e conhecidos, podemos lançar o de planejamento ao terreno do contingente. A imprevisibilidade, a incerteza e o acaso constituem-se, então, em elementos tão fundamentais quanto a razão consciente e objetiva, na intermediação de qualquer ação humana, e também do planejamento. A própria ciência, campo onde a previsibilidade se constituiu como um de seus maiores atributos, está resgatando o acaso, a incerteza, a contingência, em um processo que revigora, questiona e redimensiona as suas bases epistemológicas (PRIGOGINE, 1996).

2.4- A Regulação da Fertilidade sob o Olhar de Três Racionalidades

Os tópicos a seguir abordam a questão da regulação da fertilidade, articulando-a a partir da leitura das racionalidades *cosmocêntrica*, *teocêntrica*, e *antropocêntrica*. Esta organização seqüencial da apresentação das racionalidades deve-se não apenas a certa ordem cronológica de aparecimento das racionalidades, mas sobretudo, à importância das rupturas e descontinuidades que elas estabeleceram no decorrer da história do pensamento humano. A caracterização dos elementos predominantes em cada racionalidade pretende contribuir na compreensão de um imaginário onde coexistem distintas concepções sobre a fertilidade e suas possibilidades de regulação.

2.4.1- A Fertilidade na Racionalidade Cosmocêntrica

A racionalidade cosmocêntrica, hegemônica até a Antigüidade clássica, passou por modificações a partir dos hebreus, os gregos e os romanos, e sobretudo, com o advento posterior do Cristianismo, que foi o maior contribuinte para o predomínio de uma racionalidade teocêntrica. Várias características do cosmoctrismo não desapareceram, mas foram simplesmente incorporadas e reinterpretadas por racionalidades posteriores sob novas formas simbólicas, fazendo ainda parte da constituição de nosso imaginário social.

O cosmoctrismo apresenta uma cosmovisão holística, onde o todo é mais do que a soma das partes, o homem está unificado com a natureza e a comunicação com o sobrenatural é direta. As principais características desta racionalidade são o *pensamento mítico* e uma *concepção cíclica de tempo*.

A concepção do tempo como cíclico é, segundo Eliade (1994), fundamental na diferenciação entre as culturas antigas e as culturas modernas. Esta concepção de

tempo, que predominou nas sociedades pré-escritas e ainda está presente em diversas culturas rurais e não ocidentais, caracteriza-se pela ligação do homem, e principalmente da mulher, com a natureza. A concepção da natureza feminina como cíclica, segue a ordem do mundo, como o ritmo das estações e a regularidade dos fenômenos celestes.

Nesta racionalidade, o próprio ritmo social subordina-se às transformações periódicas naturais (GOUREVITCH, 1975; ELIADE, 1994). O mistério da vida, os fenômenos do nascimento como início e da morte como fim, são alternáveis entre si, inseridos nessa concepção cíclica, de caos e criação, de vida e de morte.

O *pensamento mítico*, outra característica do cosmoctrismo, também se relaciona com uma das modalidades do tempo cíclico: o *tempo sagrado*, que diverge do *tempo profano* (do cotidiano), por representar o tempo da criação do mundo, a passagem do caos à ordem. Os mitos têm um papel preponderante na representação do *tempo sagrado*, pois contam uma história sagrada que representa modelos paradigmáticos da conduta humana. Nesse contexto, é compreensível a relação entre os mitos e os rituais, pois é através destes, que se possibilita o retorno à cosmogonia, ao tempo da criação, imbuído de uma renovação cósmica cíclica. (ELIADE, 1994).

Uma ruptura gradual com a concepção cíclica de tempo ocorreu com os hebreus, para quem o tempo não era relacionado aos acontecimentos míticos, mas aos eventos históricos, repletos de uma significação religiosa. A influência judaica também foi fundamental na passagem progressiva das mitologias politeístas pagãs para as grandes religiões monoteístas.

Culturas que constituíram entidades sobrenaturais afastadas dos homens na forma de uma Ser Supremo ou *Deus Otiosum* (deus esquecido), ao qual só se recorria em tempos de calamidade, iniciaram uma ruptura entre o céu e a terra, entre o sagrado e o profano, esboçando o início do monoteísmo (ELIADE, 1994). Esta separação,

reforçada pelo Judaísmo e o Cristianismo, juntamente com a filosofia grega, contribuíram para o início do distanciamento entre o homem e a natureza com o sagrado, consumada com o advento da racionalidade teocêntrica.

Algumas culturas “assassinaram” algumas de suas divindades, considerando sua morte indispensável para o surgimento da sexualidade e mortalidade humanas, a partir *da morte divina. Desta forma, a possibilidade de procriação tornou-se inseparável da inexorabilidade da morte* (ELIADE, 1994). Desde tempos muito arcaicos, o nascimento, a sexualidade e a morte são fenômenos intimamente interligados (GRÖF, 1996).

No contexto cosmocêntrico, a fertilidade é oriunda de esferas sagradas, relacionando-se diretamente com o mistério da vida e com os mitos cosmogônicos, explicativos da criação do mundo e fundamentais para a renovação cósmica. A importância da fertilidade da terra e dos seres apresenta uma relação direta com as possibilidades concretas de sobrevivência dos grupos humanos no decorrer dos tempos, cujo bem-estar tem dependido basicamente do número de indivíduos e do suprimento de alimentos, relacionados com a fertilidade e a possibilidade de sua regulação.

A origem divina da fertilidade foi representada, durante muito tempo, através de entidades femininas cujo símbolo maior era a lua. Há registros de diversos povos antigos que cultuavam a lua através de dádivas para a obtenção de filhos e alimentos. Mas quando o número de pessoas aumentava a ponto de colocar em risco a sobrevivência do grupo, a regulação da fertilidade era praticada através do aborto e do infanticídio. Ou seja, a fertilidade ou infertilidade eram da esfera do sagrado, mas sua regulação era passível de controle humano (HARDING, 1985; RANKE-HEINENMANN, 1996).

As modificações das concepções religiosas, relacionadas com as novas formas de organização social que as sociedades arcaicas foram adquirindo, influenciaram,

reforçada pelo Judaísmo e o Cristianismo, juntamente com a filosofia grega, contribuíram para o início do distanciamento entre o homem e a natureza com o sagrado, consumada com o advento da racionalidade teocêntrica.

Algumas culturas “assassinaram” algumas de suas divindades, considerando sua morte indispensável para o surgimento da sexualidade e mortalidade humanas, a partir da morte divina. Desta forma, a possibilidade de procriação tornou-se inseparável da inexorabilidade da morte (ELIADE, 1994). Desde tempos muito arcaicos, o nascimento, a sexualidade e a morte são fenômenos intimamente interligados (GRÖF, 1996).

No contexto cosmocêntrico, a fertilidade é oriunda de esferas sagradas, relacionando-se diretamente com o mistério da vida e com os mitos cosmogônicos, explicativos da criação do mundo e fundamentais para a renovação cósmica. A importância da fertilidade da terra e dos seres apresenta uma relação direta com as possibilidades concretas de sobrevivência dos grupos humanos no decorrer dos tempos, cujo bem-estar tem dependido basicamente do número de indivíduos e do suprimento de alimentos, relacionados com a fertilidade e a possibilidade de sua regulação.

A origem divina da fertilidade foi representada, durante muito tempo, através de entidades femininas cujo símbolo maior era a lua. Há registros de diversos povos antigos que cultuavam a lua através de dádivas para a obtenção de filhos e alimentos. Mas quando o número de pessoas aumentava a ponto de colocar em risco a sobrevivência do grupo, a regulação da fertilidade era praticada através do aborto e do infanticídio. Ou seja, a fertilidade ou infertilidade eram da esfera do sagrado, mas sua regulação era passível de controle humano (HARDING, 1985; RANKE-HEINENMANN, 1996).

As modificações das concepções religiosas, relacionadas com as novas formas de organização social que as sociedades arcaicas foram adquirindo, influenciaram,

inclusive, o papel e as atribuições sociais da mulher. Inicialmente, a lua como provedora de fertilidade era um “poder” da natureza, uma presença fertilizadora, fora do controle humano, mas invocável através de determinadas práticas. Quando as formas religiosas se tornaram mais organizadas, a lua converteu-se em pessoa. Neste processo houve transições, nas quais a lua era representada pela figura de um homem e depois de um deus, divindade masculina fertilizadora. Posteriormente, foi cultuada como deusa na maioria das culturas antigas.

A origem divina e cósmica da fertilidade demonstra que nessas sociedades a relação entre o ato sexual e a gravidez não era clara, pois além da prática sexual exceder numericamente o nascimento de bebês, havia um intervalo de tempo relativamente longo entre a concepção e o nascimento da criança. O papel do homem na concepção não era, então, conhecido. Ainda hoje há povos que desconhecem o papel do homem na gravidez, como os *ahts*, os *groenlandeses*, os *huriatas* da Mongólia Ocidental e os *maoris*. Nessas culturas, a mulher não é responsabilizada pela gravidez, pois esta não depende da relação sexual humana, e tampouco há restrições sexuais antes do casamento, pois a conexão entre ato sexual e gravidez nem é imaginada (HARDING, 1985).

A valorização da fertilidade nas sociedades arcaicas cosmocêntricas reforçava concepções de esterilidade enquanto uma doença ou um castigo, a ser remediado com oferendas à divindade responsável, simbolizada pela lua. A prática de rituais na lua crescente aconteceu em diversas épocas para propiciar o aumento dos rebanhos, o crescimento de plantações e a expansão da família, benção mais desejada que qualquer outra pelos primitivos e camponeses, pois os filhos eram a única segurança contra a pobreza e desamparo na velhice.

A concepção de poderes multifacetados, onde a criação e a destruição eram encarnados por uma mesma divindade, também constituíram uma característica do pensamento religioso do cosmocentrismo, que se modificou no teocentrismo.

Nessa época, existiram as sacerdotisas, mulheres dedicadas ao culto dos ritos, que abdicaram de uma vida comum e eram responsáveis pelo cuidado do suprimento de água e a guarda da chama sagrada, que representava a luz da lua. Geralmente os templos ficavam próximos às fontes de abastecimento de água das comunidades. Alguns ritos antigos para fomentar a capacidade de dar umidade acarretavam o derramamento de água na terra ou até de leite nas épocas de seca, como sacrifício valioso para induzir a deusa a mandar chuva. Os rituais de culto às deusas da lua tinham a conspicuidade como um traço recorrente, onde as mulheres apresentavam uma sensualidade grosseira e lasciva, que não correspondia a suas personalidades habituais.

Os mitos da lua remetem ao ritmo de criação e destruição que juntos, formam o processo da vida e servem como base para a interligação entre a sexualidade, a fertilidade, a procriação, a morte, o renascimento e a imortalidade existente nas concepções míticas e religiosas de vida e de mundo. Neste contexto, a vida não é apenas um intervalo de tempo entre o nascimento e a morte de um ser, mas inclui a morte e outras esferas além da física (GRÖF, 1996).

A transição de divindades predominantemente femininas para divindades masculinas mais prestigiadas e poderosas foi gradual em várias culturas, paralelamente ao descobrimento do bronze e do ferro, acarretando o advento da adoração ao sol e a constituição do patriarcado, no Neolítico. A agricultura passou de magia a trabalho criador e a mulher acabou por ser despojada de sua importância prática. Conjetura-se também, que nesta época já se conhecia o papel do homem na procriação, e as atividades agrícolas foram, assim, separadas das atividades religiosas, não estando mais

colocadas sob o signo da fecundidade relacionado à mulher (HARDING, 1985; CABRAL, 1996).

O patriarcado foi a forma de organização social que predominou desde a Antigüidade clássica até nossos dias, constituindo uma hegemonia masculina em diversas esferas além da material, representada pela propriedade privada da terra. Na esfera simbólica, as principais divindades tornaram-se masculinas, relacionadas com o sol ou trovão, que simbolizavam a força. Nesta nova forma de organização social e econômica, a mulher e os filhos tornaram-se propriedade do homem, assim como a terra (CABRAL, 1996).

O desenvolvimento das diferenças psicológicas entre os sexos pode ter sido influenciado por essas mudanças, nas quais a fertilidade e a maternidade deixaram de ser um poder misterioso, passando a constituir uma limitação da mulher na realização das tarefas com a mesma facilidade dos homens. Ou seja, as diferenças físicas que a maternidade acarretava às mulheres, conhecidas mesmo antes do patriarcado, passaram a ser interpretadas no sentido de uma “inferioridade” feminina, o que, para Monteiro (1985), parece relacionar-se com a projeção sobre a mulher de medos e fraquezas masculinos devido à capacidade de procriação feminina.

Entre os gregos, cuja sociedade era patriarcal e escravocrata, Zeus era o deus mais importante, um ser masculino todo-poderoso. Nesta época já se conhecia o papel do homem na concepção e na verdade ele era considerado como única causa da procriação, reduzindo-se o papel da mulher a “gestora” (portadora). O homem gerava e a mulher “gestava”. A inferioridade feminina tratava de ser justificada por argumentos científicos daquela época, como a teoria da *animação sucessiva* de Aristóteles, que teve grande influência nos pensadores da patrística e escolástica da Idade Média. Esta teoria propunha que o tempo de gênese da alma era de 40 dias para o embrião masculino e de

90 dias para o embrião feminino. Também se acreditava que circunstâncias adversas faziam com que o homem gerasse seres femininos, ao invés de algo tão perfeito quanto ele próprio (RANKE-HEINEMANN, 1996).

Outra teoria vigente na antigüidade foi a do *sexo único*, que considerava a mulher como um homem que “internalizou” os órgãos genitais. As explicações das diferenças biológicas entre os sexos, baseadas em concepções falocráticas, concebiam a mulher como um homem menos perfeito e não como um ser diferente. O questionamento desta teoria ocorreu somente no século XIX, com o surgimento do capitalismo mercantil, quando se tornou conveniente a elaboração de uma relação entre a biologia reprodutiva humana e os papéis sociais de gênero, distinguindo os espaços sociais de atuação: o privado e doméstico para a mulher, e o público para o homem (SPINK, 1994).

Além da fertilidade, a menstruação foi outro aspecto da biologia feminina que constituiu significados simbólicos associados ao temor à mulher. As restrições relativas à menstruação, que parecem representar o primeiro tabu imposto pelo homem primitivo, foram incorporadas através do tempo pelos grandes legisladores da Antigüidade como Zoroastro, Manu e Moisés e posteriormente pela Igreja Católica.

A observação de diversos rituais de isolamento ou restrições impostas às mulheres menstruadas acontece em diversas culturas, manifestando-se por ritos na passagem pela menarca, até o isolamento mensal em quartos escuros, onde a luz da lua não pode incidir na mulher. Em muitas tribos existem tabus similares em relação ao parto, que as mulheres devem vivenciar sozinhas. Após um período de resguardo pós-parto, as mulheres são liberadas mediante um ritual de purificação (HARDING, 1985; RANKE-HEINEMANN, 1996)

A relação entre menstruação e “doença” é ancestral e presente em várias culturas, relacionada com a noção de “impureza” da mulher durante este período. Há várias explicações apontadas para este tabu, como: um suposto “horror ao sangue” do homem primitivo, que se descarta porque nenhum tabu recai sobre pessoas que sangram por ferimentos. Para a mente de alguns povos antigos, a menstruação era causada por uma espécie de possessão por um mau espírito, e o tratamento de expulsão incluía jejuns, castigos e rituais de purificação.

A vinculação simbólica entre impureza e perigo é ancestral e presente em várias culturas, não apenas no que se refere à menstruação. Maiores detalhes sobre o assunto podem ser encontrados no livro *Pureza e Perigo* de Douglas (1976).

Em relação ao tabu menstrual, aspectos como a manutenção e evolução da organização tribal pode ter sido relacionados ao mesmo, a partir da observação da biologia animal. O sangramento vaginal de diversos mamíferos é indicativo do período do cio, período em que a fêmea animal deseja e procura a companhia dos machos, o que se explica pelo instinto de sobrevivência da espécie através da reprodução. Teoricamente, o período menstrual poderia ter sido interpretado como indicativo do cio das mulheres e assim, nenhum tabu deveria ter sido imposto a este período. Contudo, a mulher parece ser a única fêmea entre os mamíferos a não ter cio, o que pode ter tornado a sexualidade feminina um desafio e até uma ameaça à sexualidade masculina (TOSI, 1985).

De qualquer maneira, a menstruação é o sinal mais relevante da sexualidade feminina e como os seres humanos são, sobretudo, animais culturais, o tabu menstrual poderia representar uma forma de controle, no sentido de evitar a ruptura das organizações tribais como consequência da manifestação do instinto sexual indomado.

Os homens da tribo eram compelidos a proteger-se, segregando a fêmea perigosa, protegendo-se, também, do efeito devastador da sua própria sexualidade.

Outra possibilidade seria a ameaça que o desejo indomado dos homens constituiria para as mulheres, que teriam imposto a abstinência em função da busca excessiva por parte dos homens. Sabe-se que desde os tempos ancestrais as mulheres fazem uso deliberado do tabu para excluir maridos indesejáveis, sendo possível que as próprias mulheres tenham se segregado por iniciativa própria, adquirindo um direito de isolar-se sem consultar os homens. Isto pode ter sido muito útil em sociedades onde as mulheres eram escravas sexuais. Assim, o desenvolvimento do tabu menstrual pode ter ocorrido por uma conjunção de motivos, mas parece ter sido fundamental para a evolução cultural dos povos primitivos, representando uma libertação da dominação completa do instinto animal (HARDING, 1985).

Para os povos antigos, a fertilidade era passível de regulação através de diversas práticas que variaram no tempo e nas culturas, conforme as concepções relacionadas aos determinantes da fertilidade, da concepção e da gravidez. Parece que os métodos contraceptivos dos povos que não vinculavam concepção e gravidez com a prática de relações heterossexuais, voltavam-se exclusivamente para a mulher e sua relação com os poderes ou divindades fertilizadoras, como a lua.

Os documentos mais antigos sobre contracepção oriundos do Egito, são de épocas onde já havia uma associação entre as relações sexuais e a concepção. Há inscrições em papiro dos séculos XIX e XI a.C. com prescrições de tampões vaginais que bloqueavam ou matavam o esperma saturados com goma de acácia, mel e fezes de crocodilo.

Os registros de clássicos da Antigüidade greco-romana como Aristóteles, Plínio e Sorano de Éfeso, foram as principais fontes de repasse do conhecimento sobre

contracepção no Império Romano. A manutenção desses conhecimentos durante a Idade Média deu-se graças aos árabes. Nessa época, a formulação de poções, pomadas, e barreiras contraceptivas e a prática do aborto e do infanticídio eram legitimados, e até regularmente praticados, com exceção dos judeus e germanos.

As poções eram constituídas da mistura de diversos produtos, geralmente de origem vegetal, como a arruda (também abortivo), o atar de rosas e a aloé (babosa). As barreiras, mencionadas por Aristóteles, eram utilizadas para que o esperma não chegasse ao útero. Elas tornavam os lábios cervicais escorregadios por untar o colo do útero com óleo de cedro, pomada de chumbo ou pomada de incenso e azeite de oliva. A aplicação de pomadas no pênis era recomendada para a destruição do esperma, utilizando goma de cedro ou um pessário para que fechasse o útero. Os amuletos também poderiam diminuir a fertilidade. Eram feitos com certo tipo de aranha e presos a peças do vestuário (pele ou couro de cervo) antes do nascer do sol.

Outros métodos, como a observação do período fértil, não estavam classificados nos grupos mencionados anteriormente. A escola de Hipócrates (séc. V a.C.) acreditava que o período fértil era logo após a menstruação. Sorano reafirmou esta concepção considerando que o período pré-menstrual era desfavorável à concepção porque o útero já estava acumulando substâncias em seu interior, tendo dificuldade em aceitar o sêmen, sendo mais adequado para a concepção o período imediatamente pós-menstrual.

O período de concepção e sua relação com o período menstrual eram importantes para a *euteknia*, a benção de ter filhos bons e saudáveis, de amplo interesse entre os gregos. Entre os fatores que influenciavam a prole estavam: a idade dos pais, a saúde da mãe e o período da concepção em relação ao período menstrual. O período fértil e mais favorável para as relações sexuais era o pós-menstrual. Acreditava-se que a

mulher readquiriria o apetite sexual especialmente nesta fase, estabelecendo-se desta forma, uma relação entre o auge da libido e a fase mais frutífera do ciclo. É interessante observar este deslocamento do período fértil ao longo da história, de acordo com a ideologia científica e os interesses vigentes em cada época.

Na prática, é difícil comprovar que o pico hormonal da ovulação possa ser sempre coincidente com a fase de maior libido, pois esta continua sendo uma esfera muito mais cercada de dúvidas do que de certezas, já que o desejo sexual tem muitos outros determinantes além dos puramente hormonais e biológicos. Parece, na verdade, que em diversos momentos históricos, utilizaram-se concepções consideradas científicas para justificar posicionamentos sociais e ideológicos sobre a mulher, de forma a legitimar a normatização de seu papel social através do controle sobre o seu corpo e seu desejo.

Outra forma de evitar a concepção prevalente durante toda a Antigüidade, mas curiosamente sem menção nas obras científicas da época, foi o coito interrompido (RANKE-HEINEMANN, 1996). O coito anal também parece ter sido muito praticado como forma de evitar a gravidez, principalmente entre as *hetairas*, cortesãs gregas independentes, que tinham acesso parcial ao mundo masculino (CABRAL, 1996).

À exceção dos germanos e também dos judeus, que desde a época de Moisés consideravam um crime matar os filhos, a utilização do aborto e do infanticídio era bastante disseminada e permitida na Antigüidade. Nas religiões do culto à lua havia, inclusive, o sacrifício de crianças sem que a motivação fosse o controle da natalidade. Posteriormente, a permanência do infanticídio deveu-se à sua utilização na exclusão de filhos indesejados. Em Esparta, os recém-nascidos eram examinados pelos anciãos e os bebês fracos ou malformados eram jogados no precipício de Taygetos, para que não fossem um fardo para o Estado. As mães banhavam os bebês em vinho ao invés de

água, acreditando que os doentes e epiléticos não o toleravam e morriam (RANKE-HEINEMANN, 1996).

O Cristianismo teve grande influência da moral judaica em aspectos como a concepção, a vida, a contracepção, o infanticídio e o aborto, com exceção da moral sexual, que era menos pessimista entre os judeus do que entre os cristãos. As correntes filosóficas cristãs da patrística e escolástica tiveram um papel fundamental na formação da racionalidade teocêntrica. Entretanto, a passagem de uma racionalidade hegemônica para outra não se dá sem rupturas, conflitos, reinterpretações e incorporações de elementos fundamentantes da antiga racionalidade.

Em suma, a racionalidade cosmocêntrica dos povos arcaicos concebia as esferas do sagrado, do humano e da natureza de forma integrada. A fertilidade estava relacionada a um poder sobrenatural, posteriormente deificado, mas sempre oriundo de uma esfera sagrada. A mulher tinha um papel especial na relação com as divindades, por despertar o poder de procriação e crescimento, já que a fertilidade era concebida como uma categoria unificada em relação ao cosmos, ou seja, não existia separação entre fertilidade humana e fertilidade em geral. O papel masculino na concepção foi reconhecido posteriormente, entre povos que já utilizavam registros escritos de sua história e tinham uma forma de organização predominantemente patriarcal, o que parece ter influenciado as modificações do papel social das mulheres.

2.4.2- A Fertilidade na Racionalidade Teocêntrica

As raízes da racionalidade teocêntrica surgiram anteriormente ao Cristianismo, que foi influenciado por paradigmas importados da Galiléia, pelo realismo babilônico, pelo absolutismo hebreu, pelo platonismo grego e pelo materialismo romano. Filosofias e crenças pagãs que pregavam o pessimismo e hostilidade sexual também influenciaram

o Cristianismo. Esta nova religião, estrangeira, foi rejeitada nos três primeiros séculos depois de Cristo. Entretanto, a desestruturação social da época, com ausência geral de leis e de ordens por parte do Estado, a falta de um modelo sério na vida pública e privada, o enfraquecimento político do Império Romano e o desejo da sociedade antiga por uma ética que a unificasse, contribuíram para a expansão da moralidade cristã no Ocidente. Ao poder central enfraquecido, sobrepunha-se o da Igreja de forma forte e estável, com os padres e suas paróquias preenchendo as deficiências de um governante seguro e austero (CABRAL, 1996).

Este contexto foi fundamental para que o teocentrismo atingisse seu ápice no decorrer do Cristianismo, após sua consolidação como religião oficial do Império realizada por intermédio de Constantino (séc. IV d.C.), que via a religião como uma forma aceitável para a unificação política do povo. Posteriormente, as cruzadas contribuíram para a afirmação do Cristianismo e principalmente do poder institucional da Igreja como força ideológica e até militar (CABRAL, 1996).

O dualismo corpo-alma, característico da racionalidade teocêntrica, teve influência dos gregos, principalmente dos estóicos e de forma mais limitada, dos platônicos. Este dualismo era dicotômico, separando completamente a esfera do corpo (carne, instinto, matéria) da alma (espírito, elevação). O platonismo também concebia o mundo a partir de uma visão dualista, mas diferentemente dos estóicos este dualismo era complementar, havendo uma hierarquização ascendente entre o físico ou corpo e a alma ou espírito.

Os traços gerais desta racionalidade fundamentaram uma cosmovisão que privilegiou o sagrado de forma absoluta e suprema, em detrimento da natureza e do humano. Os atos humanos foram normatizados e classificados a partir de um poder sagrado baseado em um dualismo maniqueísta entre bem e mal, pecado e santidade. A

representação desse poder deu-se através da elite eclesiástica, basicamente masculina, que tem exercido sua influência em nome de Deus.

A relação entre a sexualidade e a fertilidade, a concepção e a gravidez fez com que a Igreja estabelecesse uma série de normatizações no decorrer da racionalidade teocêntrica, preponderante durante toda a Idade Média no mundo ocidental. As raízes da hostilidade cristã ao prazer sexual e o ideal de castidade foram provenientes de filosofias e crenças pagãs pré-cristãs, posteriores ao culto da lua; e não dos judeus, pois o antigo ideal judeu era a coragem masculina numa batalha e a fertilidade feminina. As justificativas para o ideal de pureza da época pré-cristã variavam desde considerações médicas até considerações de elevação espiritual.

Entre as influências do pessimismo sexual cristão, encontramos o gnosticismo, importante rival do Cristianismo por contrapor-se também à cosmovisão da Antigüidade, através de sua negatividade e demonização de toda corporeidade. Esta seita concebia a vida como um tormento e portanto, diferentemente do Cristianismo, era favorável à contracepção.

Figuras destacadas entre os primeiros cristãos como Filon da Alexandria, filósofo grego-judeu contemporâneo de Jesus, considerava que o coito só devia ocorrer com finalidade procriativa, limitando o papel feminino à procriação. Ele também foi um crítico feroz da contracepção. Nos dois primeiros séculos do Cristianismo, época considerada como o final oficial da Antigüidade, a atividade sexual foi julgada com severidade crescente, a pederastia foi desfavorecida e o elo matrimonial fortalecido.

A atividade sexual era tolerada enquanto ocorresse dentro do casamento e apenas com finalidades procriativas. A condenação que acompanhou o prazer sexual, considerado como um tipo de prazer inferior e animalesco, levou a estabelecer uma espécie de graduação dos prazeres físico-carnais. A vinculação do sexo ao pecado,

difundida pelos representantes da patrística ocidental, reforçou a caracterização da moralidade cristã como uma moralidade sobretudo sexual. Inúmeros teóricos contribuíram com esta idéia no decorrer da história da Igreja.

A moralidade sexual cristã teve grande influência de Agostinho (século IV), que convertido subitamente de uma seita maniqueísta ao Cristianismo em 386 d.C., separou radicalmente amor de sexualidade e representou um marco da Igreja nos temas referentes à contracepção. Destaca-se que sua influência foi tão forte que os primeiros cristãos eram mais livres no controle da natalidade do que os católicos de hoje. O sistema de redenção concebido por Agostinho estabelecia um papel fundamental para o pecado original, relacionado basicamente ao prazer sexual. O casamento tinha duas finalidades na Escolástica Primitiva: a procriação e a prevenção da fornicação. Mesmo a contracepção natural, espécie de controle do muco cervical, apregoada pelo maniqueísmo, foi condenada pela elite eclesiástica.

As primeiras escolas de Medicina da Europa, Salerno (século XI) e Montpellier (século XII) transmitiram os conhecimentos sobre o controle da natalidade provenientes da Antigüidade, através de livros muçulmanos. As qualidades contraceptivas de várias plantas e antigas prescrições de Hipócrates, Sorano de Éfeso e Plínio foram traduzidas ao latim por Avicena, médico árabe de Toledo.

Alberto Magno, um dos principais teólogos do século XIII e também médico, recorreu a Avicena para justificar a rejeição de posições sexuais não convencionais, que Tomás de Aquino (século XIII) também condenava, por impossibilitar a concepção. Alberto Magno descreveu as causas da esterilidade em sua obra *Des Animabilus* para permitir à Medicina que tratasse deste problema.

Os teólogos também citavam freqüentemente em suas obras remédios para abafar o desejo sexual, que, do ponto de vista da ciência moderna, são drogas sem

nenhum efeito. Naquela época a medicina e a teologia juntas faziam pesadas exigências à fé das pessoas. A religião buscava um embasamento naturalista à sua ideologia, já que a ciência não existia da forma como a concebemos atualmente.

No início do século XI, uma nova onda de hostilidade contra a anticoncepção assolou a Europa Ocidental, como a que já tinha existido contra maniqueus e gnósticos. A Igreja entrou em uma nova fase de luta, reacendendo o pensamento de Agostinho devido ao confronto com os cátaros (os puros), seita que condenava por completo a procriação. Além dos cátaros, havia muitos outros grupos que repudiavam a procriação por motivos variados.

Nesta campanha contra a anticoncepção, textos de Agostinho e de Ivo de Chartres (1116 d.C.) desempenharam um papel importante na formação da visão canônica da contracepção. Esses textos, juntamente com o Decreto de Graciano (1140 d.C.), que estabelecia uma “escala de indecência” em vigor até 1917, contribuíram para a criminalização da anticoncepção conjugal. Esta chegou a ser considerada pior que o adultério e o incesto com a própria mãe; enquanto o coito interrompido era considerado como o pior dos pecados.

São Tomás de Aquino (século XIII d.C.), expoente que sistematizou a Alta Escolástica, manteve a moralidade sexual de Agostinho, reforçando o desprezo pelo sexo conjugal e a inferioridade feminina. Para embasar seu sistema filosófico Tomás de Aquino adotou a biologia aristotélica e concepções naturalistas do comportamento humano. Mais do que qualquer teólogo, ele fez comparações entre a vida sexual humana e a de determinados animais. A utilização de “venenos esterilizantes” e o aborto precoce como prática pecaminosa, equivalente ao assassinato, foi controversa em diversas passagens escritas por Tomás de Aquino. Mas apesar dessa contradição, foram suas as

idéias que fomentaram a consideração da anticoncepção como “quase-assassinato” por parte da Igreja.

Nos séculos XIII, XIV e XV os teólogos dedicaram mais atenção aos pecados contra a natureza (coito interrompido e outros) do que aos “venenos” contra a fertilidade, como eram chamadas as poções contraceptivas. Contudo, a confiança nas poções contraceptivas não se generalizou e apesar da condenação religiosa e jurídica, a contracepção, principalmente através do coito interrompido e o aborto, continuou sendo praticada.

As restrições religiosas ao aborto já estavam presentes desde o início do Cristianismo, e esta prática era igualada ao infanticídio, o que se expressava em passagens como a Epístola de Barnabé, que considerava não haver diferença entre destruir a vida que já nasceu ou a que estava por nascer. Posteriormente, a Lei do Aborto promulgada por Sétimo Severo em 211 d.C. e Caracala em 217 d.C., estabelecendo a proteção dos direitos do marido, pois as mulheres casadas que tentassem abortar seriam exiladas, enquanto as solteiras não seriam punidas.

O infanticídio, herdado das sociedades pagãs a partir da Roma Imperial, era episódio rotineiro na Antiguidade e nos primeiros séculos do Cristianismo. O afogamento de lactentes malformados ou doentes era considerado sensato e o abandono de recém-nascidos foi deixado a critério dos pais até o século II d.C. A partir de 318 d.C. o Imperador Constantino proibiu os pais de matarem seus filhos crescidos por crimes, possibilidade anteriormente garantida pelo direito da *patria potestas*, ou propriedade paterna dos filhos. Mas foi em 374 d.C. que o infanticídio foi considerado igualmente como assassinato. Apesar de ser um crime severamente punido, o “infanticídio tolerado” persistiu até o século XVII, sendo praticado em segredo sob a forma de acidente: muitas crianças morriam sufocadas no leito dos pais.

As representações sobre a mulher vigentes durante a Idade Média, consolidaram o tabu menstrual oriundo do judaísmo, por considerar a menstruação como comprovante da impureza feminina. Foi também, no decorrer da racionalidade teocêntrica que se desenvolveram explicações “científicas” sobre o assunto. Diversos teólogos consideravam o coito durante o período menstrual como pecado mortal, sob a justificativa do mal causado aos filhos, devido à concepção de crianças deficientes, estrábicas, de um olho só, epiléticas ou possuídas pelo diabo. A relação entre deficiências físicas e mentais e a influência demoníaca, como consequência do pecado dos pais, perdurou durante toda a Idade Média.

A proibição da participação das mulheres menstruadas nos cultos da Igreja foi tratada de forma ora velada, ora explícita, sendo inclusive, exigido um período de purificação posterior à menstruação, utilizado como justificativa para excluir as mulheres da participação nos ofícios divinos. O próprio parto e eliminação de lóquios eram considerados mais impuros do que a menstruação, dificultando o enterro de puérperas em locais adequados (sagrados), pois as defuntas não teriam passado pelo período de purificação exigido após o parto.

As representações sobre impureza e inferioridade feminina, pretensamente justificadas através de manifestações corporais como a menstruação, foram construídas por uma ideologia de fundamentação misógina. No entanto, o auge desta ideologia ocorreu posteriormente, com a caça às bruxas, durante a Inquisição. Nesta época, o imaginário clerical criou a figura do Diabo como encarnação de todo mal. Posteriormente, a disseminação popular desta imagem foi estimulada como forma de possibilitar o controle da Igreja sobre uma população ameaçada pelo mal.

A perseguição às bruxas iniciada pela Igreja mostra que desde 860 d.C. há registros da impotência por indução mágica, idéia que foi reforçada por Tomás de

Aquino. A partir do início do século XIII, incontáveis sinodos atacaram as feiticeiras como causadoras de impotência (TOSI, 1985).

A inquisição papal, organizada na segunda metade do século XIII para combater as heresias, não dava direito a defesa ao acusado e o processo não era público. Como a confissão era indispensável para proferir a sentença, a tortura podia ser utilizada (TOSI, 1985). Já em 1323, o papa João XXII relacionara a bruxaria a heresia, mas foi em 1484, com a bula *Summis desiderantis*, conhecida como *A Bula das Feiticeiras*, que o papa Inocêncio VIII se voltou contra todas as pessoas “clérigos ou leigos que procuravam curiosamente saber mais do que lhes compete” (RANKE-HEINEMANN, 1996 : 245).

Este papa nomeou dois monges dominicanos alemães (J. Sprenger e Heinrich Institoris), grandes veneradores de Maria, como inquisidores. Eles foram os autores do livro *O Martelo das Feiticeiras (Malleus Malleficarum)*. Esta obra, juntamente com a *Bula das Feiticeiras*, rotulava a contraceção como assassinato, exigindo a pena de morte para quem a praticasse. Nesta época, a contraceção era rotulada de feitiçaria, com objetivos de impotência e esterilidade, merecendo a pena de morte como punição (TOSI, 1985).

Estes dois inquisidores consideravam que dentre as *mulheres* “as bruxas parteiras a todas as demais ultrapassam em ações vergonhosas” (RANKE-HEINEMANN, 1996: 246), sob a acusação de que elas matavam crianças não batizadas, entregando assim, os natimortos ao demônio. Tal argumentação foi baseada em Agostinho, que considerava que o destino das crianças sem batismo era o inferno. Outra acusação sobre as parteiras era que “impedem a concepção no útero de várias formas” (RANKE-HEINEMANN, 1996 : 246), sendo provável que as parteiras transmitissem informações sobre contraceção (TOSI, 1985).

A obsessão clerical sobre as bruxas disseminou-se para a população com maior força a partir do século XV principalmente através da difusão da gravura e da imprensa, que foram responsáveis pelo apogeu do satanismo. Esta obsessão coincidiu ironicamente com o período de transição entre a Idade Média e o Renascimento, época em que a dessacralização e desmitização da natureza e do homem estavam em ascensão.

Nessa época, coexistiam diversos pensamentos, incongruências e contradições. O conhecimento de origem não religiosa era proveniente de sábios que praticavam a magia natural, não existindo distinção clara entre esta e a ciência experimental. Paralelamente, estava a atividade do feitiço ou a bruxa de aldeia, que praticava a medicina popular e tinha maior confiança da população do que os médicos das universidades dos séculos XVI e XVII, pois a Medicina nessa época ainda mantinha-se fiel ao sistema escolástico, dando as costas à clínica e experimentação (TOSI, 1985).

Ou seja, concomitantemente ao questionamento da estrutura do real e à implementação do método científico, o medo do diabo e a crença nas forças do mal assolava a Europa. A magia natural foi colocada sob suspeita de satanismo pela Igreja, mas foi sobre a bruxaria que se lançou a acusação de atividade demoníaca.

Nessa atmosfera, o saber da mulher como obra do diabo tomou proporções assustadoras, tanto em países católicos quanto protestantes, sendo um fenômeno desconhecido nos países ortodoxos. As mulheres acusadas de bruxas, em sua grande maioria tinham um saber empírico transmitido de geração em geração desde tempos imemoriais, conheciam propriedades das ervas, preparavam poções e unguentos de reputação eficaz para o tratamento dos males físicos e mentais, assistiam as mulheres no parto, conheciam métodos contraceptivos e abortivos e desfrutavam de certo poder e prestígio social, representando um desafio à classe médica.

Apesar do racionalismo cartesiano e do advento da ciência moderna talvez terem contribuído para a extinção das fogueiras, estas já tinham conseguido seu objetivo primordial: suprimir as verdadeiras bruxas (que praticavam a medicina empírica) e disseminar o terror na população feminina, facilitando sua normatização social (TOSI, 1985).

Em síntese, a cosmovisão dualista dicotômica da racionalidade teocêntrica permeava todos os aspectos da realidade, sem a possibilidade de sínteses, pois os componentes sagrados e profanos da realidade não podiam se complementar. A natureza apresentava aspectos sagrados por ser de origem divina, mas também tinha aspectos profanos e demoníacos por ser fonte de tentações para o homem. O homem foi dividido em corpo (instinto, carne, pecado) e espírito (pureza). O mundo sagrado separou-se em céu e inferno. A realidade era determinada de maneira absoluta, não sendo desvendável pelo homem, mas apenas revelável por Deus.

Algumas das características desta racionalidade são: a sacralização e também demonização da natureza e do homem pelo dualismo maniqueísta (corpo/alma, céu/inferno); a concepção de Deus como ser inexorável e punitivo; e o poder eclesiástico instaurado como poder supremo e absoluto, normatizador da ordem na terra pela sua representação da “ordem divina”.

Nesse contexto dualista, a fertilidade também apresentava características dicotômicas. Por um lado, ela era uma das principais manifestações da sexualidade humana através da procriação e gravidez, por outro, sua regulação era normatizada através da instituição religiosa, que considerava condenável o controle humano da fertilidade. Pelo fato da fertilidade advir de origens divinas, seu controle foi rejeitado e regulamentado através de punições. Neste contexto, a única finalidade do sexo podia ser a reprodução, da qual a fertilidade era sua expressão.

2.4.3 – A Fertilidade na Racionalidade Antropocêntrica

A transição entre as racionalidades teocêntrica e antropocêntrica deu-se, segundo os pensadores da ciência, entre os séculos XVI e XVIII. Contudo, segundo os historiadores, o Renascimento italiano iniciou-se nos séculos XIII e XIV. A “revolução científica” dos séculos XVI e XVII “*se enraíza nessa época de ruptura de visão e organização de mundo expressa no Renascimento*” (LUZ, 1988:16), que foi um movimento iniciado nas artes e difundido nas ciências, tecnologia, cosmologia e filosofia. A transformação das relações sociais feudais, com o surgimento de novas classes e grupos sociais conflitantes com a sociedade medieval, expressou a profunda ruptura estabelecida nessa época.

Com o estabelecimento do monarca secular, que passou a fundamentar a ordem e o poder social, a Igreja foi perdendo paulatinamente seu poder, (LUZ, 1988). A organização política através da constituição dos Estados modernos foi paralela à estruturação do sistema sócio-econômico capitalista.

A dessacralização e desmitização da natureza e do homem caracterizam o processo de construção histórica do antropocentrismo, fundamentado na racionalidade científica moderna. A fragmentação do sujeito, a compartimentalização do conhecimento e das práticas e a objetivação das relações entre a natureza e o ser humano estão entre os principais traços desta nova racionalidade. A necessidade de comprovação científica dos fenômenos relegou a religião e a metafísica, que foram abandonadas enquanto possibilidades de construção de verdades nesta nova racionalidade. Desenvolveu-se assim, uma ruptura epistemológica fundamentada em um

modelo explicativo mecanicista, um método experimentalista e indutivo e uma linguagem matematizante (LUZ, 1988).

Diversas rupturas relacionaram-se com a constituição da racionalidade antropocêntrica, como: uma nova forma de organização sócio-econômica (o capitalismo mercantil), a organização dos Estados Modernos e a modificação de concepções e relações entre o homem, a natureza e sagrado. Neste contexto, o campo da regulação da fertilidade, normatizado pela influência ético-religiosa da Igreja, complexificou-se, passando a ser uma arena de embates e interesses divergentes.

Enquanto na racionalidade cosmocêntrica o controle humano da fertilidade ocorria por intermédio de esferas do sagrado, no teocentrismo o controle humano era possível, mas não permitido. Já na racionalidade antropocêntrica, o controle da fertilidade passou da normatização religiosa para a normatização científica.

As concepções científicas configuraram, assim, novas representações de homem e de mundo, modificando representações daí decorrentes, como as de corpo, sexualidade, fertilidade e contracepção, adaptando-as dentro de um modelo mecanicista do mundo e de homem que passou da dicotomia religiosa “corpo-espírito” para a cisão artesiana “corpo-mente”.

Entretanto, este processo foi gradual, já que a discussão sobre fertilidade e principalmente contracepção, em princípio não teve nenhum apoio do Iluminismo, nem a Revolução Francesa. As idéias de superpopulação apareceram em 1798, através do padre anglicano Thomas Malthus, que denunciava a tendência da população crescer mais depressa do que a produção de alimentos. Apesar de ter sido a obra de Malthus que deu ímpeto à idéia do controle da natalidade entre os séculos XIX e XX, este autor tortava à “*continência moral*”, advertindo contra a “*conspiração do leito nupcial*” e

“as artes impuras que visam esconder as conseqüências das relações proibidas , (...) caracterizadas como vícios” (RANKE-HEINEMANN, 1996 : 303).

O método contraceptivo mais difundido na Europa naquela época, era o coito interrompido, mesmo quando a camisinha se popularizou com a vulcanização da borracha, em 1843. Nesta época, a batalha da Igreja contra a anticoncepção não estava plenamente desenvolvida. A luta da Igreja começou no final do século XIX, estimulada pelo crescente interesse público no controle da natalidade, pela disseminação dos contraceptivos entre a população e pela guerra franco-prussiana (1870-71). Nesta última, a justificativa para evitar a contracepção ligava-se à necessidade de reposição da população morta.

Apesar da oposição da Igreja, que modificou muito pouco sua moral sexual e sua postura contra a anticoncepção, os estudos anatômicos ampliaram o conhecimento de diversos processos corporais, tais como a fertilidade e a reprodução humana. As explicações predominantemente baseadas em aspectos fisiopatológicos, inseridos em uma concepção mecanicista e objetivável de mundo e de homem, contribuíram obremaneira para o desenvolvimento de substâncias e artefatos interventores nas diversas etapas do processo reprodutivo.

Mesmo que alguns métodos contraceptivos fossem conhecidos desde a antigüidade, como as “barreiras”, baseadas no conhecimento sobre o papel do homem no processo reprodutivo, a Ciência moderna ampliou de forma drástica as possibilidades de controle da fertilidade humana, principalmente com o advento dos métodos hormonais, como a pilula anticoncepcional. A fertilidade tornou-se passível de controle humano ativo, constituindo o que poderíamos chamar de “antropocentrismo

vo”.

O aparecimento da pílula anticoncepcional aconteceu num contexto de queda das taxas de fecundidade nos países do primeiro mundo, devido às modificações sociais e políticas na linha do “*welfare state*”, estado de bem estar social . No entanto, no início da década de 50, as taxas de fecundidade mantinham-se em acréscimo nos países de Terceiro Mundo, enquanto as taxas de mortalidade geral e infantil estavam em decréscimo. Isto reativou teorias neomaltusianas advertindo sobre o risco de “explosão demográfica”.

Diversas organizações internacionais surgiram, penetrando com facilidade no Terceiro Mundo pelo seu aparente viés não governamental. Tais organizações implementaram medidas de controle da natalidade que surtiram maior ou menor efeito conforme o posicionamento dos governos que as sediaram (TINOCO & MODENA, 1996).

O enfoque sócio-político sobre a regulação da fertilidade ressalta a importância dos interesses econômicos na determinação das tendências da fertilidade humana, demonstrando que as quedas das taxas de fecundidade no Primeiro Mundo ocorridas no início deste século deveram-se à remodelação econômica, à distribuição de renda, à mudança dos papéis sociais de gênero e à entrada da mulher no mercado produtivo. Já nos países de Terceiro Mundo, as quedas nas taxas de fecundidade, acontecidas após as décadas de 50 e 60, ocorreram pela distribuição de métodos contraceptivos em massa.

Além da regulação da fertilidade ter se tornado um fenômeno dessacralizado e acessível do controle humano racional, o surgimento de diversas correntes políticas gerou as polêmicas referentes à contracepção. Para discutir as interpretações sobre contracepção vigentes, partiremos da definição do termo utilizada por Stephan-Souza (1995 : 415):

“Contracepção é entendida como o momento da não concepção, um corte na possibilidade de ocorrer nascimentos, infecundidade

provocada pelo uso de anticoncepcionais e interrupção do ato biológico de gerar seres humanos.”

Segundo esta mesma autora, as interpretações políticas decorrentes da contracepção apresentam duas vertentes: o *planejamento familiar* e o *controle da natalidade*. O *planejamento familiar* é entendido como o ato de escolha consciente de um número arbitrado de filhos, desencadeado a partir de um processo educativo. O *controle da natalidade* é concebido como a utilização de medidas impositivas induzidas por pressões do Estado.

Entretanto, a subordinação das políticas populacionais e demográficas a um modelo econômico que tem interesses de controlar a natalidade da população, acarreta a incorporação do discurso do planejamento familiar no sentido de priorizar a distribuição e acesso de métodos contraceptivos à parcela mais pobre da população, em detrimento da distribuição mais eqüitativa de recursos econômicos.

Segundo Rocha et al (1996), o *planejamento familiar* é uma questão polêmica e complexa, que envolve áreas variadas como a sexualidade, as emoções, os costumes, a tradição, a religião e a política governamental. Embora ele seja *visto* freqüentemente apenas como uma forma de controle populacional, em resposta à explosão demográfica, ele tem um profundo impacto na saúde da mulher e da criança, por possibilitar um espaçamento adequado dos nascimentos, mantendo o tamanho da família dentro de limites planejados e evitando gestações indesejáveis.

Para Rocha et al (1996), o objetivo maior do planejamento familiar deveria estar a preparação adequada para a maternidade e a paternidade consciente e digna, de forma a proporcionar ao casal a escolha do número de filhos e o momento mais adequado de tê-los. Segundo estas mesmas autoras, a filosofia básica do programa de planejamento familiar no Brasil é a de oferecer, ao maior número de pessoas possível, informações e orientações quanto aos métodos de planejamento familiar legalmente reconhecidos em

nosso meio, proporcionando à mulher ou ao casal a possibilidade de uma escolha consciente.

O planejamento familiar, através do seu componente ligado ao controle da fertilidade, também está inserido em áreas onde interesses aparentemente mais velados, como os mercadológicos, exercem influências na conformação das concepções populares sobre temas vinculados ao corpo feminino, à menstruação, à fertilidade, à concepção e à contracepção.

Este *marketing* da fertilidade influencia a formação de representações que normatizam o funcionamento “adequado” do corpo da mulher. Segundo Wolffers et al (1991), a indústria farmacêutica exerce uma indução que estimula o consumo abusivo de drogas relacionadas à saúde reprodutiva. A trajetória das mudanças de indicações médicas dos tratamentos hormonais, desde seu surgimento, na década de '50, até nossos dias, é bastante elucidativa destes fatos.

Apesar de órgãos de diversos países terem orientado a retirada do mercado de algumas drogas hormonais de alta dosagem, as indústrias burlaram esta orientação modificando as indicações de utilização destes medicamentos, baseadas em critérios muito mais mercadológicos do que médicos. Assim, muitas destas drogas foram e continuam sendo usadas para o diagnóstico da gravidez e o tratamento da amenorréia, apesar de existirem evidências científicas dos riscos deste tipo de indicação.

O papel fiscalizador do Estado na área farmacêutica varia conforme o poder de pressão dos diversos segmentos, entre eles, a própria indústria de medicamentos. Os órgãos fiscalizadores dos países de Primeiro Mundo retiraram essas drogas do mercado, o que não ocorreu nos países de Terceiro Mundo. A frágil fiscalização no Terceiro Mundo, a desinformação dos médicos, a influência da indústria farmacêutica nas políticas governamentais e no ensino médico, mantém ainda hoje tais drogas no

mercado, constituindo o que se denomina “*marketing da fertilidade*” (WOLFFERS et al, 1991: 15).

Inicialmente, a maioria dos medicamentos hormonais foi introduzida para a restrição da fertilidade. Estes compostos, caracterizados por suas altas dosagens, foram sendo constantemente reformulados para reduzir-se a quantidade de hormônios na tentativa de minimizar seus efeitos colaterais. Periodicamente surgem novas formulações, menos prejudiciais à saúde, com preços bastante superiores às anteriores, onerando o bolso das consumidoras e elitizando a utilização destes medicamentos. Este processo não é exclusivo dos produtos destinados ao controle da fertilidade, mas inclui a lógica de pesquisa e produção de medicamentos em geral.

Partindo do panorama apresentado, três espaços institucionais de embate político e ideológico podem ser caracterizados quanto a seus discursos e práticas sobre a fertilidade feminina: o Estado, a Igreja Católica na atualidade e o movimento feminista. O discurso científico não foi caracterizado enquanto um espaço isolado dos grupos apresentados, pois diversas teorias e correntes científicas permeiam com maior ou menor vigor o discurso dos espaços citados, dependendo dos interesses e da ideologia predominante em cada um desses grupos em questão. Esta utilização da ciência conforme os próprios interesses, denota, por si só, a impossibilidade de neutralidade do discurso científico.

Considerando importante caracterizar o posicionamento dos três espaços institucionais mencionados, procedemos à apresentação sintética de alguns aspectos a eles referidos. No âmbito do Estado brasileiro, podemos distinguir dois momentos distintos, com orientações opostas sobre as políticas de população. Inicialmente surgiram concepções voltadas para a expansão do contingente populacional marcando as décadas de 60-70, durante a ditadura militar, por uma resistência a políticas de

controle da fecundidade. A ideologia expansionista utilizou a doutrina de Segurança Nacional para justificar a necessidade de crescimento populacional como forma de garantir as fronteiras territoriais. A defesa da família foi o artifício ideológico de sustentação do Estado autoritário, modelando as políticas pró-natalistas do regime militar (Alvarez apud NUNES, 1994).

A reversão dessa posição do Estado iniciou-se pelos anos 70, quando ocorreu um declínio acentuado na taxa de fecundidade (cerca de 24%) sem que houvesse qualquer intervenção governamental. Na década de 80, as pressões internacionais influenciaram a reorientação da política estatal de controle da natalidade, em face do endividamento crescente do país. Desta maneira, o controle da natalidade tornou-se uma das prioridades do governo, pela penetração da ideologia neomaltusiana propondo a anticoncepção como solução para os problemas econômicos e sociais.

A reorientação governamental não significou, contudo, uma melhoria de atenção à saúde da mulher. Foram adotadas apenas medidas parciais e isoladas de distribuição indiscriminada de pílulas anticoncepcionais e facilitação do acesso à esterilização gratuita sem um acompanhamento e orientação adequadamente feitos por profissionais de saúde. Somente em 1980 surgiu o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, por pressão do movimento feminista.

Nesta época, a questão da saúde reprodutiva e a questão da violência contra a mulher constituíram-se nas principais reivindicações dos movimentos de mulheres por todo o país. No entanto, desde o início deste processo até hoje, tanto a saúde reprodutiva como os demais direitos sociais, têm sido tratados como assuntos não prioritários pelo Estado.

O movimento feminista, reorganizado a partir da década de 70, mobilizou-se contra a política coercitiva por parte do governo. Inicialmente, houve um

posicionamento contra a política de anticoncepção imposta pelo Estado, alinhando-se assim, o movimento feminista com a esquerda e a Igreja, sob a argumentação de que o problema da pobreza era estrutural, e não se resolveria através do controle populacional. A oposição ao planejamento familiar justificou-se assim, pelo contexto político em que esta proposta se apresentou, onde o respeito aos direitos civis era mínimo.

Posteriormente, com o processo de redemocratização, o movimento de mulheres passou de uma posição antiestatal ao apoio crítico à política oficial de saúde feminina. Atualmente, as feministas defendem a responsabilidade do Estado na provisão de serviços seguros, acessíveis e não-coercitivos de controle da fertilidade, possibilitando a opção ou não pela maternidade. Neste sentido, a formulação do conceito de direitos reprodutivos representou uma redefinição do próprio pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva, por inserir a discussão em um contexto mais amplo, que trata da cidadania das mulheres.

A posição oficial da Igreja Católica brasileira tem-se caracterizado pela não aceitação das políticas de controle da natalidade, seguindo, assim, as orientações do Vaticano. Entretanto, foi no final dos anos 60, que a Igreja brasileira passou a fazer pronunciamentos públicos sobre o tema, pois a sua hegemonia no campo da orientação de comportamentos individuais na área da sexualidade e sua influência ante o Estado passaram a ser ameaçadas.

Entretanto, para analisar a ética sexual da Igreja Católica na atualidade, é necessário considerar não apenas o posicionamento oficial, mas também os conflitos e contradições internas entre o discurso oficial e a prática pastoral. A ambigüidade caracteriza, assim, a posição da Igreja na área da reprodução humana. Sua oposição oficial ao controle da natalidade reconhece, por outro lado, a necessidade de atuação do Estado na política demográfica. Desta forma, a Igreja admite a legitimidade de

“regulação da prole”, mas demarca sua posição falando da “paternidade responsável”. Esta estratégia investe os casais da responsabilidade de limitação da prole, mas mantém o poder da Igreja, e não do Estado ou qualquer outra instituição, na legitimação do matrimônio.

No contexto do controle da natalidade contemporâneo, a ciência exerceu influência em diversas instituições. A adoção de correntes científicas mais convenientes para justificar seus interesses pode ser ilustrada, por exemplo, com o *neomaltusianismo*, que fundamentou práticas controlistas nos países do Terceiro Mundo.

Já no setor da saúde, neste contexto de polêmicas e interesses antagônicos, encontramos a coexistência de diversos modelos científicos, preponderando, contudo, o *modelo biomédico*⁵. Para este modelo, a regulação da fertilidade limita-se a uma perspectiva de fundamentação química e biológica, relegando os aspectos sociológicos, políticos, econômicos e religiosos a outros planos. Segundo Berek et al (1998: 166), autores do livro *Novak-Tratado de Ginecologia*, expoente da formação biomédica na área, a fertilidade é afetada pelos seguintes aspectos: o momento do coito em relação à ovulação, o método anticoncepcional utilizado, a efetividade intrínseca do método e o seu uso correto.

⁵ *Modelo biomédico*, segundo Capra (1996: 116) é o alicerce conceitual da moderna medicina científica, e se fundamenta no paradigma cartesiano que considera o corpo humano uma máquina analisável a partir de suas peças, a doença como uma falha na estrutura ou funcionamento dos mecanismos biológicos, e o papel da medicina científica como a intervenção física ou química para consertar os defeitos do organismo.

A preponderância do modelo biomédico dá-se, sobretudo, na clínica. Entretanto a penetração deste modelo perpassa o espaço clínico, manifestando-se através de práticas e discursos institucionais que influenciam áreas como a Saúde Pública (FOUCAULT, 1977). A relevância desta influência dá-se pelo fato da Saúde Pública apresentar uma interface relacionada às políticas de saúde, apontando intervenções na esfera da organização, avaliação e gestão de serviços públicos de saúde.

O referendamentado das ações em Saúde Pública dá-se principalmente através de duas vias: a política, representada pelas relações entre a sociedade civil e o Estado; e a técnico-científica, representada pela Epidemiologia. Apesar das diversidade de concepções das vertentes epidemiológicas contemporâneas, esta ciência ainda tem uma sólida base positivista e cartesiana, que, coincidentemente, também embasa o modelo biomédico. Assim, se por um lado a incorporação de critérios epidemiológicos representa um avanço na implementação do Sistema Único de Saúde (CASTELLANOS, 1994; PAIM, 1994), por outro, é necessário destacar a importância da inclusão de outros campos do saber no processo de construção da realidade.

Neste sentido, áreas das Ciências Sociais e Humanas têm enriquecido a discussão na Saúde Pública, que adotou a categoria de *gênero*, oriunda dessas áreas, para a elaboração de análises mais acuradas nas áreas de saúde e direito reprodutivos. Segundo Basso (1993), a categoria *gênero* remete para o papel sexual estruturado no processo de socialização dos indivíduos, o que a diferencia da categoria *sexo*, ligada à expressão biológica do masculino e feminino, preponderante nas concepções do *modelo biomédico*.

Em síntese, na racionalidade antropocêntrica fundamentou a ciência e o modelo biomédico, que se tornaram preponderantes sobre outras formas de conhecimento e explicação da realidade. A hegemonia de características tais como: a neutralidade, a

objetividade e a cisão cartesiana corpo-mente, fizeram com que questões complexas, como a regulação da fertilidade, fossem tratadas como passíveis de controle humano plenamente racional. As posturas intervencionistas daí decorrentes, implementadas por áreas tecnológicas, políticas e a econômicas, pautaram-se por essa mesma lógica, imbuída de uma racionalidade objetiva. A preponderância desta objetividade, tem relegado e desconsiderado a importância de “irracionalidades” presentes ao longo da história e na maioria dos grupos culturais, que contudo, fazem parte da expressão do nosso imaginário social (LUZ, 1988; CAPRA, 1996).

3. PRESSUPOSTOS:

Apesar deste trabalho caracterizar-se, sobretudo, como um estudo exploratório, decidimos apontar alguns pressupostos identificados a partir do contexto teórico anteriormente referido. Assim, pressupomos que:

- 1) As concepções, discursos e práticas que influenciam a ocorrência de *gravidez não planejada* entre as mulheres, parecem fundamentar-se em modelos explicativos coerentes com a aparente falta de prevenção de uma gravidez.
- 2) A gravidez não planejada é um fenômeno multidimensional, que engloba questões mais amplas do que aquelas consideradas pelo modelo biomédico.
- 3) A consideração do *planejamento* como uma categoria imersa em dimensões tanto objetivas quanto simbólicas pode contribuir para o conhecimento de concepções de risco de gravidez mais próximas daquelas existentes na população.
- 4) Existe um distanciamento entre as concepções de regulação da fertilidade baseadas no *modelo biomédico* e as concepções constituídas pelas mulheres, o que poderia contribuir para as limitações de políticas e ações de planejamento familiar fundamentadas em concepções reducionistas da realidade.

4. OBJETIVOS:

4.1 - Objetivo Geral:

Investigar o significado da ocorrência de gravidez não planejada entre mulheres usuárias de serviços de pré-natal da rede pública vivenciando essa situação, e conhecedoras da existência e da utilização correta de métodos anticoncepcionais.

4.2 - Objetivos Específicos:

- 1) Identificar as principais categorias e temas relacionados à ocorrência de gravidez não planejada e à ausência de regulação de fertilidade entre mulheres.
- 2) Correlacionar as concepções presentes nos discursos das mulheres à multidimensionalidade presente na constituição da realidade.
- 3) Analisar as concepções sobre ocorrência de gravidez não planejada presentes nas mulheres na perspectiva das racionalidades e do modelo etiológico baseado em dimensões da realidade.
- 4) Identificar a existência de aproximações e distanciamentos entre as concepções das mulheres e do modelo biomédico.
- 5) Oferecer subsídios para investigações e intervenções relacionadas a questões da saúde reprodutiva e do Direito Reprodutivo a partir do material discursivo analisado.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

5.1- *Considerações Preliminares*

Este trabalho utiliza uma abordagem qualitativa, por tratar de fenômenos de ordem simbólica, cuja possibilidade de melhor elucidação dá-se a partir da linguagem e da construção do significado. Nosso posicionamento não pretende estabelecer uma dicotomia com abordagens quantitativas, mas sim, resgatar a relação de inseparabilidade e interdependência entre dimensões quantificáveis e dimensões produtoras de significados, que entre outras, constituem a realidade. Consideramos, portanto, que há espaço para a interlocução entre diferentes abordagens no processo complexo de construção da realidade (SCHRAMM & CASTIEL, 1992; MINAYO & SANCHES, 1993).

Dentro de uma abordagem qualitativa, situamo-nos em uma perspectiva fenomenológica, privilegiando a *consciência reflexiva* enquanto sujeito do conhecimento capaz de dar significação à realidade. O âmbito do *significado* como um poder de *doação de sentido* ao mundo fundamenta-se na *intencionalidade* enquanto um ato de visar as coisas, provendo-lhes significação (CHAUÍ, 1995: 237).

Demarcar a proximidade metodológica deste trabalho com uma corrente teórico-filosófica, a Fenomenologia, não significa deconsiderar as limitações tecidas por outras correntes teóricas, sobretudo marxistas, à *tendência fenomenológica de absolutização de valores e crenças dos grupos*, à *autonomia do indivíduo sobre a sociedade* (MINAYO, 1992: 61) e à eliminação das tensões dialéticas. Neste sentido, esclarecemos que não estamos “filiando-nos” a uma corrente teórica específica, mas utilizando alguns pressupostos da mesma, importantes no resgate simbólico do fenômeno que

tratamos de estudar. Concordamos com Minayo (1992 :37), quando nos remete à reflexão de que *“nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão total e completa da realidade”*.

5.2 – Escolha dos Sujeitos

Na metodologia qualitativa, os critérios para a definição da amostragem não se pautam pela representatividade estatística, mas pela profundidade e abrangência da compreensão do objeto sob investigação . Assim, a seleção de informantes privilegia os sujeitos sociais detentores dos atributos em questão, considerando-os em número suficiente para a ocorrência de certa reincidência das categorias e temas discursivos, levando em conta, inclusive, o potencial explicativo das informações ímpares (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1992). A diversificação dos informantes, mantidos os atributos fundamentais, também possibilita a apreensão de semelhanças e diferenças que podem contribuir para aprofundar o conhecimento do objeto em questão (MINAYO, 1992).

As informantes-chave que constituíram nossa amostra foram selecionadas entre mulheres usuárias dos serviços de pré-natal para adolescentes e mulheres adultas, na Maternidade Escola Assis de Chateaubriand (MEAC). Este é um dos principais serviços de referência da rede pública de Fortaleza, Ceará. Optamos por trabalhar com adolescentes e mulheres adultas, por considerar importante a caracterização de semelhanças e diferenças entre estes dois grupos etários.

Para a inclusão das mulheres na pesquisa, consideramos os seguintes atributos:

- Em situação de gravidez não planejada.
- Referência de conhecimento espontâneo da existência de algum método anticoncepcional moderno anterior à gravidez. A importância do conhecimento do método ser anterior à gravidez deveu-se à necessidade de descartar mulheres cuja

gravidez em curso tivesse ocorrido por desinformação sobre o uso de anticoncepcionais.

- Descrição correta e detalhada da utilização de algum método anticoncepcional moderno. Desconsideramos o conhecimento de métodos anticoncepcionais tradicionais (coito interrompido e abstinência periódica) pelos maiores índices de gravidez acidental com a utilização dos mesmos.
- História de não utilização ou de descontinuidade de uso de anticoncepcionais modernos ou tradicionais antecedendo a gravidez em curso.
- Usuárias de serviços de pré-natal da rede pública (MEAC). A escolha de uma única instituição deveu-se ao fato de trabalharmos com aspectos simbólicos que não dependiam dos serviços utilizados pelas mulheres, mas de características vinculadas à própria subjetividade de cada mulher e seu entorno social.
- Residência na área metropolitana de Fortaleza, pela facilidade de operacionalização do estudo.

Na seleção de nossa população de estudo utilizamos a diversificação em relação a características gerais tais como: idade, religião, escolaridade, atividades realizadas (remuneradas ou não), renda familiar e estado marital (solteira, união consensual ou casada), de forma a contemplar diferentes ângulos de leitura que nos possibilitaram a apreensão de semelhanças e diferenças entre nossas informantes.

Em relação à idade, as mulheres deste estudo variaram de 13 a 33 anos. No entanto, observamos que uma mulher de 21 anos, considerada adulta pelo critério da idade, apresentou muitas características da ordem da subjetividade e do seu contexto de vida que a aproximaram do grupo adolescente. Por tais motivos, o referencial da idade pareceu-nos menos importante do que estes outros aspectos subjetivos e contextuais, o

que justificou a inclusão desta mulher no grupo de adolescentes. Assim, consideramos que trabalhamos com relatos de 8 adolescentes e 6 adultas.

5.3- Descrição do Trabalho de Campo

Segundo Minayo (1992: 105), o *campo* corresponde ao recorte espacial, enquanto o *objeto* equivale ao recorte teórico da investigação. Partindo deste pressuposto, iniciamos o reconhecimento de nosso *campo* de investigação em julho de 1997, período durante o qual entramos em contato com a direção da Maternidade Escola Assis de Chateaubriand. Daí, fomos encaminhados para as coordenações dos serviços de atenção à adolescente, aos serviços de pré-natal e planejamento familiar de mulheres adultas e ao serviço de Assistência Social.

O trabalho de campo estendeu-se de julho de 1997 a setembro de 1998. A etapa inicial deste trabalho consistiu na observação participante, através da qual pudemos aproximar-nos do cotidiano destes serviços e de seu público-alvo, participando de atividades grupais programadas, tais como palestras e sessões de vídeo. Esse momento constituiu nossa estratégia de entrada no campo, realizando uma aproximação gradativa que nos ajudou a levantar algumas percepções iniciais e a formular novos questionamentos e redirecionamentos da investigação.

Posteriormente, passamos para o contato com as usuárias dos serviços de pré-natal, realizando abordagens individuais e informais nas salas de espera dos serviços de pré-natal das adolescentes e adultas. Nesta conversa, identificamos as possíveis candidatas, convidando a participar do estudo àquelas que se enquadraram nos critérios estabelecidos. A etapa seguinte foi a realização de entrevistas semi-estruturadas em algum local e horário da conveniência da informante, geralmente no domicílio da mesma.

As técnicas utilizadas para recolher as informações necessárias para este trabalho foram: entrevistas semi-estruturadas com as mulheres e observação participante, realizada nos serviços da MEAC, acima citados, e nos domicílios das mulheres. Optamos pela utilização destas duas técnicas com o intuito de realizar a triangulação dos dados, importante no processo de verificação e validação da pesquisa qualitativa (MINAYO, 1992).

A opção pela entrevista semi-estruturada deveu-se ao fato desta técnica facilitar a emergência de conteúdos subjetivos mais profundos, mediados pela linguagem (MICHELAT, 1987). A utilização da entrevista destaca a fala individual enquanto representativa de modelos culturais interiorizados, compartilhados pelo indivíduo a partir de um processo de socialização no qual a cultura não é apenas assimilada, mas é também reinterpretada (MINAYO, 1992). Neste sentido, a entrevista também pode destacar-se enquanto técnica preponderante para a apreensão da polissemia do discurso. No entanto, cabe lembrar que a construção de significados e a expressão da subjetividade não passa exclusivamente pela elucidação da fala e dos silêncios do discurso, mas é permeada por muitas outras formas de comunicação, além da verbal.

As entrevistas semi-estruturadas seguiram um roteiro que consta anexo e foi sendo modificado devido à dificuldade de compreensão de algumas perguntas e ao surgimento de novas questões, que sugeriram alguns redirecionamentos do trabalho de campo. A maior parte das revisões e modificações do roteiro foi feita durante a fase inicial do estudo-piloto, ocorrida nas entrevistas iniciais.

As entrevistas, que tiveram, em média, uma a uma hora e meia de duração, foram gravadas e transcritas em fitas cassete, após o consentimento das informantes, que tiveram garantido o sigilo de sua identificação pessoal. Após 14 entrevistas

realizadas, observamos uma reincidência de categorias discursivas que levou-nos a considerar como atingidos os objetivos do trabalho com o material colhido até então.

A observação participante, técnica de origem etnográfica, foi considerada importante para o registro das impressões subjetivas, aspectos informais, comportamentos, gestos e expressões emocionais percebidos durante as atividades dos serviços da MEAC acima mencionados e nas entrevistas domiciliares com as mulheres investigadas (HAGUETTE, 1995). As observações realizadas caracterizaram-se por serem livres, sem roteiro específico, e por abranger o conjunto do espaço e do tempo previsto para o trabalho, destacando, contudo, elementos da interação. O registro destas informações foi feito em um diário de campo.

5.4- Organização e Análise dos Dados:

O material coletado nas entrevistas foi transcrito e digitado no WINWORD 7.0. As anotações oriundas do diário de campo também foram digitadas neste programa. Após sucessivas leituras e classificações do material obtido, organizamos as categorias empíricas em temas a partir dos quais procedemos à interpretação das informações (ANDRÉ, 1983). Os temas foram relacionados às dimensões da realidade propostas por Ngokwey (1988) e a aspectos presentes nas racionalidades descritas no contexto teórico da investigação.

Foram encontradas 53 categorias empíricas, agregadas em 11 grandes temas que caracterizaram cada dimensão da realidade:

Dimensão Natural: *Necessidade de contato sexual com homem, concepções sobre o período fértil, concepções sobre fertilidade, concepções sobre métodos anticoncepcionais.* Estes dois últimos temas apresentaram categorias com uma superposição entre as dimensões natural e psicossocial da realidade.

- **Dimensão Psicossocial:** *Percepção de Invulnerabilidade, características pessoais da mulher, prazer, relacionamento com o homem.*
- **Dimensão Sócio-Econômica:** *Cobrança Social da Maternidade, Serviços de saúde e relação médico-paciente.*
- **Dimensão Sobrenatural:** *Ordem Divina.*

A partir destes temas, construímos os modelos etiológicos baseados nas concepções das mulheres adultas e adolescentes, estabelecendo semelhanças e diferenças, entre os grupos. Verificamos também a interpenetração do modelo biomédico nas concepções populares, articulando-as com as racionalidades e as dimensões da realidade que nortearam a investigação.

5.5- Notas de campo: Percursos e Percalços

Antes de finalizar esta discussão, gostaríamos de destacar impressões relevantes, sucedidas no decorrer da investigação. Entre estas, a descrição das reuniões educativas e sessões de vídeo das quais participamos, assim como das consultas do serviço de planejamento familiar.

Nestas atividades, assim como nas entrevistas, optamos por identificar-nos enquanto pesquisadora, e não como médica, para evitar criar expectativas de respostas “cientificamente corretas” por parte das mulheres. As reuniões educativas sobre planejamento familiar, realizadas em rodízio por profissionais não médicos (enfermeiras, socióloga, assistente social, psicóloga), foram geralmente precedidas por dinâmicas interativas. Seu objetivo principal foi o repasse informativo sobre temas relacionados à fertilidade e reprodução, baseando-se no conhecimento científico sobre o tema. Assim, observamos que o modelo biomédico não é incorporado exclusivamente pela medicina, mas pelo discurso e prática de várias profissões da área da saúde.

Nestas reuniões de planejamento familiar, talvez pelo tempo limitado ou pela rigidez institucional, não chegamos a observar uma exploração das concepções e crenças das mulheres por parte das profissionais de saúde. Quanto às reuniões de pré-natal, acompanhamos apenas o serviço para as adolescentes, pelo fato de não terem acontecido reuniões com as gestantes adultas durante o tempo que passamos na instituição. Isto foi, inclusive, um motivo de insatisfação de algumas mulheres adultas desejosas de maiores orientações.

O Serviço de Atenção à Adolescente pareceu-nos apresentar maior organização, com um espaço próprio e afastado dos outros ambulatórios da Maternidade. Observamos que este serviço oferecia várias atividades educativas, que não estavam ocorrendo periodicamente no momento de nossa inserção no campo. Nas poucas reuniões que pudemos observar, foram utilizados recursos audiovisuais e dinâmicas de integração do grupo. As orientações gerais sobre a gravidez e o parto foram apresentadas e discutidas entre as adolescentes, que demonstraram apreensão e interesse pelos temas. Contudo, o tempo limitado da reunião privilegiou o repasse de informações de base científica. O intercâmbio entre conhecimentos científicos e populares limitou-se ao esclarecimento de dúvidas colocadas pelas mulheres.

Acompanhamos algumas consultas individuais de planejamento familiar, onde a profissional explicava detalhadamente cada método anticoncepcional, apesar da indisponibilidade de alguns deles no momento. Um formulário padronizado era preenchido durante esta consulta, de forma a estabelecer uma triagem que avaliava a existência de alguma contra-indicação do método porventura escolhido pela mulher.

No que se refere à etapa posterior, da realização das entrevistas, tivemos certa dificuldade em encontrar mulheres com o perfil adequado para a investigação. Encontramos muitas mulheres em situação de gravidez não planejada e desinformadas

sobre a utilização correta de anticoncepcionais modernos, assim como mulheres em situação de gravidez planejada e desejada, inclusive entre as adolescentes. Esta dificuldade e o fato de várias mulheres terem utilizado métodos como o condom irregularmente, levaram-nos a repensar um critério anteriormente estabelecido, de suspensão da utilização do método anticoncepcional por pelo menos 3 meses antes da gravidez.

Abordamos aproximadamente 75 mulheres, conseguindo 14 que realmente se enquadraram no perfil da pesquisa. Descartamos uma das entrevistas, por tratar-se de uma mulher que demonstrou dúvidas no processo de seleção, confirmadas no decorrer da entrevista no que se referia ao uso correto de algum método anticoncepcional moderno.

Tivemos algumas recusas, sobretudo por parte de mulheres que alegaram indisponibilidade de horário para a entrevista. Antes de iniciar as entrevistas explicamos os objetivos da pesquisa fazendo referência a um estudo com mulheres grávidas, de forma a não induzir a utilização do termo *gravidez não planejada*. Também reforçamos a garantia de sigilo da identificação pessoal, sugerindo a utilização de um nome fictício no decorrer da entrevista. Apenas uma das mulheres, justamente a que pareceu mais desconfiada e insegura com a gravação, concordou em ser chamada por outro nome. Apesar de certa desconfiança inicial em poucas mulheres, nenhuma delas chegou a recusar a gravação, possibilidade que deixamos aberta para escolhas.

Uma questão interessante no decorrer da investigação, foi a gravidez da investigadora. Nas últimas 5 entrevistas realizadas, a investigadora já estava com gravidez avançada. Em geral, tivemos facilidade em estabelecer o vínculo com praticamente todas mulheres investigadas, chegando a ouvir relatos nunca colocados anteriormente para outras pessoas, por constrangimento das mulheres, que referiram

sentir-se muito à vontade para abrir-se conosco. No entanto, percebemos uma identificação maior por parte de algumas informantes quando nos encontrávamos em gravidez avançada, o que se expressou por certa cumplicidade nos relatos e por cuidados especiais, como convites para lanches por parte das entrevistadas ou seus familiares.

Das 14 entrevistas consideradas, 13 foram realizadas nos domicílios das informantes. Apenas uma mulher solicitou fazer a entrevista na MEAC, pois não queria fornecer seu endereço, por tratar-se do domicílio de sua patroa, que não lhe permitiria receber nossa visita.

Enfim, apontamos que a intensidade da interação na situação de entrevista pareceu-nos fortemente influenciada pela disposição intelectual e emocional tanto da investigadora quanto da entrevistada. Cada entrevista representou um momento único e singular, inserido em uma trajetória que buscou juntar diversas faces, para possibilitar leituras da gravidez não planejada sob novos prismas.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1- GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA: UMA EXPERIÊNCIA NO PLURAL E SINGULAR

6.1.1- Quem são essas mulheres

Iniciando a análise e discussão deste trabalho, apresentamos a seguir a caracterização das catorze (14) mulheres que compuseram a amostra desta pesquisa. As informantes foram identificadas nas transcrições por uma inicial e pela idade, pois observamos que a idade foi um demarcador importante de semelhanças e diferenças entre as mulheres.

Os quadros com informações sobre as mulheres investigadas foram construídos seguindo uma ordem cronológica crescente das mulheres. O **quadro 1** resume algumas informações que ajudam na caracterização de nossa amostra:

Quadro 1 - Distribuição das mulheres investigadas conforme a idade, prática religiosa, escolaridade, atividades realizadas (remuneradas ou não), renda familiar, situação de dependência econômica e estado marital. Fortaleza, 1999.

INF.*	Idade (anos)	Prática religiosa	Escolaridade	Atividades	Renda Familiar (SM)**	Dependência econômica	Estado marital
L.	13	Não tem	5ª série	Deixou escola	+ 10	Pais e companheiro	União consensual (após gravidez)
R.	16	Não tem	1ª série incompleta	Deixou escola	+ 10	Meia irmã	Solteira (abandonada após gravidez)
A.	16	Católica	2º grau incompleto	Deixou escola	4	Pais	Solteira (fim do namoro antecedeu a gravidez)
E.	16	Católica	2º grau incompleto	Estudante	3	Tias maternas	Solteira (namorando sem pretensão de se juntar)
U.	16	Católica Espírita	2º grau incompleto	Estudante	5	Pais	Solteira (pretende juntar-se devido à gravidez)
D.	18	Católica	2º grau incompleto	Deixou a escola	3	Mãe e avô materno	Solteira (namorado afastou-se após gravidez)
Y.	18	Não tem	7ª série	Dona-de-casa	2,5	Companheiro	União consensual (após gravidez)
G.	21	Católica	5ª série	Dona-de-casa	4	Mãe e padrasto	Solteira (pretende juntar-se devido à gravidez)
C.	25	Não tem	6ª série	Cabeleireira	2	Namorado e ex-marido	Separada
F.	28	Não tem	Analfabeta	Doméstica	Menos de 1 SM	Seu salário	Solteira (namorado é casado, afastou-se na gravidez)
N.	28	Não tem	6ª série	Dona-de-casa (exsecretária)	5	Companheiro	União consensual (após a gravidez)
I.	28	Não tem	4ª série	Dona-de-casa	3	Companheiro	Casada (há anos)
S.	29	Ass. de Deus	6ª série	Dona-de-casa	3	Companheiro	Casada (há anos)
O.	33	Não tem	4ª série	Dona-de-casa	2	Companheiro	Casada (há anos)

Fonte: Pesquisa, 1999.

*INF = Informante

**SM = Salários-mínimos

Como podemos ver, a diversificação das mulheres no que se refere à idade, variou de 13 a 33 anos, com 7 mulheres adolescentes e outras 7 adultas (reagrupadas em 8 adolescentes e 6 adultas). A respeito da escolaridade, as adolescentes apresentaram mais anos de estudo, pois 4 mulheres referiram o segundo grau incompleto, outras 3 o primeiro grau acima da quarta série e apenas uma referiu estar na primeira série. Já entre as mulheres adultas, nenhuma chegou ao segundo grau, 3 cursaram o primeiro grau (acima da quarta série), 2 completaram a quarta série e uma disse ser analfabeta.

Apesar de todas as mulheres terem referido acreditam em Deus, a maioria disse não praticar uma religião específica. Entre as adolescentes, 3 disseram não ter religião, 4 consideraram-se católicas, sendo que uma destas também demonstrou simpatia pelo espiritismo kardecista. Das mulheres adultas, 5 referiram não ter religião, uma disse ser católica, e outra da Assembléia de Deus. A sétima mulher disse não ter religião mas considerou-se devota de São Francisco do Canindé, o que poderia caracterizar-se como *catolicismo popular*⁷.

As informações sobre renda familiar mostram que encontramos 3 mulheres entre as adolescentes cuja renda familiar ultrapassou os 5 salários-mínimos, para apenas uma mulher adulta com este padrão de renda familiar. O restante das mulheres mencionou uma renda familiar entre 2 e 5 salários-mínimos, com exceção de uma mulher adulta, que disse receber menos de um salário-mínimo mensal.

O item sobre estado marital das mulheres mostra que entre as adolescentes encontramos 2 mulheres em união consensual (precipitada pela gravidez) e 5 mulheres solteiras (uma das quais pretendia unir-se brevemente ao companheiro). Entre as sete

⁷ Este termo, segundo Minayo (1994) se aplica a uma condição sociocultural-religiosa na qual o sujeito tem uma série de práticas de devoção ligada aos santos da Igreja Católica, com participação esporádica na liturgia oficial.

mulheres adultas, encontramos 3 casadas, uma separada, uma em união consensual (precipitada pela gravidez), e duas solteiras (uma das quais disse pretender unir-se ao companheiro no decorrer da gravidez) .

Em relação às atividades cotidianas, todas as mulheres referiram algum tipo de trabalho doméstico, mas várias também mencionaram outras atividades fora de casa, além do serviço doméstico. Entre as adolescentes, encontramos apenas uma dona-de-casa exclusivamente, pois parou de estudar há vários anos; as outras 6 consideraram-se estudantes, mas 4 pararam de estudar (2 devido à gravidez e as outras 2 por outros motivos). Já entre as mulheres adultas, encontramos uma mulher que além de estudar trabalhava esporadicamente como cabeleireira (deixou a escola e referiu trabalhar pouco devido à gravidez). Outra mulher disse trabalhar como empregada doméstica. As 4 mulheres restantes disseram ser donas-de-casa (uma destas deixou o trabalho de secretária devido à gravidez).

Das 14 mulheres investigadas, 13 disseram depender economicamente de outrem e apenas uma referiu sustentar-se com seu salário (a empregada doméstica). A pessoa da qual essas mulheres referiram depender economicamente, variou entre as adolescentes e as adultas. Nas adolescentes, apenas uma disse depender do companheiro, enquanto as demais referiram dependência de algum familiar de sua convivência (geralmente os pais). Entre as mulheres adultas, predominou a dependência econômica do companheiro (5 mulheres), outra referiu dependência temporária de seus familiares (em breve iria sustentar-se ao companheiro, passando a depender dele) e a última mencionou depender exclusivamente de seu salário (empregada doméstica).

Consideramos as informações mencionadas como importantes para situar-nos em relação a alguns aspectos do contexto de vida das mulheres investigadas. Logo a

seguir, discorreremos sobre a experiência da gravidez não planejada a partir da leitura realizada sobre o discurso das mulheres.

6.1.2- A experiência da gravidez vivida

A gravidez é um fenômeno complexo, que articula experiências e modificações de esferas biológicas, relacionais, emocionais, simbólicas, sociais, culturais e espirituais tanto nas mulheres, quanto nos seus companheiros e nas pessoas significativas de ambos. Apesar da gravidez ser considerada uma experiência singularmente feminina, a possibilidade de gerar uma nova vida extrapola a própria mulher, por envolver todo um contexto relacional significativo com reflexões referentes à vida, à concepção e à morte.

Neste estudo, a *gravidez não planejada* demarcou um atributo inicial que deu certa uniformidade à experiência da gravidez, mas que não excluiu a vivência singular de cada mulher investigada. Assim, se por um lado pudemos observar aspectos recorrentes entre as mulheres estudadas, referentes a reações, experiências, valores e concepções, por outro, encontramos também diferenças que não foram passíveis de nenhuma tipificação.

A articulação entre a recorrência e a diversidade presente nos discursos possibilitou a confrontação entre a leitura teórica adotada e a realidade encontrada. Desta forma a sistematização dos achados realizou-se através da classificação dos discursos, sem desconsiderar as limitações com as quais nos deparamos ante qualquer classificação. Neste sentido, a leitura aqui proposta sobre gravidez não planejada é apenas uma das leituras possíveis e circunscritas, pois a realidade apresenta aspectos

muito mais desconhecidos do que tangíveis. Entretanto, fazer ciência é também deparar-nos com nossa própria perplexidade ante o desconhecido.

Identificamos aspectos importantes na vivência da gravidez das mulheres investigadas relacionados: à *descoberta da gravidez*, às *reações da mulher*, *reações companheiros e familiares*, à *trajetória* descerrada até a decisão de manutenção da gravidez, aos *problemas e expectativas* decorrentes desta situação, às *modificações corporais e emocionais* percebidas, às implicações da gravidez com seus *ganhos e perdas*, e às *fontes de informação* sobre sexualidade e contracepção das mulheres. Estas questões, abordadas a seguir de forma mais descritiva que interpretativa, ajudam a complementar o conhecimento do contexto de vida das mulheres.

A *descoberta de uma gravidez* não planejada engloba aspectos psicossociais a partir dos quais podemos estabelecer características comuns manifestadas pelas mulheres, tais como: surpresa, apreensão, susto, tristeza, insegurança, conflito. Relatos como os que vemos abaixo ilustram estes sentimentos:

"Eu fiquei... quando eu cheguei, quando eu vi que eu tava grávida eu fiquei triste. Porque mais um, já tenho duas. Criança dá muito trabalho." (S., 29 anos)

"Fiz o exame...esperei...esperei, né? Quando eu recebi... Ave Maria! Quando eu abri o envelope que eu vi aquele positivo, menina! Quase caí louca, quase que eu enlouqueço! (...) entrei em desespero..." "Eu não sei que que eu vô fazer agora..." (...)" (D., 18 anos)

"Foi como uma bomba ! (...) Eu fiquei um pouco assustada, né? Porque eu não tava esperando... Mas aí depois eu tive que me conformar." (G., 21 anos)

À sinalização da possibilidade de estar grávida, independentemente de qualquer especificidade pessoal, as mulheres expressaram certas similaridades. E apesar de todas as dimensões envolvidas, a suspeita da gravidez foi marcadamente biológica. A suspensão da menstruação como sintoma isolado ou simultâneo a enjoos ou a aumento

de peso, apareceu no discurso de praticamente todas as mulheres, conforme vemos abaixo:

"(...)sempre vinha certinho (menstruação), aí quando faltou, pronto! Eu disse assim: 'Ah, meu Deus! Pronto! Eu vou fazer o exame, agora que seja o que Deus quiser!'" (D., 18 anos)

"Aí eu, a minha menstruação atrasou, antes de completar um mês mesmo, pra dizer que eu tava grávida, eu já tava sentindo mal, enjôo. Aí eu digo: 'Pronto, eu já tô grávida.'" (S., 29 anos)

O processo de descoberta da gravidez envolve todo o âmbito das relações pessoais próximas das mulheres, onde as reações de pessoas mais significativas desencadearam sentimentos, atitudes, práticas e possibilidades que ajudaram na construção de uma trajetória que foi da descoberta até a decisão de manter ou não a gravidez. Neste sentido, a observação de como se deu a participação de companheiros, familiares e amigos influenciando esta trajetória, permitiu-nos demarcar um aspecto psicossocial relevante, referente à existência de uma união estável de convivência mútua ou de casamento com o companheiro, o que é corroborado pela literatura (BOONGARTS & BRUCE, 1995; SAVONIUS et al, 1995).

A presença ou não de tal tipo de união sugeriu-nos claramente diferenças no processo de aceitação da gravidez, sobretudo por parte dos familiares. A expectativa de ocorrência da gravidez em um espaço socialmente normatizado como o casamento ou uma união estável de convivência denota a relevância de aspectos presentes na racionalidade teocêntrica, vinculando sexo, reprodução e casamento entre si. Quando o exercício da sexualidade (sobretudo a feminina) transgride este espaço normatizador (DESSER, 1993), pode surgir um conflito expressado por culpa, vergonha, erro, como podemos observar abaixo:

"Menina, eu tenho vergonha, tô muito envergonhada, Deus me livre. Eu sai de lá (casa de familiares) sem nenhum menino nos

braço, pra chegá é com nenhum menino nos braço...” (F., 28 anos)

“Foi um erro, é porque...muito nova, né? Foi um descuido, memo...(...) Que... de agora em diante, só vou poder...corrigir, né?... Não pretendia abortar, não.” (A., 16 anos)

O medo e a insegurança presente na maioria das mulheres solteiras deste estudo, sobretudo as adolescentes, contrastaram com certa tranquilidade das mulheres unidas ou casadas ao tornar pública sua situação. Assumir a gravidez realmente como principal protagonista da história é desconfortável, pelo embate entre valores sociais internalizados e valores pessoais divergentes e mais recentes na história de vida. Casos como o do relato abaixo demonstram que o confronto pode ser deslocado de uma esfera que envolve a família para outra, onde o peso se concentra na decisão pessoal da mulher. Se, por um lado observamos a crítica de valores familiares referentes à sexualidade feminina, considerados conservadores no plano do discurso, por outro, evidenciamos o confronto destes valores através de práticas contraditórias. A opção de dar a criança em adoção como alternativa de resguardo da própria imagem ante a família ilustra este conflito:

“É, porque tem muitos deles que pensam que eu ainda sou é moça, a maioria pensa..(...)Pra eles é absurdo. Pois daquele pessoal que quer que se case à força.(...) Talvez a reação deles não fosse muito boa não. É por isso que eu prefiro... dar este e nunca dizer, né? Que tive.” (F., 28 anos)

Outras expressões do controle exercido sobre a sexualidade da filha mulher pareceram na vinculação subliminar entre o resguardo da virgindade para ter acesso a um futuro melhor e a pressão pelo casamento, forçado pela gravidez, por configurar-se como o espaço adequado de manifestação da sexualidade feminina. A sujeição das mulheres às pressões exercidas pelos familiares nem sempre ocorreu, como observamos seguir:

“Não deixava (a mãe) eu sair mais ele (o namorado) pra canto nenhum... Agora, controlar ela me controlava muito, demais. Ela (a mãe) até me dizia que eu era o cheque dela... Sei lá...ela disse que eu podia ter um futuro melhor, depende de mim...(...) Que ela diz que hoje em dia o futuro é através do dinheiro e eu digo que não, é através do amor, né?” (L., 13 anos)

“Ele (o pai) ... queria pegar, queria que... casasse à força, sabe? Ai já tinha terminado (o namoro), ai ia ficar chato, né? ... Casar à força...Ai nem a minha mãe não concordava, nem... a mãe dele (namorado), né?” (A., 16 anos)

“Porque, como minha tia me disse, que não era pra mim ter agora, né? Só era pra mim ter quando eu tivesse casada. E eu disse a ela que não ia me casar, e pronto!” (E., 16 anos)

Apesar da gravidez ser somente uma das manifestações possíveis do exercício da sexualidade, o crescimento da barriga é a mais evidente demonstração da atividade sexual em uma mulher (DESSER, 1993). Assumir a gravidez solteira e estar preparada para tolerar as reações mais variadas e imprevisíveis dos familiares é um fato assustador para muitas mulheres. Geralmente, a decisão de manutenção da gravidez é tomada a partir de um conjunto de argumentações que têm influências da família, do companheiro, da própria mulher, das condições de vida, das convicções religiosas, dos medos e crenças sobre a interrupção da gravidez, dos riscos à saúde física, enfim, de questões que perpassam diversas dimensões da realidade.

O processo que vai da rejeição até a aceitação de uma gravidez por parte dos familiares, apresenta diferentes matizes, desde a aceitação incondicional, até o desejo de abortamento, coexistindo inclusive opiniões variadas e contrastantes em torno de uma mesma mulher. Logo abaixo mostramos algumas dessas possibilidades:

“Da minha mãe ela aceitou bem. Ela era louca pelum neto. Agora o pai dele queria que eu abortasse. Pai dele era louco...Eu, Ave Maria! (...) queria até comprar um remédio pra mim abortá.” (G., 21 anos)

"(...) ... ela(mãe) disse que não sabia se ficava triste ou alegre, porque ela também teve um irmão com minha idade , aí ela não ficou assim, tal..." (L., 13 anos)

" (...) eu fiquei com medo no começo, mas depois a mãe conversou comigo... Falou que eu tinha que ter muita responsabilidade, que eu tinha que amar essa criança de agora, não depois que nascesse, tinha que amar agora. Pronto, até hoje. Um tratamento até bem carinhoso." (U., 16 anos)

As reações dos maridos , companheiros e namorados também demonstraram que a ambivalência sobre a gravidez não é um processo exclusivo da mulher. A aceitação tranqüila dos homens adultos casados ou em união estável divergiu da reação observada nos companheiros da maioria das adolescentes, com poucos meses de namoro, que variou da rejeição passageira até as tentativas de agressão física:

"Recebeu bem, porque ele gosta muito de criança, ele." (S., 29 anos, casada)

"(...)Dende o primeiro (filho) ele (marido) ...ele não fala nada , pra ele quando eu engravidado, ele não diz nada." (O., 33 anos, casada)

"Aí ele...no começo ele não aceitou muito bem. Acho que até memo... por medo, né? Mas depois ele é a pessoa que mais quer esse filho, é ele." (Y., 18 anos, juntou-se após a gravidez)

"Quando eu falei pra ele.... aí... ficou assim, né? Chegou a dizer que não era dele, porque a gente já tinha terminado, sabe? (...)Fiquei... chateada, né? Porque... ele foi o primeiro cara e tudo...Aí ...eu me senti muito magoada, também." (A., 16 anos, solteira)

"Eu nem esperava, mas eu sofri demais nesta gravidez, e ele me desprezando... me desprezando , era direto me desprezando, ele queria que eu abortasse, eu : "Não!" (D., 18 anos, solteira)

"(...) uma vez ele tinha dito pra mim que..., que eu ainda ia me arrepende ainda, por causa desse menino. Aí ele disse..., ficou pedindo pra eu tirar o menino, eu disse que não ia tirar. Aí, bem pouquinho dia houve isso. Quiseram me furar, lá. Por lá, por lá, pelo caminho."(R., 16 anos, solteira)

A rejeição masculina provocou diversas reações nas mulheres, da mágoa e insegurança até a ameaça judicial como a tentativa de forçar a co-responsabilidade pela concepção:

“Falei isso pra ele (namorado), falei ...também, e falaria de novo, se fosse preciso, se ele não quiser assumir eu vou... eu colocaria ele na justiça. ” (D., 18 anos)

Por outro lado, a aceitação imediata da paternidade também apareceu entre as adolescentes com recorrência bem menor:

“Quando ele soube, tá entendendo? Ele me deu a maior força . Ele disse que assumia, tá entendendo? Apesar da gente não tá se encontrando constantemente, no tempo que eu engravidei dele...(...) Aí ele pegou me disse que ia dá as coisa pro menino. Disse que da parte dele não ia faltar , não.” (E., 16 anos, solteira)

A maioria das mulheres investigadas demonstrou expectativas de que o homem assumisse a paternidade. No entanto, pudemos observar que, para as mulheres, assumir a paternidade significou sobretudo, exercer o papel de provedor, pelo menos da criança. O reforço destes papéis de gênero, socialmente estabelecidos, demonstra-se no trecho abaixo:

“Porque o meu (marido) bota as coisa direito dentro de casa, nunca deixou eu passar fome....nem, nem meus filho. Eu não vou dizer que ele é marido ruim, que ele não é , não. Marido ruim é aquele que me deixasse passar fome, ele nunca deixou...” (I., 28 anos)

Encontramos também, um fenômeno situado na dimensão psicossocial do processo gravidez, denominado popularmente de “abuso”, “entojo” ou “antojo”. O “abuso” é uma espécie de rejeição a alguma pessoa conhecida, que perdura durante toda a gravidez. A pessoa que se torna objeto do “abuso” pode ser a própria mulher grávida,

“abusada” pelo companheiro; o companheiro, “abusado” pela mulher; ou podem ser pessoas externas à relação do casal. Quando ambos apresentam “abuso”, este dá-se sempre em relação a outras pessoas, externas ao casal. Se apenas um dos dois manifesta este fenômeno, ele pode ser em relação ao companheiro (a) ou também em relação a alguma pessoa externa.

Esta rejeição parece ser utilizada por algumas mulheres para explicar o distanciamento do companheiro ocorrido durante a gravidez:

“É porque no começo, quando nós tava namorando ele tinha um amor muito grande, né? Ai agora ele tá mudando mais, aí o pessoal diz que é o antojo da gravidez.(...) Todo mundo diz, ele tá assim comigo e tudo, diz que é por causa da gravidez, mas também quando eu tirar o bucho ele vai ... se arrastar atrás de mim.” (L., 13 anos)

A transcrição a seguir ilustra o caso de um casal bastante unido no decorrer da gravidez, que manifestou “abuso” de outras pessoas :

“Eu abusei. Abusei uma menina que mora lá com minha mãe...(..) e eu num... agüentava mais ela porque, até porque ela era muito chata. Mas... ele (namorado) eu nunca abusei, ele aqui, acho que ele nunca também me abusou não. Entre nós dois nenhum dos dois abusou. Agora ele abusou... com uma menina daqui da rua, que ele não pode ver ela que ele... Ave Maria. E eu foi uma meninazinha de dentro de casa. (G., 21 anos)

As tentativas de explicação racional para o “abuso” remetem para a esfera psicológica no discurso de algumas mulheres :

“Eu acho que é mais nervosismo de uma situação nova, cê se encontra num... numa situação que você nunca viveu antes. Talvez tenha sido isso, você sente uma mudança muito grande, pode ser isso que contribui.” (Y., 18 anos)

“(..) é uma coisa que a mulher bota na cabeça ou então o homem. Só pode.” (A., 16 anos)

Parece-nos que o “*abuso*” pode representar uma forma de elaboração ou deslocamento da ambivalência, sentimento comum na gravidez, de maneira que emoções individuais passam a ter uma explicação culturalmente compartilhada e aceita. Considerando que fenômenos como a maternidade (BADINTER, 1985) e paternidade muitas vezes apresentam uma naturalização que exige a adaptação passiva a determinados papéis, o deslocamento do conflito, da ambivalência ou até de certa rejeição em relação à gravidez de uma esfera intra-psíquica e individual para outra, do relacionamento interpessoal, poderia ter maior aceitação social. Um processo semelhante de deslocamento da ambivalência é referido por Nations et al (1997) em relação aos eufemismos presentes no discurso sobre atraso menstrual como forma de não falar diretamente sobre práticas de fundo abortivo, socialmente inaceitáveis.

A decisão pela *manutenção da gravidez* nas mulheres de nosso grupo, teve a ambivalência como característica predominante, sobretudo para 8 das mulheres que chegaram a cogitar o aborto. Mesmo entre 3 mulheres que tentaram abortar mas não conseguiram, a ambivalência esteve presente. Há mulheres que descartaram desde o início a possibilidade de um aborto, mas referiram sentimentos contraditórios em relação ao fato de estarem grávidas, e há mulheres que chegaram a tentar o aborto mas desistiram ante a falta de resultados.

A consideração do aborto como um crime, as convicções religiosas, um maior ou menor apoio familiar ou do companheiro, o medo de punições divinas posteriores através da geração de filhos doentes e o perigo à própria saúde da mulher estiveram presentes, não apenas como justificativa para não tentar o aborto, mas, inclusive, para não utilizar outras técnicas após tentativas malsucedidas. Os relatos abaixo caracterizam o discurso de mulheres que cogitaram ou chegaram a tentar o aborto:

“Eu pensava em abortá. Que eu já tinha ele... Ai dois filho sem pai...Né? Já ficava meio complicado. Mas ele (namorado) disse

que não... Daí ainda fiquei com as minhas dívidas. Pensando.”(N., 28 anos)

“Mas ele (feio) não quis sair com as besteiras que eu andei tomando. Só não tomei assim remédio velho, aquele tal de Citotrec, Deus me livre, eu num tomei não, que eu tinha medo. Só não tomei, por causa do medo, mas se não eu tinha tomado ele. Eu tinha medo de dar hemorragia .” (R., 16 anos)

“Nenhum deles eu não cheguei a tomar remédio, não. Que não adianta a gente tomar porque nasce doente, né? Que às vezes nasce aleijado, né? (...)Porque... às vezes eu tô, assim... em hospital, hospitalo os meus, aí eu vejo...as crianças doentes, eu pergunto pras mães, elas assim: ‘Foi o remédio que eu tomei.’ (...)” (L., 28 anos)

“(...)...Aí eu tinha medo de chegar pra minha mãe e dizer. Aí..., nessas horas eu pensava. Em abortar, assim, né?” (A., 16 anos)

Entre as mulheres que tentaram abortar, apenas uma utilizou medicamento de farmácia (pílulas), as outras duas utilizaram chás de ervas. O medo de danos à própria saúde física foi preponderante sobre outros aspectos como fator desmotivador do uso de outras alternativas. Entretanto, a combinação de diversos elementos, incluindo convicções pessoais, também apareceu:

“... Não, era remédio memo caseiro.(...) Não desceu de jeito nenhum. (...) Aí ficou naquela coisa assim: ‘Então menstruada não tô’, mas ficou esse toma, não toma. Aí achava que era muito perigoso aí eu peguei e desisti. Né? Achei melhor mesmo é... ter e dar do que ... tomá..., pra abortá, né? Porque ... é crime e tudo.” (F., 28 anos)

A convicção pessoal ou religiosa contra o aborto foi recorrente nas mulheres que sequer pensaram nesta possibilidade, com afirmações sobre o direito à vida e à consideração do aborto como um crime como as principais justificativas para seu posicionamento prático sobre esta questão:

“(...)na minha religião não permite a gente toma remédio pra buta no mato.” (S., 29 anos)

*“Porque eu acho que **ninguém tem direito de tirar a vida de ninguém**, não. Se eu tive o direito à minha, se uma pessoa teve direito ao seu ...todo mundo...acho que todo mundo tem direito...” (Y., 18 anos)*

*“Eu sempre fui contra. **Sempre fui contra o aborto...** Nunca...Deus me livre se isso acontecer. Eu não tenho coragem de fazer. De abortar. (...)” (G., 21 anos)*

*“Minha opinião é que... **é um crime, né? É horrível, eu já li até um livro, é horrível o livro. O livro é..., não é contano a parte da mulher é contano a parte dele (feto), porque minha mãe que pega nos espírito, né?. É legal que só o livro contano a parte que a criança sofre... consequência, né? Sofre muito, e depois quem paga é a mulher.**” (U., 16 anos)*

No que se refere às expectativas sobre a evolução da gravidez, pudemos distinguir diferenças entre as mulheres que já passaram por essa experiência daquelas que estavam passando pela primeira vez. Na fala das mulheres que já tiveram outras gestações, a dimensão natural foi predominante, principalmente através da valorização dos sintomas comuns da gravidez ou de problemas de saúde piorados com esta. A experiência anterior de gravidez pareceu ter grande influência nas expectativas sobre o desenvolvimento da gravidez em curso, como vemos a seguir:

*“É porque **eu sou uma pessoa muito doente. Não vou dizer que eu gozo e tal na gravidez, que eu não gozo, de saúde. Toda vez que eu vou pra maternidade, provocando direto... o outro filho era provocando também(...).**” (I., 28 anos)*

*“É, **eu não tô me sentindo muito bem, né?(...) Ai por isso que eu digo que essa gravidez minha tá toda complicada. Já agora já deu açúcar no sangue... Toda, aliás todas as gravidez minha é complicada.(...) Ai eu... eu só me sinto feliz só depois que eu tiro o nenen da minha barriga, ai pronto, eu fico aliviada, mas enquanto tá eu fico preocupada direto.**” (S., 29 anos)*

As diferentes dimensões da gravidez interagem entre si formando combinações peculiares a cada mulher. Limitações físicas podem significar, para algumas mulheres, limitações sociais. Apesar da relação entre gravidez e maternidade (naqueles casos que

não se tratam de adoção), estes fenômenos são distintos entre si, inclusive na experiência das mulheres. A experiência e valorização de aspectos negativos da gravidez podem coexistir com a importância emocional atribuída à maternidade, pois ambos são fenômenos que inter-relacionados, mas não confundíveis entre si :

“Eu num, eu num me sinto muito bem quando eu tô grávida, não ... eu gosto muito de sair, trabalhá, fazer alguma coisa, né? E isso incomoda muito, né? Você... tá grávida, você não pode fazer tudo que você faz...ia. Amo demais minhas filha. É tudo que eu tenho na minha vida, mas...eu grávida não me sinto bem não.” (C., 25 anos)

Entre as adolescentes, a descoberta de um novo corpo foi o aspecto da dimensão biológica mais relevante, gerando uma diversidade de sentimentos como: satisfação, surpresa, vergonha. A mudança física em si e o reforço das características sexuais femininas pareceram ser mais percebidos, ou pelo menos, mais valorizados, neste grupo etário, como observamos a seguir :

“Depois que eu engravidei, meu corpo tá desenvolvendo, que eu tinha um...um corpo de menina, né? Ai então tá começando a desenvolver agora.” (L., 13 anos)

“Mudou tudo. Cresceu tudo, agora num posso nem, quase me alevantar, né? Porque a diferença, primeiro, Ave Maria, só vivia pulano, sentano, aí quando eu vou sentar, às vezes se alevantar, já sinto a diferença... Minhas roupas também não cabe nenhuma mais... (...) Eu acho lindo.” (U., 16 anos)

“Bom ... eu notei meus seios, tão crescidos... o mamilo também ficou muito diferente, muito escuro..., engordei, minha barriga tá... tá assim pouco grande. (...) às vezes eu penso assim, às vezes eu não quero ir a praia..., tenho muita vergonha de ir a praia, até porque apareceu muitas coisas, muitas manchinhas, muitas manchas assim...” (Y., 18 anos)

As mudanças emocionais e relacionais, inseridas na dimensão psicossocial da realidade, também aparecem com recorrência entre as adolescentes. As mudanças de projetos de vida, a convivência conjugal precipitada pela gravidez, a aquisição de maior

autonomia com o menor controle dos pais, a parada nos estudos, o abandono do companheiro, o amadurecimento e o vínculo com o bebê foram aspectos preponderantes neste grupo etário. Eis alguns aspectos a destacar:

“(...)Cresci um pouquinho, amadureci mais, porque eu não pensava, não. Eu tinha a cabeça dura! Eu fazia tudo. Desse jeito, o que eu percebi mudança em mim...foi isso.(...)” (D., 18 anos)

“Tô sentindo muito melhor porque antes , antes de eu engravidar, minha mãe ela tinha muita raiva , não sei o que era que ela tinha, e hoje em dia ela me apóia muito. (...)... porque ela (mãe) me empatava de poder fazer muita coisa, né? Não deixava (antes de engravidar) eu sair mais ele (namorado) pra canto nenhum...(...)” (L., 13 anos)

“Porque principalmente o que eu sinto essa criança sente também. Se eu me sentir mal essa criança vai se sentir mal.” (D, 18 anos)

Entre as mulheres adultas, observamos que apenas duas decidiram passar a conviver com os companheiros em função da gravidez, sendo que uma delas deixou também seu emprego. Esta mulher apresentou uma situação emblemática: mãe solteira de um menino de 9 anos, engravidou de um desconhecido após a primeira relação sexual com ele, que assumiu a paternidade e o relacionamento com a mulher. A convivência conjugal precipitada pela gravidez e pela necessidade de sobrevivência econômica da mulher, mais que por outros aspectos emocionais, ficou clara neste caso, onde vemos reforçada a importância do homem como provedor:

“Eu fiquei com ele sem querer, ele sem simpatizá. Fiquei pa ficá. Então achei que eu morando com esse home...la ser melhor. Até agora não me arrependi. Ele num deixa faltá nada...” (N., 28 anos)

A contradição entre o silêncio vigente na discussão de questões sexuais na família e a responsabilização da mulher pelo cuidado e repasse de informações à filha pode expressar conflitos, onde os papéis de gênero são reforçados. A culpabilização da

mãe por parte do pai, em decorrência da gravidez da filha adolescente, manifestou-se no seguinte caso:

“Que assim, ele (pai) não me diz nada pra mim, não, sabe? Mas ele fala mais pra minha mãe. (...) Ele culpou ela, ele disse que era culpa dela e tudo... (...) é porque ele... ficou procurando...um culpado, sei lá.”(A., 16 anos)

Considerando o silêncio que permeia temas proibidos dos quais a sexualidade faz parte, as fontes de informações das adolescentes sobre sexualidade e contracepção raramente são as suas próprias mães. A comunicação intra-familiar sobre sexo e temas correlatos é tangencial e vaga, como corrobora Desser (1993). A inibição tanto de pais, quanto de filhas para falar sobre sexo, explicita estratégias de comunicação onde predomina o silêncio ou o aconselhamento vago, como podemos ver a seguir:

“Ah, eu tinha vergonha ... Por exemplo, eu conversava muito com a minha mãe, mas nada sobre esse assunto. A gente nunca chegava pra conversar sobre esse assunto.” (Y., 18 anos)

“Elas (tias) conversavam muito comigo...assim, né? ‘Ah, não vai fazer coisa errada. Não use droga...não...não...Deixe você casar primeiro pra você ter filho...’ E eu: ‘É. Eu vou pensar nisso pra mim.’ Só que... não foi bem... desse jeito, né? (...)” (E., 16 anos)

“Eu nunca tive intimidade com ela (mãe) sobre isso, não. Eu tinha mais intimidade de falar com amigo que pra ela.” (L., 13 anos)

“Eu tinha informação mas não era muita. Pessoalmente minha limitação em casa, minha vó não falava m...muitas coisas comigo, não comentava coisas, né?” (D., 18 anos)

Outras fontes de informação sobre sexualidade e contracepção mencionadas incluem amigas, importantes não apenas para as adolescentes, mas também para as adultas; as revistas e os meios de comunicação; e a escola. As informações obtidas nas escolas não pareceram atrair a atenção ou atingir as adolescentes:

“A minha professora sempre falava pra a gente (sobre sexo), eu ainda não tava grávida. Quando ela começou a ensinar, aí ela tava explicando pra gente, como era essas coisas, mas a gente, não prestava atenção, ficava conversando, fazendo barulho.”
(R., 16 anos)

“Mas na escola tinha alguma, algumas informações. (...) Mas eu não conhecia bem, não.” (D., 18 anos)

Estas colocações trazem-nos a reflexão sobre as possíveis limitações das abordagens educativas utilizadas nas escolas, que entre outros motivos, não conseguem penetrar no imaginário adolescente por desconhecê-lo. O conhecimento e utilização dos anticoncepcionais nesta faixa etária, passa por questões ligadas a: variáveis motivacionais e de personalidade, variáveis biológicas, variáveis cognitivas, relações familiares e comunicação entre parceiros. A consideração desta gama de aspectos poderá contribuir para a implementação de estratégias para uma educação sexual mais realista (BORUCHOVITCH, 1992).

6.1.3- O conhecimento dos anticoncepcionais e a experiência de utilização dos mesmos:

Como apontamos no início deste trabalho, o conhecimento da existência de métodos anticoncepcionais não é necessariamente correspondente ao conhecimento do uso correto dos mesmos. Para possibilitar a investigação destas informações, subdividimos o conhecimento referido pelas mulheres sobre métodos anticoncepcionais modernos em três questões ⁸ : a) quais as formas de evitar gravidez conhecidas pela mulher (referidos por menção espontânea) ; b) de quais destas formas mencionadas ela poderia descrever o uso (permitindo indagar se havia conhecimento do uso correto ou não do método anticoncepcional); c) quais destas formas mencionadas ela já

⁸ Estas questões foram uma adaptação das sugeridas por pesquisadores que, segundo Robey et al (1996), estabeleceram um “índice de conhecimento” de métodos anticoncepcionais. apresentado no capítulo sobre o contexto teórico deste trabalho.

experimentou. Todos os métodos referidos por cada mulher no transcorrer da entrevista foram considerados para a constituição do mapeamento realizado.

O **Quadro 2** sintetiza as respostas encontradas durante as entrevistas sobre o conhecimento da existência e do uso correto dos métodos anticoncepcionais. Do total de informantes, houve apenas uma mulher que referiu incorretamente a forma de utilizar o anticoncepcional oral, mas esta sabia descrever a utilização correta do condom.

Quadro 2– Conhecimento e utilização de métodos anticoncepcionais (MAC) pelas mulheres investigadas (menção espontânea durante a entrevista). Fortaleza, 1999.

Informante (idade/anos)	ACO ¹	Condom	Injeção	DIU	Tabela	Esper- maticida	Coito Interr.	LT ²	Vasec- tomia
L., 13	C+S	C+S	C	n	n	n	n	n	n
R., 16	C+S*	C*	n	n	n	n	n	n	n
A., 16	C	C+S*	n	n	n	n	n	n	n
E., 15	C+S	C+S*	n	n	n	n	n	n	n
U., 16	C+S*	C	n	n	n	n	n	n	n
D., 18	C+S*	C*	C	C+S	n	n	n	n	n
Y., 18	C	C+S*	n	C	n	n	n	n	n
G., 21	C	C+S	C	n	n	n	n	n	n
C., 25	C+S*	n	C+S*	C+S	n	C	n	n	n
F., 28	C	C+*	n	C	C	n	n	n	n
N., 28	C+S*	C	n	n	n	n	n	n	n
I., 28	C+S*	n	C+S*	n	n	n	n	C	n
S., 29	C+S*	C	C+S*	n	n	n	n	C	n
O., 33	C+S*	C	C	n	C	n	C	n	C

Fonte: Pesquisa.

Nota: C= conhece a existência do MAC; S= sabe descrever o uso correto do MAC ; n= MAC não mencionado ou desconhecido

* = experimentou o uso do MAC

¹ ACO=Anticoncepcional Oral; ²LT=Laquadura de trompas

Neste quadro constam apenas métodos anticoncepcionais (modernos ou tradicionais) mencionados pelas mulheres investigadas. Alguns métodos como o diafragma, o controle do muco cervical e o método sintotérmico não foram mencionados por nenhuma mulher e, portanto, não fazem parte do quadro.

É interessante observar que não saber como usar um método anticoncepcional não é um fator impeditivo do seu uso real, sobretudo no que se refere ao condom (ver R., 16 anos e D., 18 anos). O fato do condom ser de uso masculino parece que, de certa forma, isenta a mulher da responsabilidade de conhecer seu uso correto. Isto sugere uma reprodução às avessas da “irresponsabilidade” atribuída aos homens quando o método é de uso da mulher, o que também se inscreve nas relações de gênero.

Outra observação a ser destacada do quadro acima, aponta para uma concentração do conhecimento da existência e do uso de métodos como a pílula

anticoncepcional e o condom. A predominância desses métodos entre a população é referendada pelas tabelas 3, 4 e 6, apresentadas no contexto teórico deste trabalho. Vale ressaltar as poucas menções à laqueadura de trompas, que é o método mais utilizado no Brasil.

Outra questão que cabe destacar na discussão sobre o conhecimento da utilização adequada dos anticoncepcionais, é que este tipo de questão é válida para métodos que dependem mais da intervenção da própria mulher do que do médico. O conhecimento prático dos métodos que exigem uma intervenção médica mais direta, como o DIU e as esterilizações feminina e masculina, deve ser averiguado a partir das percepções relacionadas aos efeitos colaterais de tais métodos (ROBEY et al, 1996).

Em nossa amostragem, encontramos que a experiência de uso das mulheres com anticoncepcionais limitou-se aos métodos hormonais ou ao condom, conforme vemos no **quadro 3**. O período de uso e o tempo transcorrido desde a última vez que o método foi utilizado está caracterizado abaixo.

Quadro 3- Distribuição das mulheres a partir dos métodos anticoncepcionais experimentados, do período de tempo e da persistência no uso. Fortaleza, 1999.

Informante	Idade (anos)	MAC's experimentados	Período e persistência do uso
L.	13	Condom	Recente ¹ , eventual ²
R.	16	Tabela ACO Condom	Recente, uso incorreto Passado ³ , mais de 6 meses contínuos Recente, eventual
A.	16	Condom	Recente, eventual
D.	16	ACO Condom	Passada, por 1 mês Recente, eventual
U.	16	ACO Condom	Recente, por menos de 3 meses Recente, eventual
E.	18	Condom	Passado, eventual
Y.	18	Condom	Recente, eventual
G.	21	Condom	Recente, eventual
C.	25	ACO Injeção Condom	Recente, por mais de 4 anos Passado, por mais de 2 anos Recente, eventual
F.	28	Condom	Passado e recente, eventual
N.	28	ACO Condom	Passado, por menos de 6 meses Recente, eventual
I.	28	ACO Injeção	Passado, por mais de 3 anos Passado e recente, por mais de 4 anos
S.	29	ACO Injeção	Passado, por mais de 2 anos Passada e recente, por mais de 3 anos
O.	33	Tabela ACO	Passado, menos de 3 meses Passado e recente, por mais de 5 anos

Fonte: Pesquisa.

Notas: ¹Recente = uso igual ou menor que um ano; ²Eventual = uso irregular; ³Passado = uso há mais de um ano.

Podemos observar que há uma diferença entre as adolescentes e as mulheres adultas, destacando-se nas primeiras o uso do condom de forma recente, enquanto os métodos hormonais e o maior tempo de uso predominaram nas segundas. Notamos também que, na fala sobre os métodos anticoncepcionais, as mulheres costumaram remeter-se à sua experiência pessoal com os mesmos, avaliando seu desempenho e resultados práticos:

“Tem injeção, né? Tem camisinha pra ele usar... É só o que eu....Só conheço esses outros meio..... Ai tem esse negócio de tabela também,né? mas tabela eu não faço mais não que não adianta .” (O, 33 anos)

Apesar de existirem várias alternativas anticoncepcionais, sobretudo femininas, parece que as repercussões negativas de um método sobre a saúde feminina provocam uma certa exaustão e descrença na existência de métodos eficazes e inócuos à saúde da mulher, levando a certo desinteresse em buscar outras alternativas. Conforme Said & Leite (1987) e Nunes (1994), isto pode representar um forte motivador para a laqueadura de trompas, amplamente utilizada entre as mulheres dos estratos populares.

A trajetória anticonceptiva destas mulheres demonstra que a experiência de pessoas de suas relações pessoais com os métodos anticoncepcionais foi mais relevante do que a orientação recebida pelos profissionais de saúde. Portanto, para considerar questões como a confiança em um método anticoncepcional, as mulheres valorizaram mais as informações oriundas de sua experiência pessoal e da experiência de pessoas familiares e amigas, do que informações técnicas geralmente despidas de aspectos vivenciais e afetivos.

O conhecimento da experiência das mulheres com os anticoncepcionais é fundamental para tentar responder a questões relacionadas com a ocorrência de uma gravidez não planejada. Outros aspectos que contribuem com as questões aqui esboçadas são abordados e aprofundados a seguir.

6. 2- GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA: UM FENÔMENO MULTIDIMENSIONAL

A multidimensionalidade encontrada no fenômeno da gravidez não planejada baseada no modelo de Ngokwey (1988) é uma característica que apresentou-se de diversas formas no discurso das mulheres. A organização dos temas a partir de diferentes dimensões da realidade levou-nos à constatação de uma sobreposição de dimensões, pela impossibilidade de circunscrição de alguns temas e categorias a apenas uma dimensão. Atribuímos esta sobreposição à complexidade inerente à questão da qual tratamos, optando, assim, por estabelecer categorias e temas situados em “zonas limite” ou transições entre dimensões, de forma a não reduzir os fenômenos apenas pela nossa necessidade de sistematização.

As respostas encontradas para as questões de nossa investigação partiram da experiência da gravidez atual, mas não se limitaram a esta, tratando de contextualizar as construções simbólicas destas mulheres dentro de experiências, práticas, atitudes e vivências inseridas em aspectos relevantes de sua história reprodutiva. Neste sentido, o relato de cada mulher representou um eixo ou fio narrativo a partir do qual construímos as principais interpretações deste trabalho.

6.2.1- *Porque as mulheres engravidam?*

Retomando os desdobramentos de nossa questão inicial, abordaremos neste tópico “*o que pode influenciar para que uma mulher engravide*”, que engloba a outras questões: “*o que faz com que uma mulher não se cuide, ou evite a gravidez*” e “*o que as mulheres deste estudo acham da possibilidade de controle pleno da fertilidade*”. As

especificidades e as recorrências apresentaram semelhanças e variações que continuamos pontuando através da distinção entre as mulheres adultas e as adolescentes.

Na **dimensão natural** ou biológica os temas encontrados nas mulheres adultas se aproximaram daqueles encontrados entre as adolescentes. Entre os temas específicos a esta dimensão, temos: a **necessidade de contato sexual com homem**, as **concepções sobre** e as **concepções sobre o período fértil**. As **concepções de fertilidade** e as **concepções sobre métodos anticoncepcionais** são temas situados na transição entre dimensões natural e psicossocial da realidade.

Conforme vimos no contexto teórico deste trabalho, a descoberta da participação masculina na reprodução é muito antiga, o que segundo Harding (1995) propiciou a passagem do culto religioso de divindades femininas para divindades masculinas, podendo ter influenciado, inclusive, o surgimento do patriarcado. Este tema foi apresentado com mais detalhes na discussão sobre a fertilidade na racionalidade cosmocêntrica. Nesta investigação as mulheres claramente referiram a **necessidade de haver relações sexuais entre um homem e uma mulher** para que ocorresse uma gravidez, como vemos nos discursos abaixo:

“ (...) É porque se a gente não tivesse relações sexuais com um homem, a gente não tinha filho, né? É por isso que eu digo, o homem tem o lado dele... da gente engravidar. ” (S., 29 anos)

“Não, porque a mulher só pega ...bucha se tem relação, né? Ai, se não tem antes, não pega. Então é isso. ” (I., 28 anos)

“Que aí você, pra você ficá grávida depende do homem, né? E... Tem que ter o homem pra você poder ficar grávida. Té o de proveta, né? Tem que...tem que ter o homem, né? Tem que ter...” (C., 25 anos)

Algumas mulheres chegaram a especificar a importância do homem para a ocorrência de gravidez mencionando a liberação de esperma:

“Acho que é quando ele ... Quando ele tá excitado, né? Que solta o esperma.” (A., 16 anos)

“ (...) Aqueles espermatozóiide que eles derramam, vai lá mesmo numa parte...do-do “cólho”, né?...que engravida.” (F., 28 anos)

O asseio feminino após as relações sexuais evitando a passagem do esperma também expressou a importância deste para a ocorrência da gravidez:

“Antes ela (...) passou dois anos sem tomá comprimido e sem a pessoa usá camisinha. Mas ela (amiga) falava que sempre quando transava, primeira coisa ela corria pro banheiro. Se asseava. Porque ela diz que era o jeito dela evitá (...). Ela disse: ‘Olhe, pra você evitá , é só você fazer e correr pro banheiro. Que aí se tiver entrado (esperma), ele sai na mesma hora’.” (N., 28 anos)

Também verificamos em uma adolescente a crença na possibilidade de gravidez com a participação masculina, mas sem haver necessariamente a penetração :

“ (...) e quando...a mulher... tá pra ter a relação...e...o...rapaz também tiver, tá entendendo? E pegar assim, nela...aí tem o risco, né? Também. De engravidá. ...encostar, pelo menos encostar, né? Assim.” (E., 16 anos)

O conhecimento do fenômeno da fecundação e a necessidade de células germinativas saudáveis para a ocorrência de gravidez transparece nas seguintes transcrições:

“(...) a pessoa, quando tá na relação, né? Vem o óvulo, e...da parte do homem vem ... o espermatozóiide, né? E daí consegue...é... como é que eu vou dizer... se fecundá, né? Aí nasce o bebê.” (E., 16 anos)

“Tem deles que... (...) Os óvulo dele (o homem) não... não conseguem, né? Engravidá.” (C., 25 anos)

As transcrições acima ilustram a noção processual demonstrada pelas mulheres , onde as relações sexuais (com ou sem penetração) entre uma mulher e um homem

caracterizariam o primeiro momento de um processo complexo, que segue uma certa seqüência iniciada pelas relações sexuais, seguida da ejaculação masculina, e do processo de fecundação subsequente.

A necessidade da existência de um período fértil feminino também pareceu óbvia para as mulheres, possibilitando a caracterização de **concepções sobre o período fértil** como um tema específico da pesquisa. Quando perguntamos às mulheres investigadas se haveria um tempo mais fácil para uma mulher pegar filhos, elas mencionaram concepções sobre “*período fértil*”, “*meio fértil*” ou “*tempo perigoso*”. Em alguns casos o período fértil foi relacionado com a ovulação:

“(...) É também se você tiver no período fértil. Né? Que você pode ovulá a qualquer hora...Aí você pode pegá.” (C., 25 anos)

A vinculação do período fértil a um “tempo perigoso” pode sugerir uma relação entre “menstruação” e “perigo” ou fase mais perigosa da mulher, oriunda do tabu menstrual, quase universal nas culturas (HARDING, 1995; SARDENBERG, 1994; RANKE-HEINEMANN, 1996). Esta denominação se apresenta no seguinte relato:

*“Sei lá... o meio fértil, sei lá, da mulher . Acho que é.(...) ... eu acho que deve ter sido no **tempo perigoso** e eu não usei nada ...Eu acho que é assim, depois que ela não é mais moça , se ela tá, assim, na... no tempo que é pa ser perigoso...Aí tendo relação é perigoso engravidá.”* (F., 28 anos)

A maior facilidade para engravidar no período fértil aparece claramente nos seguintes trechos:

*“ (...) depois da menstruação da gente, **a gente fica no período fértil**, né? Eu acho que foi esse período... Os outros talvez eu não facilitei, talvez eu não tivesse feito nada, né? Mas esse já foi facilitado, né?(...)”* (C., 25 anos)

“É ... por exemplo... é os período fértil, né? a gente não faz..., né?” (O., 33 anos)

"E se a mulher tiver no período fértil, né? Ai... pode engravidar." (A., 16 anos)

"Eu só ouvi falar mesmo quando ela tá no período fértil, que ela engravida mesmo. Quando não tá, não. É muito difícil. É muito difícil, né?" (E., 16 anos)

A seguir podemos observar transcrições que sugerem dúvidas nas informações sobre o período fértil feminino :

"Dizem que é... antes da menstruação, né?... Quinze dias antes da menstruação. Ou é dez-eu não entendo muito esse período fértil não. Só sei que a gente tem, né? Um antes e um depois." (C., 25 anos)

"(...) Nem eu sabia, assim com... que falavam que menstruavam..., que ... eram dez dias antes , né? Da menstruação e dez dias depois, né?" (A., 16 anos)

"(...) Eu...imaginava assim, porque eu...quando eu tava no meu período fértil que é dez diasapós a menstruação...Acho que é , né?" (Y., 18 anos)

"Eu, eu contava no-nos dias e faltava pra minha menstruação vim, aí quando faltasse uns três dias, quatro dias eu mantinha relação ... com ele. (...) Ah, eu perguntava às minhas amigas, aí elas dizia que... depois de dez dias, esse negócio de antes de dez dias... aí eu ficava decorando, escrevia num papel e ficava fazendo a conta por um papel." (R., 16 anos)

Encontramos também, dúvidas que apontam para a possibilidade de existência de um período fértil masculino, sugerindo certa limitação de informação sobre o funcionamento reprodutivo do corpo masculino . Segundo Silva (1997) uma pesquisa realizada pela *Comissão de Cidadania e Reprodução* em 1995 apontou que 66% das mulheres entrevistadas não sabiam que os homens são férteis todos os dias, confirmando a falta de informação sobre o corpo masculino. As variações de opiniões sobre este assunto, acreditando ou duvidando da ocorrência deste período fértil masculino se ilustram a seguir:

“O homem?...Não sei. O homem eu não te... O homem eu não sei se ele tem período fértil, eu não conheço....Que eu já tive muitas palestra, eu já fui em palestraMas , eu nunca ouvi não. Sabe? Nunca...me lembro, sabe? Que....a pessoa tenha falado sobre período do homem, não...” (C., 25 anos)

“Isso é o que eu não sei (sobre a existência de um período fértil masculino . Eu acho que...tem (período fértil masculino). Sei lá, né? Eu nem sei, mas eu acho que tem.” (F., 28 anos)

“Mulher é que tem os dias certos, né? Mas o homem é todas as vezes, a capacidade do homem engravidar...” (G., 21 anos)

“Pra ele qualquer hora que ele tiver, que ele quiser, ele vai pode fazer um filho. Agora a mulher... pode até ser mais difícil...engravidar, justamente por causa do período fértil.” (Y., 18 anos)

Como pudemos observar, apesar de quase todas as mulheres terem mencionado a existência de um período fértil feminino e algumas até de um período fértil masculino, os relatos sugerem divergências entre as concepções das mulheres e o conhecimento veiculado pela área da saúde . O período fértil foi concebido pelas mulheres de forma cíclica e próxima da menstruação. Entretanto, não encontramos referências a outras alterações corporais específicas do período fértil, tais como a temperatura basal ou o muco cervical .

Observamos os relatos de possibilidade de controle do período fértil, baseados em descrições de tabelas aprendidas com familiares, amigas ou conhecidas. Estas tabelas caracterizaram-se por estabelecer dias férteis fixos para qualquer mulher, o que diverge das orientações encontradas nos textos médicos. Estes apregoam a necessidade de um cálculo específico para conhecer o período fértil de cada mulher através do acompanhamento dos ciclos menstruais por um período de pelo menos 6 meses. A partir do acompanhamento de vários ciclos menstruais, são determinados o ciclo mais longo e mais curto de uma mulher, e é feito o cálculo do período fértil específico. A

utilização deste método demanda certa regularidade nos ciclos menstruais, de maneira a poder utilizá-lo com certa segurança (BENSON et al, 1980; BEREK et al, 1998).

O controle do período fértil também pode ser feito mediante a observação da temperatura basal, que se modifica a partir da ovulação feminina, e do muco cervical, que vai sofrendo alterações à medida que a mulher se aproxima de seu período ovulatório. Estas três formas de controle do período fértil ou a combinação delas possibilitam a realização do método do *ritmo* ou *abstinência periódica* ou a utilização de *métodos de barreira* (diafragma, condom e camisinha feminina) apenas durante o período fértil (JONES & FORREST, 1992; ROCHA et al , 1996: 177-178).

Segundo Jones & Forrest (1992), a abstinência periódica foi o método que apresentou o maior índice de falhas no *'National Survey of Fertility and Growth'* (EUA, 1988). As taxas de falha do método tiveram maior influência de características das usuárias (idade, estado marital e pobreza), do que do método em si , sugerindo que o uso impróprio e irregular pode ser mais importante do que as limitações intrínsecas do mesmo.

As crenças e concepções sobre o período fértil são importantes na determinação das atitudes e práticas das mulheres que realizam o controle de sua fertilidade, podendo interferir diretamente na ocorrência da gravidez não planejada. Kambic & Martin (1988: 221) utilizam o conceito de *"autonomia em planejamento familiar natural"* como a habilidade de uma mulher identificar seus dias férteis sem a necessidade de assistência de um profissional de saúde. Segundo estes autores, uma maior autonomia se relaciona com um melhor controle dos dias férteis. Em outro estudo mais antigo Johnson et al (1978) sugerem que a pouca informação ou desinformação sobre: o ciclo

menstrual , o período de abstinência seguro e a anticoncepção contribuem para a ocorrência de gestações indesejadas.

As dúvidas sobre o período fértil que surgiram entre as mulheres investigadas, sugerem-nos que as concepções populares sobre o período fértil feminino se baseiam , segundo Treichler (apud GUIMARÃES, 1994 : 260), não apenas em uma “*realidade objetiva e cientificamente determinada, mas também sobre o que sabemos desta realidade*” . O conhecimento fragmentado sobre fertilidade e anticoncepção podem ser interpretados superficialmente como “desinformação” das mulheres sobre período fértil, ou podem representar um ganho em significado por expressar como se processa a fragmentação dos conhecimentos e a necessidade de reordená-los à luz das experiências vividas (GUIMARÃES, 1994: 260).

Neste sentido, as concepções de Johnson et al (1978: 855) sobre *conhecimento limitado* e de Kambic & Martin (1988: 221) sobre *autonomia em planejamento familiar natural* se limitam a considerar como conhecimento, apenas as informações biomédicas sobre fertilidade e reprodução, desconsiderando a existência de um conhecimento e uma “*autonomia das culturas populares no que se refere ao modo de significação*” (LEAL, 1994 : 129). Esta mesma autora destaca que :

“a noção de matrizes culturais, como mediações capazes de ressemantizar e reordenar elementos culturais produzidos por outro grupo, é indispensável quando buscamos entender a dissonância entre o discurso médico , ou da mídia em geral, no que se refere às práticas contraceptivas e às classes populares.” (LEAL, 1994: 129)

Assim, apesar da presença e disseminação do discurso médico na população, ele não representa a única possibilidade de explicação de processos como a saúde, a doença, a dor e a reprodução humana. Quando consideramos as construções de concepções populares, os elementos tomados do discurso médico são tornados coerentes

a partir de um referencial globalizador, que envolve uma cosmovisão e um sistema de representações sobre o corpo que norteiam a vida cotidiana. Tal sistema predomina sobre as propostas médicas, que permanecem subalternas no que se refere a questões como a anticoncepção (LEAL, 1994).

Como já mencionamos no contexto teórico desta pesquisa, representações populares que estabelecem uma relação temporal de proximidade ou até contigüidade entre a menstruação e o período fértil foram estudadas por Leal (1994). A explicação por contigüidade ou proximidade entre a fertilidade e a menstruação faz parte de noções de corpo que identificam fertilidade e umidade e fazem um homologia entre sangue e esperma, a partir das quais se baseariam práticas contraceptivas coerentes com a lógica explicativa das mulheres e divergentes do período de abstinência postulado pela lógica biomédica. Em nosso trabalho encontramos passagens que remetem a essa proximidade entre menstruação e fertilidade, como vemos a seguir:

“Eu já vi... eles disseram que é depois da menstruação. Que a pessoa , que a pessoa menstruou que fica boa , não sei, parece que é sete dias, até o período de sete dias é o período fértil, entendeu? Que é o período da pessoa pegar.” (S., 29 anos)

“Eu acho que é qualquer dia que ela pode pegar... Não! É assim...é depois de menstruada. Depois de...quatro dias. Acho que é mais fácil. É. Até três...até antes! Porque... a mulher pode pegar até menstruada, né? Assim , com as relações. Até menstruada a mulher pode pegar filho.” (I., 28 anos)

A vinculação simbólica entre “umidade” e “fertilidade” é muito antiga, descrita neste trabalho quando abordamos a fertilidade na racionalidade cosmocêntrica. Harding (1995) cita o caso dos templos das religiões pagãs, situados próximos a vertentes d’água com o intuito de proteger a fertilidade da terra e dos homens. Os próprios pensadores da Antigüidade situavam o período fértil próximo à menstruação, o que pode representar a

permanência de concepções ancestrais sobre o período fértil em diversas épocas históricas.

Sem desconsiderar os aspectos simbólicos levantados por Leal (1994) e Harding (1995) que vinculam umidade e fertilidade feminina, parece-nos que vivenciar uma experiência concreta de concepção próxima à menstruação, pode contribuir para a construção destas representações.

Algumas mulheres relataram um desconcerto inicial ante o fato de ter engravidado próximo à menstruação, mas parece-nos que a elaboração desta experiência, inicialmente inusitada, pode passar pela consideração de que o período fértil esteja situado mais próximo da menstruação do que elas anteriormente supunham. Isto pode acarretar estratégias de prevenção da gravidez que evitam as relações sexuais em períodos distantes à menstruação.

Neste relato a mulher expressou surpresa ante sua experiência de engravidar em um período próximo ao da sua menstruação, por atribuir anteriormente certa distância temporal entre estes dois fenômenos:

“É porque...é...quando... tava assim, com uns três dias que eu tinha ficado boa da menstruação, aí tive relação, engravidei. Tava assim, uns três dias, né, que eu tinha ficado boa!” (F., 28 anos)

A reorganização de conhecimentos anteriores, fundamentados em um certo distanciamento temporal entre o período fértil e a menstruação aparecem logo a seguir, sugerindo que a experiência vivida influenciou a reelaboração de concepções:

“É, acho que é quando tá perto. Quando tá perto de menstruar ou então, quando tá compouco tempo que ficou boa a menstruação. (F., 28 anos)

Como já dissemos, a construção de concepções sobre reprodução e anticoncepção dá-se no âmbito da intersubjetividade, pois a interação pessoal com os

demais exerce influências na elaboração destes conhecimentos (CALDIZ et al. 1994). Assim, experiências concretas como a que relatamos acima, podem repercutir para além da própria protagonista, influenciando a reorganização de conhecimentos e concepções sobre a relação entre período fértil e menstruação em todo um círculo de relações vinculado à mulher.

A medicina não descarta a possibilidade de ocorrência do período fértil próximo à menstruação, fenômeno previsto e passível de explicação pela existência de ciclos menstruais “curtos”. A ocorrência de desregulações menstruais desencadeadas por tensões emocionais também é possível, devido à proximidade anatômica entre as áreas hipotalâmicas que regulam o ciclo menstrual e as emoções (BENSON, 1981).

Entretanto, modificações súbitas do padrão do ciclo menstrual parecem desconcertantes, já que no caso citado acima, a mulher manteve relações sexuais próximas à menstruação, sem cuidados anticoncepcionais durante 9 anos e nunca tinha engravidado. Estas situações reforçam a complexidade e a singularidade inerentes a fenômenos como a gravidez, dos quais percebemos apenas alguns resultados.

Outro tema que encontramos relacionado à dimensão natural, tratou das **concepções sobre fertilidade**, relacionadas à estrutura e função biológica dos órgãos reprodutivos. Os discursos sobre este tema foram suscitados a partir do questionamento do que poderia explicar a impossibilidade de gravidez em determinadas mulheres. Destacamos, inclusive, a interpenetração do discurso biomédico nestas concepções, onde estão presentes noções de esterilidade relacionadas a *problema congênito, problema no ovário, problema no homem, problema hormonal ou glândular, e útero pequeno*, ilustradas pelos trechos abaixo:

“Isso aí eu também não sei explicar bem. Eu acho que é uma coisa que a pessoa tem, um problema que a pessoa tem, já nasceu com esse problema. Mas eu ouvi dizer que tem tratamento e a pessoa faz e consegue ter. Né?” (S., 29 anos)

“Dizem que é um problema, né? No.. no ovário, no útero, não sei... istéria, né? Diz que a mulher é istéria, né? Que... Às vez o problema também tá no homem, né? Que o homem não faz...” (F., 28 anos)

“Eu acho que isso é problema... é eu posso dizer...é hormonal. Na minha opinião é hormonal, só pode ser ou então glan...glândular, alguma coisa . Porque... a mulher tenta, tenta e não consegue, eu acho que isso é do...organismo dela mesmo, né? Algum problema ela tem, algum distúrbio.” (D., 18 anos)

“Não sei, mum... eu acho que têm vários tipos de problemas, né? Que a mulher não possa... engravidar. Essa que eu conheço ela falou que tinha o útero muito pequeno. Não podia ...engravidar. Acho que...eu acho que era esse o problema dela.” (G., 21 anos)

Em oposição à impossibilidade de engravidar encontramos outras categorias como a *mulher fienta*, que teve a fertilidade aumentada atribuída a questões hereditárias. A possibilidade de haver mulheres com fertilidade aumentada é mencionada na literatura e este fenômeno é considerado um co-fator associado ao possível insucesso de práticas contraceptivas (WIELANDT & HANSEN, 1989). O depoimento seguinte aponta para a ocorrência deste fenômeno:

“E... logo eu sou uma pessoa...uma mulher muitofienta (filhenta) . Fienta (...) ...que porque qualquer coisa eu pego e logo tô engravidando, logo...Aii! ...sou desse jeito...É isso, eu pego fácil filho ... Não sei se é por causa da família, né? Porque a minha mãe teve muito filho...Que eu saiba, mesmo, que ela me disse teve dezoito filhos...(...) Já tenho irmã já de dez filhos...” (I., 28 anos)

A maior facilidade em engravidar após o primeiro filho relacionou-se a *limpeza interna* após o primeiro parto e *não ter o útero fechado*. Estes modelos corporais apontam para certa analogia com conceitos sobre a estrutura e funcionamento do corpo como uma *“tubulação”* (HELMAN, 1994: 39).

Segundo este modelo, o corpo é formado por cavidades e câmaras fundas ligadas entre si por diversos canos ou tubos que se manifestam externamente através dos orifícios do corpo. O fluxo ininterrupto ou bloqueio de diversas substâncias – sangue, ar, alimentos, fezes, urina e sangue menstrual – entre essas cavidades e o exterior do corpo resultariam respectivamente na manutenção da saúde ou na doença.

Apesar deste modelo não abranger todos os aspectos da fisiologia e anatomia do corpo, noções como *útero fechado* e *limpar por dentro* após o segundo parto, possibilitando o desbloqueio da tubulação e maior facilidade de uma segunda gravidez, parecem contribuir para a explicação das representações subjacentes presentes no discurso destas mulheres:

“Só que esse filho que ele teve (namorado) ...porque o útero.....o útero dela (mulher anterior do namorado) era aberto, ela justamente porque ela já tinha dois filhos, né? E o meu como era fechado, porque diz ... que o esperma quando ele chegava, ele chegava até certo ponto, a cabeça dele (útero) era achatada, aí ele não tinha condições de entrar.” (D., 18 anos)

“Quer dizê, depois de tê o primero, aí os otro fica mais fácil de tê, pega mais-mais-mais rápido. Engravidá mais rápido. Eu não sei não, acho que é porque... tá tudo limpo, sei lá, por dentro, sei lá comé que é. Eu sei que diz que é das muié que já teve, né? (...)Eu acho que é porque ... primeira vez, sei lá, ainda vai é tirá muitas coisa e tudo, não sei se é por isso não. Mas é difícil acho que, engravidá na, na primeira vez, mas engravidá.” (F., 28 anos)

Outras categorias relacionadas às **concepções sobre fertilidade** tratam da *relação entre a virgindade e fertilidade* e da *demora para engravidar*. A fertilidade manifestando-se somente após determinado tempo da perda da virgindade foi relatada por uma adolescente para justificar seu descuido em relação à prevenção da gravidez. Isto pode representar a penetração e reinterpretção de noções biomédicas, que não se relacionam à virgindade, mas à menarca, por estabelecerem um período de até 2 anos

após a primeira menstruação para a ocorrência de ciclos menstruais regulares e ovulatórios (férteis) (BEREK, et al, 1998). Eis o seguinte relato:

“Eu achava que eu num podia ficar não, porque já fazia um ano né? Faz um ano em maio que a gente começou (a manter relações sexuais), aí... pensava que não podia mais..., porque diz que, num, só tem ... mais perigo engravidar depois de um ano que a mulher perde a virgindade.” (U., 16 anos)

A *demora para engravidar* sem a utilização de métodos anticoncepcionais foi um fenômeno que detectamos sobretudo entre as mulheres adultas, gerando comportamentos significativos para o descuido em relação à gravidez, que podem ser relacionados a “*concepções de baixo risco para gravidez*” citadas por Robey et al (1996: 16). Esta *demora para engravidar* expressa-se por certo retardo na manifestação da fertilidade e apresenta fatores biológicos e psicológicos, situando esta categoria nas dimensões natural e psicossocial.

As referências à *demora para engravidar* manifestaram-se a partir do estabelecimento de expectativas e padrões sobre a fertilidade pessoal. As experiências ou tentativas anteriores de gravidez parecem ter constituído um marco importante para a internalização destes padrões, pois a *demora para engravidar* gerou expectativas de um padrão que seria mantido no decorrer da vida reprodutiva.

A construção de significados onde o corpo se constitui como espaço de manifestação de fenômenos que seguem certa previsibilidade e regularidade, como o ciclo menstrual e o período fértil, poderia influenciar estes padrões. Como estes “padrões regulares” não ocorrem no caso da gravidez, surge a surpresa ante a ruptura de expectativas mais simbólicas do que físicas, reforçando a imponderabilidade da gravidez. Logo abaixo observamos a expressão de expectativas de regularidade de acordo com a experiência anterior de fertilidade ou gestação:

“Tinha custado. Da minha primeira filha, né? Eu... quando conheci o pai dela (...)a gente passou um ano, né? E eu não peguei nada. Peguei de jeito nenhum. Ai depois fiquei grávida da minha filha mais velha, né? Com um ano que eu já tava namorando com ele. Não usava nada, nada, nada, nada, nada. E de...ai depois passei quatro ano, né? Sem pegá de novo. E sem usá nada. Eu não fico logo, fico grávida não.” (C., 25 anos)

“(...) Eu pensei que ia demorar mais pra engravidar né? Eu não sei, né? comé que foi, né? Fiquei foi...ó foi mais de um ano pra mim pegar esse aqui, sem nem tomava nemnada, nada. E eu fazia relação normal . (...) Ai foi que eu peguei essa gravidez agora , que tá com quatro meis. ... Até que eu pensava, né? Que ia demorar mais por isso, né? Porque já tava com tanto tempo ... que não era fácil pra mim engravidar... ” (O., 33 anos)

“A... a primeira foi surpresa. Eu tava... eu já tava com 3 anos e 4 meses de casada e nada de pegar filho, né? Não tomava nada.... Quando tava faltando seis meses pros quatro ano aí eu peguei a primeira. Ai quando a minha menina a, a primeira tava com um ano e seis meses... Isso sem eu tomar, evitar nada, evitava de jeito nenhum. ...Ai eu peguei a segunda. Ai esse (gravidez atual) eu já vim pegar a menina já tá com 4 anos.” (S., 29 anos)

A imponderabilidade do fenômeno de *demora para engravidar* é emblemático no caso de uma mulher que após 3 anos sem cuidar-se e sem engravidar do namorado, engravidou subitamente de um estranho, na primeira relação que teve com este:

“Ele (ex-marido) tirou a minha virgindade e eu fiquei três anos com ele sem, sem tomá remédio, sem evita, sem nada. Não peguei. (...) E eu namorava outro rapaz (o segundo namorado)...Três anos(...). Mas é aquela coisa: não tomava remédio nem ele usava camisinha.(...) E não engravidava e nem ele evitava, né? Por isso que eu achei que se eu ficasse com esse ali (o estranho) não...(...) É tanto que a... dona Zenaide (...) disse: ‘Ó, Neuda, té hoje ainda tô pra saber porque que cê já namorou tanta gente (...) e logo agora que tu vem engravidá de uma pessoa que você nunca viu! Não dá pra entender.’ Não sei.” (N., 28 anos)

Outra possibilidade na interpretação do fenômeno da *“demora para engravidar”* poderia sugerir a presença de alguns aspectos relacionados ao *“teste da fertilidade”*,

que apesar de ser mais comum entre adolescentes, não poderia ser descartado entre mulheres adultas.

O tema a seguir, que trata das **concepções sobre métodos anticoncepcionais** tem categorias relacionadas às dimensões natural e psicossocial. Entre as categorias encontradas, destacamos: “*tomar comprimido evita gravidez*”, “*comprimido fraco*”, “*falhas*”, método “*complicado*”, *rejeição*, “*não se dar*”, “*não gostar de remédio*”, “*massa no útero*”, “*medo*”. A transição bidimensional deste tema justifica-se por ser no corpo físico que estes métodos exercem seus efeitos, e, porque a utilização ou não dos mesmos desencadeia uma série de reações emocionais imbricadas e complexas, que atingem não só as mulheres, mas também as pessoas significativas às mesmas.

Estas ponderações reforçam a intersubjetividade como âmbito presente na prática contraceptiva, pois a construção de concepções pessoais sobre fenômenos como a intolerância aos anticoncepcionais hormonais não depende apenas da experiência pessoal, mas também da experiência do “outro significativo”, transmitida predominantemente por intermédio da linguagem.

A questão da utilização de métodos anticoncepcionais demonstra que estes são claramente uma forma de controle da fertilidade para as mulheres, já que *tomar (direito)* ou não algum método dificultou ou facilitou a ocorrência de gravidez. A falta de prevenção por não utilizar anticoncepcionais surge em falas como a que vemos a seguir:

“Talvez eu não ter tomado a pílula. Foi só isso mesmo. (...) Deixa de tomá os anticoncepcional... Ai... ai ela... deixa de tomá e fica grávida...” (C., 25 anos)

“Pega assim, se... não tomar direito (ACO). Se não se cuidar, mas se tomar direito não pega filho, não.” (I., 28 anos)

A possibilidade de falha do método devido às diferenças biológicas entre as mulheres sugere que a singularidade também se expressa na dimensão natural, onde um

mesmo método anticoncepcional pode ter diferentes efeitos em diferentes mulheres. Dependendo do organismo da mulher, o *comprimido fraco* pode acarretar uma gravidez não planejada:

“Ou então o comprimido é fraco, que muita- muita gente diz que engravidou tomando comprimido porque era fraco, pra ela, né? Pro organismo dela. Eu penso assim. (...)” (Y., 18 anos)

A imprevisibilidade é um aspecto fundamental nas questões relacionadas à fertilidade. A impossibilidade de controle pleno e absoluto da fertilidade é ilustrado a partir da incerteza da eficácia dos métodos, expressando-se pela possibilidade de *falhas* dos mesmos:

“É...assim... ela pode com... com a ligação, né? De trompas, que evita muito tempo, né? Tem umas que o pessoal diz que não é... cem por cento, né?... Uma dotôra que eu fiz uma palestra com ela (...) Ela disse que nada é cem por cento, ou a ligação, ou DIU, ou pilula, é... camisinha, nada é cem por cento. A camisinha pode furar, né? O comprimido você tomando, cê pode engravidar... O DIU também, o DIU ele pode furar, né? E fica grávida, porque uma esposa do meu primo, ela ficou grávida com DIU. (...)” (C., 25 anos)

A dificuldade no uso de um método anticoncepcional também surgiu como fator desmotivador na escolha das mulheres. Segundo Ribeiro (1994), o método da tabela foi criticado pelas mulheres de seu estudo pela falta de segurança na prevenção da gravidez e pela exigência de disciplina para a abstinência. Em nosso estudo, observamos que além da falta de segurança, o manejo deste método pareceu *complicado*, influenciando o seu descarte por parte de mulheres como a que vemos a seguir:

“Tabela é meio complicada. Eu não sei não. Também não pretendo saber, não porque é uma coisa que... que, Ave Maria...É uma loucura.” (N., 28 anos)

Além da dificuldade no uso, a via de introdução do anticoncepcional no organismo influenciou a *rejeição* de seu uso:

“Não uso injeção porque eu detesto injeção, mas usaria a camisinha ou o anticoncepcional.” (D., 18 anos)

Outra questão de grande recorrência foi *não se dar* com os anticoncepcionais hormonais. A desmotivação do uso de anticoncepcionais hormonais (sobretudo orais) relacionada aos seus efeitos colaterais, vem sendo enfatizada na literatura sobre anticoncepção (HILLARD, 1992; SERFATY, 1992; ROSENBERG, WAUGH & LONG, 1995; ROSENBERG, WAUGH & MEEHAN, 1995; ROBEY et al, 1996; ROSENBERG & WAUGH, 1998).

Em nosso trabalho, encontramos de maneira proeminente a referência a sintomas negativos, tanto da pílula quanto da injeção, especialmente entre mulheres com experiência em tais métodos. Como o conjunto de manifestações negativas relatadas pelas mulheres extrapolou os efeitos colaterais mencionados na literatura médica, optamos por denominar este fenômeno de *intolerância aos anticoncepcionais hormonais*. Neste grupo incluímos o anticoncepcional oral e os injetáveis, desconsiderando os implantes subcutâneos, por não terem sido mencionados nem utilizados por nenhuma mulher da nossa amostra.

Numa revisão sobre efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais que realizamos em alguns textos médicos, encontramos descrições dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais (SILBER et al, 1992; HATCHER et al., 1994; FINGER, 1996; ROCHA et al, 1996; BEREK et al, 1998). A classificação proposta por Rocha et al (1996: 179-180) pareceu-nos bastante operacional, subdividindo-se em: *“efeitos colaterais menores”*, *“efeitos colaterais graves”*, *“contra-indicações relativas”* e *“contra-indicações absolutas”*.

Os “*efeitos colaterais menores*” incluem: indisposição gástrica, náuseas, vômitos, cefaléia, irritabilidade, diminuição do fluxo menstrual, diminuição ou aumento ponderal, acne e/ou seborréia, retenção hídrica, alteração da libido, mastalgias, sangramento de escape e agravamento de candidíase e cloasma, quando existentes. Entre os “*efeitos colaterais graves*” observamos : acidentes tromboembólicos, hipertensão arterial sistêmica e hepatopatias (inclusive tumores benignos hepáticos). Nas “*contra-indicações relativas*” são descritos: varizes complicadas por flebites, imobilização prolongada, hiperprolactinemias, antecedentes de hipertensão arterial em gestações anteriores, enxaquecas, miomatose uterina, depressão grave, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica leve, e candidíase de repetição. Como “*contra-indicações absolutas*” estão referidos: trombose arterial ou venosa atual ou passada, *diabetes mellitus* com complicações renais ou retinopatia, fumantes acima de 35 anos, doença vascular ou cardíaca com hipertensão pulmonar, icterícia colestática na gestação, hepatite infecciosa (até 6 meses após a normalização dos testes de função hepática), cirrose, hepatite crônica ativa, tumor hepático, icterícia provocada por anticoncepcional oral, hipertensão arterial grave, epilepsia, câncer genital estrogênio-dependente, glaucoma, gestação, coagulopatias e sangramentos genitais sem diagnóstico.

A *intolerância aos anticoncepcionais hormonais* vivenciada pelas mulheres desta investigação, remeteu a uma série de sintomas classificáveis entre os “*efeitos colaterais menores*”. Contudo, encontramos outros problemas não citados pela literatura médica, representando concepções populares sobre os possíveis riscos destes anticoncepcionais.

Classificamos os sintomas físicos atribuídos ao uso de anticoncepcionais hormonais da seguinte forma: gerais (tonturas), digestivos (enjôos, “roedeira”, “fastio”,

dor no estômago), alterações menstruais (redução ou aumento do fluxo menstrual, “borra preta”), alterações do ciclo reprodutivo (infertilidade temporária duradoura após suspensão do anticoncepcional hormonal), alterações no peso corporal (aumento ou redução), e simulação de gravidez (enjôos e outros sintomas, mimetizando o estado grávidico).

Esses sintomas físicos, considerados “*menores*” pela literatura médica, pareceram ter grande relevância entre as mulheres, interferindo na continuidade ou descontinuidade do método, como outros autores já verificaram anteriormente (SERFATY, 1992; ROBEY et al, 1996). Além dos “*efeitos menores*”, observamos a referência a “doenças” geradas pelos anticoncepcionais hormonais. Entre estas poderíamos citar: a “*massa*” no útero, o câncer uterino e o cisto ovariano.

Os sintomas digestivos e a simulação da gravidez desencadeados pelos anticoncepcionais hormonais são ilustrados pelas seguintes falas:

“Só tomei memo “concepcional” e não, não me dava, né? E parei. Eu sentia muita dor de cabeça, né? Dor no estômago, fastio ...Comia nada, nada . Ai, foi isso mesmo que eu fiz. (...) eu, eu parei de tomar , porque quando eu, eu tomava , o meu estômago já não aceitava mais, eu botava fora, provocava é direto....” (O., 33 anos)

“O comprimido, eu fico enjoada igual quando eu tô grávida. Eu fico tonta, fico é... cuspindo também direto, me sentindo mal, aquele mal estar, entendeu?” (S., 29 anos)

“Ficava tonta, eu sentia vontade de provocá, podia... quando eu me abaixava e levantava ficava tonta, assim, vendo coisa na minha frente. Parecia que eu tava...tava era grávida.” (C., 25 anos)

“A... os comprimido dá uma roedeira na gente, fastio... Injeção é do mesmo jeito...Eu tomava memo pra... não pegar filho... Não, não me sentia bem. Me dava fastio...” (I., 28 anos)

É interessante observar que a simulação da gravidez poderia sugerir, de certa forma, uma contradição para as mulheres, por utilizar uma medicação que faz sentir

sintomas relacionados justamente com a situação que se pretende evitar. Além dos sintomas acima referidos, as mudanças no peso corporal também foram consideradas relevantes, como vemos a seguir:

“Aí eu me sentia... eu, eu tava, eu tava gorda, mulher, eu engordei tanto ... mas aí o médico disse que eu tava era inchando ! Aí n...não me sentia bem, eu acho que não era saúde. Acho que não...” (O.33, anos)

“... Eu tava tomando a injeção aí começaram a botar coisa na minha cabeça. Diziam que a injeção, que eu tava muito gorda, né? Diz que era a injeção, que ela tem muito hormônio. Aí eu fui e parei.” (S., 29 anos)

“Ela (a cunhada) se sente bem também com injeção, só que ela tá ficando magra, magra , já tá com um ano que ela toma injeção, ela tá bem magrinha, ela tá com medo de ser da injeção...” (O., 33 anos)

As alterações na quantidade e/ou nas características do fluxo menstrual apontam para concepções estabelecidas sobre o que seja uma menstruação saudável ou não. Na literatura (LEAL, 1994), encontramos expressões de estranhamento, nojo e repulsa ao sangue menstrual habitual, como se fosse alheio à própria mulher que o verte, o que pode representar formas contemporâneas de persistência do tabu menstrual introjetado pela própria mulher.

Sabemos que a administração de hormônios femininos pode reduzir o fluxo menstrual (ROCHA et al, 1996), fato percebido como problemático pelas mulheres, por reter-se um sangue que deveria sair, obstruindo a circulação de fluidos (LEAL, 1994). Esta dinâmica corporal concebe aspectos oriundos do modelo “*tubular*”, sobre o qual já falamos. A seguir apresentamos trechos que mostram alterações menstruais provocadas por anticoncepcionais hormonais percebidas como um problemas à saúde feminina:

“(...) Que eu passei um mês sem vir a menstruação . Aí quando veio , foi muito, eu fui no médico pensando que era um aborto,

o médico falou que não era. (...) Ai ele falou que era por causa disso , (...) do tempo que eu tinha passado...tomando comprimido, né? (...)" (O., 33 anos)

"(...) Era tanto que eu não tava me dando, porque... a menstruação tava vindo só aquela borra preta.....Preta.....Ai fui no médico..., achava que era os comprimidos, tinha mês que vinha, tinha mês que não vinha,....Eu queria dizer que era os comprimidos(...)...que não tava me fazendo bem. Ai... vinha só um sujo preto, um sangue morto (...)minha menstruação tava vindo só água suja , e eu... não me dô mais com remédio, não."(L, 28 anos)

"(Quando era pra vim minha menstruação, vinha muito, muito mesmo... Eu não comia direito, tava magra,... sem ter ferro, sem ter outro tipo de doença, né?" (C., 25 anos)

Os problemas menstruais ou a infertilidade temporária após a suspensão da anticoncepção hormonal também são citados como motivo de preocupação de mulheres africanas no estudo de Mbizvo et al (1997). A relação entre tais alterações e o surgimento de doenças como a "massa" no útero surgiu nesta investigação, conforme vemos nos discursos abaixo:

"...ela (cunhada) passou um periodo muito grande tomando comprimido, né?... já vai fazer um ano também que ela tá sem tomar e não engravida de jeito nenhum ... E o médico disse que é porque devia ter passado muitos anos tomando , né? E... aí não sei... o útero dela tem muita massa. E tem uma outra, colega minha também(...)passou foi dois anos... tomando...e... passou três anos sem engravidar. E o médico também falou que era por causa dos comprimidos, ela tinha tomado e o útero dela tava com muita massa." (O., 33 anos)

".... não tive falando com médico, não, mas uma amiga minha já chegou a falar...diz que é a massa dos comprimido ... só porque vai acumulando, né? dentro ...da mulher. Ai prejudica a pessoa, pode causar... doença. Ai..., então , tu...fica assim desse jeito, era...tanta da menstruação assim como era borra preta, a massa dela, e isso não é normal, não." (L, 28 anos)

A divergência entre as concepções biomédicas sobre o que acontece com a pílula dentro do organismo e as concepções oriundas das mulheres é marcante. Apesar

da literatura biomédica enfatizar a segurança da pílula anticoncepcional, que se dissolve no estômago e é rapidamente absorvida pelo sangue, não havendo acumulação da mesma no organismo feminino (FINGER, 1996), as concepções populares sobre o assunto demonstram que a pílula não é considerada um método inócuo para o organismo da mulher.

A combinação de noções populares e biomédicas que se articulam criando novas reinterpretações dos fenômenos poderia ser uma das explicações do fenômeno da “*massa*” no útero. As concepções populares de “*massa*” no útero referem-se ao acúmulo da pílula no organismo da mulher, criando uma “*massa*” que pode provocar doenças e necessitando de tratamento cirúrgico para sua retirada. Podemos traçar um paralelo entre esta concepção e o *mioma uterino*, um tumor benigno de origem muscular, que cresce de tamanho com estímulo hormonal (incluem-se neste caso os anticoncepcionais hormonais), necessitando muitas vezes, de tratamento cirúrgico (BENSON, 1981). A *miomatose uterina* está descrita, inclusive, entre os efeitos colaterais graves dos anticoncepcionais orais (Rocha et al, 1996).

Além da “*massa*” no útero e da infertilidade temporária, há idéias de que a pílula ou a injeção também possam provocar doenças como o câncer uterino ou o cisto ovariano.

“Porque diz que o comprimido vai acumulando, né? No útero da mulher. Foi tanto que ...uma amiga minha disse que ...foi obrigado o médico tirar um bocado de massa do útero da mulher. Acho que ...não é normal, não, pode dá o ‘canço’(...) Os comprimido, porque vai acumulando dentro. Mesmo assim, uma amiga minha (...) morreu agora, do ‘cânço’. Mas não sei se foi devido aos comprimidos, não. Só sei que ela morreu com ‘canço’, que fazia muitos anos que ela tomava comprimido.”
(I., 28 anos)

“(...) a....agora tá, já ...ela (a cunhada) parou, tá com um mês que ela não toma (injeção) porque tá com um cisto.... No ovário. Acho que vai ser preciso até tirar...” (O., 33 anos)

Serfaty (1992), realizou uma revisão da literatura na qual observou que a descontinuidade no uso dos anticoncepcionais orais se relacionou sobretudo: aos efeitos colaterais, à perda do controle do ciclo menstrual (irregularidades menstruais e amenorréia) e à desconfiança das mulheres em relação aos anticoncepcionais orais (medo de doenças sérias), gerando problemas de adesão a estes métodos. Segundo este autor, embora a preocupação com o sangramento menstrual irregular tenha diminuído, o medo de câncer ainda é uma preocupação para muitas mulheres.

Os efeitos androgênicos como ganho de peso, acne e mastalgia são mais preocupantes para as adolescentes, devido às mudanças na imagem corporal. Outros autores (HILLARD , 1992; SAVONIUS et al., 1995; ROSENBERG & WAUGH, 1998) também enfatizam a importância dos efeitos colaterais e o medo de problemas de saúde como aspectos a considerar na baixa adesão ao uso dos anticoncepcionais orais.

Observamos também, uma discrepância entre as informações da literatura biomédica e a experiência de algumas mulheres investigadas, no que tange à persistência de sintomas percebidos com o uso continuado de anticoncepcionais orais. Segundo Silber et al (1992), o uso gradual e mais prolongado de anticoncepcionais orais, determina uma melhora sintomática não verificada pelas mulheres. Estas referiram, inclusive, uma piora gradual dos sintomas com o maior tempo de uso da pílula. O desenvolvimento de estratégias de ingestão da pílula e a relação com este medicamento como se o mesmo tivesse vida própria demonstram-se a seguir:

“(...) às vez eu passo um mês , dois tomando sem sentir nada...mas aí quando passa assim, de dois, três meis,, a gente vai ficando , né? Vai pegando alguma coisa dentro da gente , né? Alguma massa , essas coisa, aí já começa a me prejudicar...(...) Só tinha uma vez que eu tomava, no início, né? Eu não me sentia mal, eu colocava dentro da banana , e engolia. Mas quando foi já pro fim ...(...) já tava fazendo mal

também, eu provocava ele limpo, limpo. Ele não se aceitava mais, né? Nem se desenvolvia mais dentro de mim .” (O., 33 anos)

A persistência desses sintomas ao longo do tempo sugere a ocorrência de certa ambigüidade, geralmente presente na utilização de medicamentos crônicos, situação algumas vezes observada no controle da fertilidade. “*não se dar*” com a pílula e “*não gostar de remédio*” são categorias que se entrelaçam com os aspectos simbólicos da *medicalização da fertilidade*, trazendo à tona o paradoxo de utilizar artefatos medicamentosos, geralmente indicados no caso de doenças, para “tratar” de um fenômeno situado no âmbito da saúde, a fertilidade.

Atkinson & Farias (1995) realizaram um estudo sobre as percepções de risco durante a gravidez em mulheres urbanas de Fortaleza e não encontraram evidências de que a gravidez significasse um estado especial ou uma doença para estas mulheres. Eis o paradoxo que surge, então: se gravidez não é doença, porque evitá-la com artefatos utilizados para tratar de doenças? Além disto, o aparecimento de sintomas decorrentes da medicação anticoncepcional em pessoas anteriormente saudáveis e assintomáticas, pode relacionar-se a concepções que vinculam a saúde ao “*silêncio dos órgãos*” (Leriche apud CANGUILHEM, 1995: 67). Os “efeitos menores” dos anticoncepcionais hormonais, que pareceram ser os mais referidos, reforçam o paradoxo de utilizar um medicamento que provoca sintomas, se não chega a fazer *passar mal, tampouco passa completamente despercebido*. Estas questões podem ter repercussões simbólicas que afetam as escolhas e reações femininas sobre a contracepção hormonal. Achamos que as implicações e desdobramentos do significado desta medicalização do controle da fertilidade merecem maior aprofundamento em estudos futuros.

Dentro dos limites deste estudo, arriscaremos algumas possíveis interpretações para esta questão, baseados em Lefèvre (1991), que aborda o medicamento enquanto mercadoria simbólica estudando representações oriundas da medicalização de doenças crônicas, tal como a hipertensão arterial. Este referencial contribui para situar a medicalização da fertilidade num campo perpassado pelas dimensões psicossocial e sobrenatural. Segundo Lefèvre (1991: 106), *“o medicamento para o paciente crônico é um símbolo que traz no seu cerne a ambigüidade (...)”*.

A expressão desta ambigüidade dá-se a partir de uma oposição semântica ancorada na cultura leiga sobre saúde, onde o “natural” é contrastado com o “artificial”, que se identifica com a “química”. Desta forma, o medicamento inclui-se em um conjunto de símbolos que representam a interferência do homem, através da Ciência, sobre o organismo (LEFÈVRE, 1991). O embate de racionalidades apresenta-se nesta questão: as intervenções medicamentosas baseiam-se em uma racionalidade antropocêntrica que se confronta com outras racionalidades, fundamentadas em concepções onde o poder de intervenção do homem na natureza depende de esferas sagradas. Ainda segundo Lefèvre (1991: 107-108):

“(...) o medicamento alopático implica na criação perigosa (porque criar vida é culturalmente visto como atributo divino) de artefatos corporais. Os medicamentos podem então ser vistos, neste campo de sentido, como pedaços artificiais de organismo ou de substância orgânica, que representam criações que, numa certa medida, podem ser vistas como ‘aprendiz de feiticeiro’.”

A oposição de racionalidades interferindo na prática da contracepção remete à seguinte passagem :

“à oposição semântica (...) entre ‘dentro’ e ‘fora’, em que ‘dentro’ significa dentro da ordem natural, dentro da natureza, dentro de Deus (não é por acaso que a Igreja Católica prega os ‘métodos naturais’ - que é o mesmo que dizer ‘divinos’, na medida em que Deus é criador da natureza - de controle da

natalidade) e 'fora' significa fora da natureza, ou seja, dentro da Ciência enquanto manifestação do 'materialismo', (...), dentro da ordem artificial." (LEFFÈVRE 1991 : 108)

Assim, o medicamento é um símbolo ambíguo por representar ao mesmo tempo, saúde e doença, bem e mal, cura e intoxicação. Talvez rejeitar as pílulas e injeções anticoncepcionais possa ser uma forma, para algumas mulheres, de preservar uma parcela de controle sobre o seu processo de saúde e sobre seu corpo.

A transcrição a seguir remete para estes assuntos:

"Sei que ele (comprimido) é muito é forte quando a gente toma. (...) Assim como se fosse uma dose, assim um comprimido bem forte, é tanto que a dotôra disse que não era pra mim tomar à noite, era pra mim tomar pela manhã, depois do café. Porque...é forte o comprimido..." (I., 29 anos)

Certa rejeição ao uso de medicamentos manifestou-se em atitudes como o esquecimento de tomar o anticoncepcional oral, dando uma significação peculiar à relação que algumas mulheres estabelecem com a pílula:

"(...)Eu pra tomá remédio, eu sou muito chata. Mas só que eu tomava assim, né? Como eu lhe falei, baldeado...(ACO) (...) Porque eu... num gosto de tomá muito remédio, não. Esquecia (ACO)." (N., 28 anos)

Outra mulher adolescente que nunca utilizou anticoncepcionais hormonais também justificou seu desinteresse nos mesmos por sua rejeição a medicamentos:

"Não é porque eu nunca gostei memo de tomá nada (referindo-se a remédios)." (L., 13 anos)

Por outro lado, o pretense acréscimo de "vitaminas" às cartelas de anticoncepcionais orais como forma de melhorar os sintomas provocados pelos mesmos, também reforça a importância de aspectos psicológicos na ocorrência da intolerância a estes medicamentos. A existência de cartelas de anticoncepcionais orais com 28 comprimidos, dos quais 21 apresentam princípio ativo e 7 contém apenas o

excipiente para facilitar o seu uso, prescindem da suspensão mensal da ingestão do medicamento durante o período de sangramento vaginal precipitado pela queda hormonal.

Em nossa experiência profissional em serviços de atenção primária observamos relatos semelhantes ao desta mulher, que somente se agradou com um anticoncepcional oral importado portando 7 comprimidos excedentes, que ela considerou “vitaminas”. A noção de “vitamina” como algo benéfico à saúde, que fortalece o corpo enfraquecido pelos anticoncepcionais orais se expressou pela satisfação na utilização de tal medicamento:

“Esse importado ele (...) tinha uma carreira que tinha uma vitamina. Ai os outros não tinha vitamina, não. (...) Eu me dava mais com esse que era importado. É melhor... com vitamina. Melhora muita coisa, né? (...) Quando eu tomava dos outros comprimidos, sem vitamina e eu tomava esse com vitamina, eu achava melhor. Achava... que eu ficava mais forte, mais gorda.” (C., 25 anos)

As dificuldades com a anticoncepção denotam a insatisfação feminina com os métodos disponíveis (ROSENFELD et al, 1993). A gravidez não planejada ocasionada pela desistência de uso dos anticoncepcionais hormonais (ROSENBERG, WAUGH & LONG, 1995) é o resultado de um caminho longo, entrecruzado de desistências, tentativas de mudança do tipo de método. A história sucessiva de tentativas frustradas de anticoncepção marca, segundo Ribeiro (1994), as mulheres dos setores populares. Nesse contexto, a laqueadura de trompas termina sendo considerada a única saída (SAID & LEITE, 1987). Os trechos seguir ilustram essas paradas, trocas e desistências que, no meio do caminho, acabam gerando vários filhos:

“No começo era só camisinha, aí depois passou pro comprimido, mas era assim, um mês pulava pro comprimido, aí no outro mês abusava, aí no outro usava, aí foi assim.” (U., 16 anos)

"Eu achava que todo tipo de anticoncepcional não ia dar que eu já tinha comprado vários tipos de anticoncepcional. Eu tomava injeção, porque eu não me dou com os comprimidos. Com anticoncepcional eu não me dou não. Ai eu tava tomando injeção." (S., 29 anos)

"(...) Não sei se por causa dos comprimido, que eu mudei, eu mudava um em cima do outro, eu não sei se facilitou muito isso...(...) ai fiquei grávida também. Porque eu num tava mais po-podendo tomar nenhum tipo de anticoncepcional. (...) Ai tomava o comprimido Triquilar. Tomei dela, ai passei uns tempo tomando, passei quatro mês tomando. Também não me dei, eu fiquei magra. Quando eu parei de tomá eu peguei ela (refere-se à filha do meio) . Eu também cheguei tomá uma-uma... jeção de Perlutan,...Não me dei não, com ela não...eu fiquei muito magra.... Diz que ela tem hormônio, o médico disse que é boa, mas eu não achei... que ela fosse tão boa assim, não." (C., 25 anos)

A esterilização feminina como saída mais viável surge com intensidade nos seguintes relatos::

"(...) eu tava , assim, pensando que que eu era de fazer, porque... o .. porque comprimido eu não tava mais me dando, injeção...também não...né? Ai eu.... a injeção....seja lá o que Deus quiser. (...) Né? Que a gente pode ligar e não pegar mais filho. Acho que esse meio mesmo pra gente não pegar filho... tem que ser capada . (...)" (I., 28 anos)

"Pra mim eu acho que não tem outros meios , não. Pra mim mesmo só vai na ligação...." (I., 28 anos)

Entretanto, a laqueadura de trompas não está isenta de problemas como interferência na libido e risco de gravidez:

"...tem mulher que 'esfria'... outras diz que não fica normal do jeito que era ...é que tem... 2 tipos de ligadura: que é a das trompas e a do 'imbigo'. A do 'imbigo' parece que ... a mulher, com certo tempo ela engravida." (S., 29 anos)

"Que tem muita mulher que fez, né?(...) Ai tem o problema... das mulher ficar histérica , né? (...) Sei lá, fica...., histérica não, como é... só um homem só não satisfaz, né? Só com um marido só , né? É, ficam é quente demais...." (O., 33 anos)

A persistência na tentativa de uso dos anticoncepcionais hormonais apesar da intolerância sentida pelas mulheres parece paradoxal. No entanto, sabemos que estes métodos (sobretudo o ACO), são os mais divulgados e acessíveis. O condom também parece bastante conhecido entre a população adolescente, o que se ilustra pelo depoimento abaixo:

“Assim, conhecia a camisinha, né? Os anticoncepcionais eu... ouvi falar, mas... pra mim utilizar eu não ... não sabia. Usava camisinha... Camisinha é o que a gente vê falar, né? Nas escolas, nos postos de saúde.” (A., 16 anos)

Tanto o desconhecimento quanto a desconfiança de outros métodos citados por poucas mulheres (como o DIU), são aspectos a considerar na sua não utilização. O medo de determinados métodos, baseando-se na argumentação de outros, consta no seguinte depoimento:

“O dia que eu fui pra colocá o DIU eu não tive corage. Que às vez o pessoal fala : ‘Ah, o DIU é perigoso, é muito..’ Diz que é perigoso o DIU... Que quando falha a menstruação menstrua muito, am... Ai eu não, eu não quis colocá o DIU, né? Ai tem aquele outro também, que é uma pomada, um creme... também não quis. Ai eu fiquei na pílula memo mas... também não me dei.” (C., 25 anos)

Mesmo os métodos divulgados como o ACO e o condom apresentam opiniões variadas sobre a confiança que despertam nas mulheres. Esta confiança nos métodos anticoncepcionais apresenta uma dupla face: por uma lado refere-se à inocuidade à saúde, e por outro, refere-se à sua segurança na prevenção da gravidez. A consideração destes aspectos para confiar em um método anticoncepcional é demonstrada abaixo:

“Que...se camisinha memo, eu acho assim: camisinha não tem como evita...Eu não confio em camisinha...Não confio muito, não.” (N., 28 anos)

“Eu confio mais em camisinha de que em comprimido, porque muita gente diz que tava tomando comprimido, fazendo tabela, engravida. E a camisinha o perigo é assim, espocá. Tem também o DIU, né? Que se passa muito tempo, né? É muito difícil engravidá... também.” (F., 28 anos)

“Não, eu li, também pelo que eu li, pelo que eu vi, né? O mais seguro é a camisinha, né? A injeção... a pessoa toma mas... tem muita gente que não se dá, né? Com a injeção, com os comprimido também..” (E., 16 anos)

Apesar da divulgação da existência de vários métodos anticoncepcionais, nem todos estão igualmente disponíveis. Entre os mais acessíveis encontramos: o condom, a pílula, a injeção e eventualmente o DIU. As tabelas e as noções sobre período fértil, que se incluem nos métodos considerados naturais, expressam o *“conhecimento fragmentado”* do próprio corpo. Desta maneira, os métodos anticoncepcionais, mesmo que disponíveis, representam *“alternativas escassas”* voltadas predominantemente para o corpo da mulher. Desta forma, a regulação da fertilidade apresenta limitações que contribuem para um quadro que desemboca, entre outras possibilidades, na gravidez não planejada.

A imponderabilidade da gravidez que se expressou acima, reforça a complexidade deste fenômeno. A **dimensão psicossocial**, abordada a seguir, explora outras explicações para a gravidez não planejada. Os temas relevantes a esta dimensão tratam: da **percepção de invulnerabilidade** (*“não aconteceria comigo”*), das **características pessoais** (*“desobediência”* e *“ser mais adulta”*), do **diálogo familiar sobre sexo** (*“não se fala”*, *“medo de ser descoberta”*, *vigilância da irmã*) e do **prazer** (*“mulher gozar”*, *“gozar junto”*, *“ter muita vontade”*, e *“não se agüentar”*). O **relacionamento com o homem**, outro tema encontrado, foi situado na *“zona limite”* entre as dimensões psicossocial e sócio-econômica, por envolver questões de gênero e relações de poder.

A **percepção de invulnerabilidade** teve grande recorrência entre as adolescentes deste estudo. Apresentamos abaixo alguns relatos onde surgiu este fenômeno:

“Eu achava- achava que eu não ia ficar grávida. Não sei , eu achava que podia acontecer com todo mundo menos comigo.” (G., 21 anos)

“Eu sabia que eu poderia engravidar, mas eu-eu pensava, não sei , acho que... com as outras pessoas poderia acontecer e não comigo, né?” (Y., 18 anos)

“Só que eu me confiava porque nunca, nunca eu tinha engravidado. Já tinha... há muito tempo relações com ele, mas nunca tinha engravidado, nunca tinha...ficado grávida.(...) eu tinha plena certeza que eu não engravidaria (...)” (D., 18 anos)

Uma certa expectativa gerada pela ausência ou demora na manifestação da fertilidade articulou-se com uma **percepção de invulnerabilidade** ou crenças sobre a própria esterilidade, o que pode sugerir a tentativa de testar a própria fertilidade (VITIELLO, 1991). Vejamos os seguintes relatos:

“... Eu sabia que podia , mas não esperava memo porque já fazia muito tempo...e eu sempre... corri risco de-de ter relação do jeito que tava e nunca tinha engravidado... Ai eu achava que não fosse engravidá... tão fácil. Já tive em tempo perigoso e eu nunca engravidei. Acho que até foi por isso que eu me confiei demais .As vez eu pensava que eu era é ... is- istétil, eu não engravidava. (...) É porque...né? Né? Desde dezoito ano, época de dezenove ano, já tenho vinte e oito e eu fui engravidar agora.” (F., 28 anos)

*“Só que antes eu já tinha parado **quatro meses já, sem nada** (MAC). Depois que eu fui pegar, depois de quatro meses. (...) Ai depois de quatro mês que eu fui engravidar.”* (U., 16 anos)

A falta de cuidado contraceptivo devido a **características pessoais** foi atribuída à falta de maturidade, à necessidade de “*ser mais adulta*” , como vemos no relato desta mulher:

“... Sei lá, a idade que eu tô já era pa saber de muita coisa, né? Comé que... se cuidá, sabe? Em ter filho... Comé que...evitava... Ser mais adulta do que eu que eu sou, né? (...)” (N., 28 anos)

A “*desobediência*” e rebeldia como **características** etárias e **pessoais** retratam certa intenção de “*agressão aos pais*” (VITIELLO, 1991: 167), como demonstra o discurso desta adolescente criada por suas tias:

“Acho que...tava desobedecendo muito elas (tias), por não ter escutado elas , aí...me dei mal, né? (...) eu fiquei rebelde demais, quando eu comecei a sair de casa. Acho que todo adolescente passa por isso , né? Ai eu mal conversava com elas, assim... E quando elas foram saber, eu já tava grávida, tá entendendo?” (E., 16 anos)

A existência ou não de **diálogo familiar sobre sexo** e contracepção também se destacou entre as adolescentes. O “*medo da descoberta*” da anticoncepção funciona como um “atestado” da prática” sexual por comprometer normatizações familiares e sociais. Isto pode influenciar a não utilização de métodos anticoncepcionais mais seguros por parte de algumas adolescentes, pela necessidade de uso clandestino dos mesmos. O relato abaixo confirma achados de outros trabalhos, como o de Vitiello (1991) e Desser (1993):

“Tinha medo da minha mãe descobrir, também, né? Aqui, acolá ela bulia mas...porque lá em casa também não tinha canto pra esconder...nas minhas coisas todo mundo bulia...” (L., 13 anos)

Certo constrangimento em informar-se sobre cuidados contraceptivos expressa o silêncio que envolve a discussão sobre a sexualidade adolescente :

“Não... eu sempre tentava em tomá, mas eu nunca chegava assim pra alguém pra perguntar. Não eu-eu deixei o tempo... seguir seu curso.” (Y., 18 anos)

Por outro lado, a orientação e a vigilância familiar na utilização de anticoncepcionais pode representar a outra face da questão. Durante o tempo em que a prática contraceptiva da adolescente abaixo foi controlada por uma irmã maior, ela sequer cogitou a possibilidade de engravidar. Sua gravidez ocorreu tempos depois, na casa de outra irmã onde o diálogo sobre sexo e contracepção não era explícito. O silêncio geralmente observado no seio familiar, mantém a sexualidade adolescente em esferas nebulosas, podendo influenciar a falta de prevenção da gravidez (DESSER, 1993). Eis o relato:

“Quando eu tinha quinze anos, logo quando eu perdi a minha virgindade, eu tomava comprimido. (...) Eu tomava. Ela, a minha irmã ficava me ensinando, aí ela ficava dizendo que eu tinha que tomar todo dia um comprimido (...) Lá tinha a minha irmã sempre, pra tá reclamando lá, dizendo sempre, que eu tomasse remédio, se você ver, era uma coisa e outra comigo.”
(R., 16 anos)

Outro tema relacionado à dimensão psicossocial trata do **prazer**. A “mulher gozar” individualmente ou “gozar igual”, ao mesmo tempo que o homem, foram categorias consideradas importantes para a ocorrência a gravidez:

“(...)...porque do que que adianta uma pessoa ter relação e não tá sentindo prazer , não tá sentindo tesão, né? Aí eu acho que isso não leva a...., pra mim não leva a engravidar, não...” (L., 13 anos)

“Não, eu acho que é porque ...quando os dois, né? Goza ao mesmo tempo , acho que é fatal.” (F., 28 anos)

A tensão prejudicando o orgasmo e, conseqüentemente, a fecundação também foi mencionada, explicitando uma concepção que integra o corpo físico a aspectos emocionais:

“Que eu sei ...eu sei se a pessoa tá tensa, né? Não pode atingir, né? É essa... sim, o orgasmo, né? (...) porque tem muitas mulheres , né? Que... que tem problema, né? Não engravidam...É que ... ficam tensas, né? Acho que tem, porque

tem muitos que falam, né? Que... pessoa não consegue de atingir, o orgasmo, assim, com ele. Ai... o ovo não fecunda, né? (...)" (A., 16 anos)

A importância da “mulher gozar” individualmente ou e “gozar igual” ao companheiro foi questionada a partir da experiência pessoal, como no caso destas mulheres:

“Eu acho que tanto faz , tanto faz. Pega mesmo. Tanto faz se ela goza ou não, acho que ela pega... filho.” (I., 28 anos)

“Sei lá, porque... eu memo nem sei comé que foi que eu engravidei porque... eu não vou menti, eu não sinto essas coisas, esse prazer tanto que a mulher... acho que ...deve sentir, acho que eu pensava que eu não ia engravidá.” (F., 28 anos)

“... às vez minhas amiga fala que tem, né? Esses negócio de gozar igual , não sei o que, esses negócio assim, né? Assim, os dois...né? Mas eu acho no meu caso... (...) Eu gozava igual e ...passei esse tempo pra mim engravidar... (...) Ai eu acho que assim mesmo não tinha, né? que engravidar...Não, porque es...esse período que eu passei um ano ... mais de um ano , né?... e toda vida eu percebia que a gente fazia relação e gozava os dois juntos e eu passei esse tempo todinho (...)" (O., 33 anos)

A vontade ou desejo sexual da mulher ou do casal em manter relações sexuais (“ter muita vontade”), também foi considerada importante para a ocorrência da gravidez:

“Hum...sei lá.... Eu acho que é os dois são, né? Tando com... muita vontade , com muita ansiedade, né? Que eu acho que ajuda também (a engravidar).... Eu acho, né?” (O., 33 anos)

“É..., eu acho que depende muito da, da ocasião. Não sei, eu posso até ... sentir a vontade de ter ele comigo e... e da, daí, disso tudo, o desejo mesmo a gente chegar a fazer alguma coisa e... engravidar”. (Y., 18 anos)

A vinculação entre prazer e reprodução, presente na racionalidade teocêntrica, aparece subjacente nas falas acima. A concepção encarada como forma de minimizar a culpa causada pelo prazer, remete para a moralidade cristã medieval, ainda presente nas

construções contemporâneas sobre o imaginário em esferas da sexualidade, da fertilidade e da reprodução (VITIELLO, 1991; DESSER, 1993; RANKE-HEINEMANN, 1996).

Outro aspecto relacionado ao **prazer**, trata da impossibilidade de controle da libido, da imprevisibilidade do ato sexual (“*não se agüentar*”). A perda do controle racional faz parte da expressão da sexualidade, acarretando, para estas mulheres, certa impossibilidade de praticar sexo sempre de forma segura. Os trechos abaixo demonstram esta questão, que foi específica das adolescentes:

“Tava sem (camisinha) ...e ...pintou o clima, né? E...a gente não quis esperar e... aconteceu. Foi, na hora “H” não deu, né. Não deu, aí pronto.” (G., 21 anos)

“(...)Ele (namorado) procurou de novo, eu não agüentei, até que eu gostava dele...não agüentei, aí fiquei novamente com ele. Aí continuamos ficando, ficando ...Aí de repente...isso aqui (gravidez) apareceu.” (D., 18 anos)

“Eu mim tinha feito a conta não, mas eu sabia que eu podia pegar barriga. Aí nesse dia eu mim fiz a conta, aí vacilei. Por que eu acho que não deu tempo, pra se cuidar (...) Mas depois que, eu vim calcular no papel, quando eu cheguei, aí foi que eu, notei.” (R., 16 anos)

A impossibilidade de prever o momento da relação sexual, situação freqüente entre as adolescentes, pode passar por leituras que, segundo por Lear (1995: 1314), caracterizam a *ausência de premeditação* da atividade sexual como uma expressão do “*discurso perdido ou oculto do desejo*” feminino. A ambivalência, o conflito muitas vezes apenas aparente entre aceitar ou não “transar”, e, sobretudo, não demonstrar premeditação, acaba sendo uma estratégia que mascara o desejo da mulher, acarretando a falta de cuidado contraceptivo. As restrições sociais impostas à expressão da sexualidade feminina estariam na base deste processo de ocultamento do desejo.

A impossibilidade de controle da libido também se expressou sob forma de “*aproveitar a ocasião*” na ausência da mãe, o que demonstra a impossibilidade de explicitar a prática sexual ante os familiares, como vemos no seguinte depoimento:

“Aí ... a gente numa certa vez , a gente tava aqui em casa, a mãe tinha viajado... Aí ele veio pra cá, né? E eu tava no período fértil. Só que eu não ia perder a oportunidade, a mãe tinha viajado, não tava aqui. Aí aconteceu ...Eu acho que foi dessa vez (...) A gente tava aqui e não ia desperdiçá, o tempo, né? Que a mamãe tava viajando , a gente aproveitou. Aí..., eu não-eu ...não me preocupei muito com isso.” (Y., 18 anos)

Entre as questões pertinentes ao tema **relacionamento com o homem**, o estabelecimento de vínculos afetivos mais profundos com o companheiro, com referências a sentimentos como “gostar” e amar, justificou a despreocupação com a gravidez. A maior recorrência foi entre as adolescentes, como vemos abaixo:

“Não sei. Acho que é porque...E-eu acho que é porque eu gostava muito dele, também, né?(...)” (A., 16 anos)

“O que deu essa gravidez... assim, eu comecei a namorar com ele, e a gente não tinha nada, assim, muito sério, né? Aí ele foi passando o tempo , eu fui gostando muito dele, ele também de mim, aí a gente passou a ter já uma relação mais aberta. Aí eu engravidei , eu não tomava nenhum tipo de anticoncepcional, nada ... Aí eu engravidei.” (Y., 18 anos)

A expectativa de casamento ou de estabelecer uma relação de dependência econômica no caso de acontecer a gravidez também poderia ser um motivador para a despreocupação com a prevenção da mesma (VITIELLO, 1991). Scott (1983) questiona se realmente haveria uma falta de planejamento e/ou desejo nesta situação, já que os sentimentos de amor e aspirações de casamento sugeriram associação com a atividade sexual e a gravidez na adolescência. Esta situação emergiu na lembrança desta mulher:

“Não pensava (em engravidar). Era amor demais. Meu primeiro namorado, de colégio, assim... Eu meio...Só queria mesmo, era transá e pronto! Eu lá ligava. (...)Também achava, quando se eu

engravidasse, um dia ele casava comigo. Ficava com ele.” (N., 28 anos)

Estabelecer uma relação de dependência econômica a partir de um casamento ou união consensual que garanta certo conforto e segurança, utilizando para isto a gravidez, é um aspecto arraigado no imaginário feminino. Isto pode retratar a reprodução das relações e papéis de gênero, situadas também na dimensão sócio-econômica, reforçando os papéis de provedor masculino e doméstico feminino. No caso relatado abaixo, encontramos o estímulo das amigas para esta situação, utilizando o desejo do homem em ser pai como via de acesso a maior bem-estar. Entretanto, as escolhas podem não ser as convencionais, pois esta adolescente preferiu o aborto⁷ a sujeitar-se a uma situação que não seria de seu agrado:

“Mas... as minhas amigas sabiam disso, tá entendendo? Que eu namorava com ele... E pra elas assim: ‘Ah Elaine, tá bom de tu engravidar dele.’ (...) Porque ele queria. Diziam assim: ‘Ah, se tu engravidar dele, ele vai de te botar dentro de uma casa, tu vai ficar com ele.’ Eu disse assim: ‘Não, mas eu não quero isso, não.’” (E., 16 anos)

A estratégia de dependência proposta acima sugere também uma forma sutil de controle feminino do desejo masculino. Em contrapartida, o sexo simbolizando uma prova de amor exigida pelo homem e a submissão feminina ao desejo masculino (“*não conseguir dizer não*”) surgiram neste relato:

“Eu tive coragem de dizer que não, mas depois eu tinha pena dele, aí... Porque eu gostava dele. (...) Se eu dissesse não, ele... achava ruim, aí tinha que ir na dele, eu gostava dele... tinha que aceitar” (R., 16 anos)

Citando Barbosa & Villela (1996: 24) estes discursos nos levam à reflexão de que :

⁷ A situação relatada ocorreu na gravidez anterior desta adolescente. 2 anos antes da gravidez em curso.

“(...)o verbo ‘amar’, ao ser conjugado no feminino, adquire um forte sentido de abnegação, de negação de si mesma em função do outro, e a prevenção implica interpor um objeto ou uma racionalidade ao desejo, que é do outro, podendo se configurar, para muitas mulheres, como antítese do amor.”

A concepção de “confiança” baseada na palavra do parceiro foi encontrada em algumas mulheres que justificaram sua falta de prevenção da gravidez. A “confiança” no parceiro expressada pela impossibilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou AIDS através dele, surgem no relato desta mulher, que mantinha um caso com um homem casado:

“Não , eu não usava nada não , porque ... eu sei que não é desses homem que vive feito outrosai como é que eu sabia que tinha só bem mesmo eu... e eu também só com ele... Sei lá. Eu acho que é porque eu ...sei lá..... confiava também neles...Achava que eles não era homem de ficar pegando uma e outra. Digo assim, no sentido de doença. Eu me preocupava com as duas coisa (gravidez e doença). Agora, eu já não me preocupava muito com a , com a gravidez porque... eu achava : ‘Acho que eu não vou engravidar nunca.’ Eu me preocupava mais era com a doença.” (F., 28 anos)

A preocupação maior com doenças transmissíveis e AIDS do que com a gravidez também se refletiu neste relato:

“(...) Mas não pensei em engravidá. Pensei em outras coisa. Tá entendendo? Só pensei que tinha ou a AIDS, ou outras doença. Mas no engravidá, nunca passou isso pela minha cabeça.” (N., 28 anos)

A seguir temos o depoimento de uma adolescente que nos conta sobre o processo de construção de *confiança* no parceiro no decorrer do relacionamento:

“No começo ainda era com camisinha. Acho que durou quase uns dois meses. (...) Pra evitar as doenças. Ai depois eu fiquei conhecendo mais ele, né? Ai eu... num liguei mais pra isso. Sei lá. Sei nem dizer porque foi. Confiava . Foi, fui saindo mais da camisinha, ai fiquei mantendo relação com ele (...).” (R., 16 anos)

A prática do sexo seguro envolve um processo de negociação sexual complicada, de comunicação aberta sobre o desejo e a intenção sexual, que não são amplamente aceitos em culturas como a nossa. As questões de gênero implicam em diferenças no risco e nas formas de negociação do sexo seguro, o que também varia com o grau de intimidade existente na relação do casal ou no ato sexual (LEAR, 1995).

Assim, para estas mulheres, a categoria *confiança* significou a aceitação da palavra do parceiro, justificando a falta de auto-cuidado. Esta é apenas uma das possibilidades de construção da *confiança*, baseada, segundo Lear (1995) na relação risco-traição, ao invés da afirmação do auto-cuidado na prevenção da gravidez, de doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

As estratégias de *comunicação do casal*, situadas também no tema **relacionamento com o homem**, demonstra aspectos que poderíamos relacionar à ocorrência de um *pacto implícito de silêncio* do casal sobre anticoncepção, a partir do qual ambos podem justificar a sua omissão. A combinação de diversos aspectos relacionados à *confiança* e à *projeção do desejo do outro* pode apresentar-se no *pacto implícito de silêncio*, como se observa na seguinte situação:

“Aí... foi no Carnaval isso, aconteceu, da gente não usar a camisinha... E eu disse a ele: ‘Olha, eu vou pro Carnaval com você mas você vai ter que levar a camisinha.’ E por um ...motivo, ele.. ele esqueceu. E lá eu disse a ele que comprasse. Só como a gente tava em praia assim, n-não muito falada ... Era difícil o lugar ... é conseguir farmácia, lá. (...). Aí nesse dia...a gente parou. (...) a gente num...falou mais não, tá entendendo?... que eu acho que nenhum homem gosta, né? De usar camisinha, mas...pelo fato de eu não ter mais falado ele também não chegou pra mim e disse (...)Tem muito assunto aí que a gente não...fala(...)” (E., 16 anos)

Segundo Gallen et al (1987), a pouca comunicação do casal sobre anticoncepção pode ser um obstáculo maior do que a oposição masculina explícita.

O *desejo do homem em ter filhos* (“o homem quer”) também vinculou-se ao tema **relacionamento com o homem**, e pareceu-nos uma questão influente na prevenção ou não da gravidez, como confirma a literatura (ROBEY et al, 1996). Como podemos ver, várias mulheres contaram que apesar delas não terem planejado engravidar, seus parceiros pretendiam a gravidez:

“Tava querendo (namorado), ele queria muito antes, eu nunca a...tinha aceitado, antes nunca...” (G., 21 anos)

“Não foi planejado, não. Ele sempre falava nisso, mas planejado não foi, não. (...) Porque ...ele sempre botava fora (coito inerrumpido) e dessa vez acho que deu vontade dele botar dentro, aí acho que ali ele tava consciente...ia acontecer alguma coisa, né?” (L., 13 anos)

“.. eu não queria ainda... ter filho, não queria ter...(...) Ele (namorado) dizia pra mim que era louco pra ter um filho, tá entendendo? Dele.” (E., 18 anos)

“Por que ele (namorado) num comprava (ACO) mesmo, ele dizia que não e num comprava. Eu também num ia discutir. Por isso. Ele num comprava não, ele tinha o dinheiro,... num comprava. Às vezes eu aperreava era muito: ‘Vamos ali na farmácia comprar’. Ele dizia: ‘Vou nada, preguiça, vou nada’. Aí pronto. (...) Eu num sei, se ele tava quereno, mas agora, né? Ele quer demais.” (U., 16 anos)

“(...)Mas ele (o marido) já... já tava falando em outro menino, néra? Queria outro.” (I., 28 anos)

O *desejo do homem em ter filhos* não é meramente passivo. Atitudes concretas para influenciar ou gerar a gravidez na mulher fazem parte destes relatos. A relação de poder, onde prevalece o desejo do homem sobre o da mulher transparece de forma significativa neste depoimento:

“(...) a menina já tava com três anos, aí foi o meu esposo falou assim: ‘Ivete, tem que aparecer outro filho. A menina já têm três anos, não tem mais com quem ela brincar, tu rebola os comprimido ...’ Aí, um dia eleele pegou os comprimidos e jogou fora. Ele jogou fora (...) aí eu fui atrás de tomar, eu: ‘Francisco, cadê meus comprimidos?’ Aí ele disse assim: ‘Eu

não sei , não, mulher . É problema teu.'(...) Ah! Foi ele que quis o menino macho. Foi desse jeito. ” (I., 28 anos)

A mulher acima contou-nos que seu marido também desejou a gravidez em curso, ao contrário dela. Ela fazia uso de injeções há 4 anos e subitamente “esqueceu” de tomar a medicação. Isto é sugestivo na consideração do desejo masculino enquanto motivador, talvez não consciente, para a gravidez. Abaixo transcrevemos a situação de esquecimento da injeção :

“(...) eu tava tomando a injeção, aí eu vacilei e peguei. Aí... eu..... queria não, não era?(...).... eu passei um mês sem tomar, né? A injeção....e foi..... daí que eu peguei. Doidiça minha. Descuido mesmo, só descuido... Quando eu.... fui me lembrar de tomar já tava com.... uns dez dias ” (I., 28 anos)

Além do *desejo do homem* em ter filhos, o fato do homem gostar de crianças (“*homem gosta de criança*”) e aceitar a gravidez da mulher independente de ser ou não planejada parece facilitar a despreocupação com a prevenção. Este assunto foi abordado mais detalhadamente na primeira parte desta análise, quando tratamos da reação dos companheiros das mulheres ante a gravidez.

Dando continuidade à discussão do tema **relacionamento com o homem**, situamos questões como a *pouca participação masculina na prática da anticoncepção* (“*homem não participa*”) mais próximas da dimensão sócio-econômica, pela relação de gênero inserida na questão.

Segundo Gallen et al (1987), existem 4 métodos de anticoncepção que exigem a participação ou cooperação masculina, seriam estes: os preservativos, a vasectomia, o coito interrompido e a abstinência periódica. Em nosso trabalho encontramos uma gama de variações para a expressão da pouca participação masculina na anticoncepção. Entre elas: a ausência total de interesse do homem, a participação apenas no processo decisório, a contraposição ao método escolhido ou desejado pela mulher .

O desinteresse do homem no processo decisório sobre contracepção parece relacionar-se com os papéis de gênero, onde o homem é provedor e a responsabilidade em evitar a gravidez é uma função da esfera feminina :

“ O homem...não tá nem aí. Não é ele que acaba...gestante, é a mulher. Não sabe a dor de parir. Ela...então, eu acredito que quem sofre mais é a mulher...do que o homem. Porque o homem se preocupa só com... a comida dentro de casa , pra sustenta os filhos....a mulher.” (I., 28 anos)

Apesar de encontrarmos relatos onde o homem participou do processo decisório sobre anticoncepção, os métodos geralmente escolhidos são os que exercem seus efeitos no corpo feminino. Além da responsabilização feminina sobre anticoncepção, a maior disponibilidade de anticoncepcionais femininos pode interferir nesta decisão do casal:

“É, ele fala que... ele não queria que eu tomasse comprimido, porque ele tem medo que falhe, né? Que falhe o comprimido. A gente quer assim, ver se eu tomo injeção. Quer que eu tome injeção, mesmo.” (Y., 18 anos)

A alegação da existência de poucos métodos para o homem e da maior quantidade de métodos para a mulher parece ser uma justificativa utilizada e aceita pelas próprias mulheres para a pouca participação masculina:

“Eu acho que seja, porque pra mulher existe mais meio dela evitar , né? ...de engravidar. É pro homem só existe mesmo esse negócio de camisinha, né? (O., 33 anos)

A participação masculina forçada pela negativa feminina em responsabilizar-se pela anticoncepção também apareceu no relato desta adolescente, que , entre os motivos alegados para não se cuidar, foi relevante o medo de ser descoberta com pílulas anticoncepcionais pela mãe. Neste caso, a necessidade de ocultar a sua prática sexual parece ter prevalecido sobre as pressões exercidas pelo namorado:

“Ele (namorado) sempre pedia pra mim tomá comprimido, usa alguma coisa, mas eu nunca queria, não... Ele sempre

comprava, só que eu não queria...(...) aí o único jeito era esse, eu nunca gostava de tomar nada, aí ele botava fora (coito interrompido) “ (L., 13 anos)

A relação de poder do homem sobre a mulher na esfera reprodutiva pode ilustrar-se pela *submissão feminina à negativa do homem* em usar a camisinha. A contradição entre o discurso e a prática das mulheres está presente nos seguintes depoimentos:

“Bom, eu falava pra ele : ‘Vamo usá camisinha.’ Ele: ‘Não , não tem negócio de camisinha, nem nada’. Aí eu falei: ‘Não podemos ... tomá comprimido não , porque eu nunca tomei , tomei um comprimido não.’ Aí ele deixou por isso.” (F., 28 anos)

“Usava (ACO) não porque ele não gostava (camisinha)... Pois é, se ele não gostar, né? Aí ... Pois é, ninguém pode fazer nada, né? Acho que é por isso que tem muita doença... As doença aumenta mais...E eu acho assim, né?(...) Porque...assim, o homem ele é muito farrista, sai muito, nem fica só com uma mulher. A mulher não, ela tem que se prevenir com tudo. Usando a camisinha... Principalmente a camisinha , sabe? Além de evita pega filho , evita de pegá doença também, né?” (C., 25 anos)

“É porque, sempre que eu ia me encontrá com ele, aí eu que levava duas caixas (de camisinha)..., aí eu fui pra lá nessa noite, aí eu perguntei pra ele: ‘Júnior e as camisinhas?’ Aí ele: ‘Não, eu não tenho mais não. Um amigo meu me tomou emprestado, num sei o que’. Aí num tivemos outro jeito, aí fomos fazer sem camisinha.” (R., 16 anos)

A submissão feminina ao desejo masculino de usar ou não a camisinha pode, paradoxalmente, significar uma responsabilização do homem pelo cuidado contraceptivo. Assim, ficar à mercê da vontade do homem parece relacionar-se à delegação da responsabilidade da prática do sexo seguro para este:

“Eles (namorados anteriores) trabalhavam com esse negócio de polícia, eles não eram caras irresponsável não. Era, usava (camisinha). Eles eram muito mais cuidadoso do que eu. Eu notava o jeito deles.” (R., 16 anos)

A *rejeição masculina* a determinados procedimentos como laquedura de trompas, e principalmente vasectomia, ou métodos que necessitem ou dependam do homem, como a camisinha e o coito interrompido, também expressa a pouca participação masculina na anticoncepção:

“O meu marido memo... por exemplo, ele não gosta de usar camisinha . Ele...não gosta de jeito nenhum . Ai tem esse negócio também de botar fora, né? Já são dois meio pra eles, né? Mas é o mais difícil, que eles não quer.... Esse aí, eles não querem, não.” (O., 33 anos)

“Não, eu já falei pra ele, pra ele fazer a vasectomia, né? Mas ele não tem coragem. Ele acha que eu... que só a gente tem que passar por esse processo sozinha. Eu acho também o homem devia colaborar com essa parte aí, né? Às vezes até interfere, quando a mulher quer fazer a ligadura eles diz...tem medo, dizem: ‘Não, não vai fazer.’” (S., 29 anos)

A penetração no imaginário social de concepções religiosas, sobretudo cristãs, contribuíram para limitar o papel social da mulher à posição de reprodutora, reforçando sua responsabilização pela contracepção. A perspectiva de gênero perpassa esta discussão, enquanto possibilidade de questionar relações historicamente estabelecidas que se expressam na esfera privada e afetiva. Neste sentido, a reprodução é uma questão de âmbito político tanto público quanto privado, por envolver relações de poder entre homem e mulher.

A dimensão sócio-econômica, presente no tema **relacionamento com o homem**, também apresentou temas específicos, como: a **cobrança social da maternidade** e os **serviços de saúde**. O item que aborda a **relação médico-paciente** situa-se na transição das dimensões sócio-econômica e psicossocial.

A **cobrança social da maternidade** foi outro aspecto ligado à questão de gênero, pela valorização social da mulher enquanto reprodutora. A importância da

maternidade na configuração da identidade feminina, onde *ser mulher* significa *ser mãe*, faz parte das representações de nosso imaginário. A emergência deste aspecto torna presentes características preponderantes na racionalidade teocêntrica, que tiveram influência de culturas antigas, tal como a hebreia.

O redimensionamento da maternidade enquanto opção ou possibilidade, leva à construção de mediações entre estas concepções e as condições concretas de ser mãe, conforme vemos no seguinte trecho:

“Porque o pessoal vem dizer: ‘Ah! Árvore que não dá fruto tem de ser cortada.’ Acho que tem nada a ver isso, não. Bom, pode até ser que seja, que uma mulher tem que ter filho, é ...os seus frutos. Agora, se puder criar tudo bem, se não puder também...é melhor procurá alguém que cuide pra poder dar uma vida melhor.” (F., 28 anos)

O próximo tema a ser discutido na dimensão sócio-econômica trata da **relação médico-paciente**, situado na interseção entre as dimensões psicossocial e sócio-econômica. Os aspectos relacional, dialógico e comunicativo, presente em qualquer relação interpessoal justificam a face psicossocial deste tema. Entretanto, optamos por discutir o mesmo na dimensão sócio-econômica por sua proximidade com a produção de discursos e práticas de saúde que referendam relações de poder (FOUCAULT, 1977). Além disto, a **relação médico-paciente** representa um dos componentes das intervenções desenvolvidas pelos serviços de saúde em torno de propostas relacionadas ao comportamento reprodutivo da população, como é o caso do *planejamento familiar*.

O tema sobre **relação médico-paciente** teve categorias relacionadas à *relação de poder* e *insatisfação* das usuárias, por não sentirem suas necessidades valorizadas. A preponderância da indicação técnica para determinados procedimentos, em detrimento dos aspectos comunicativos da relação, foram demonstrados pela falta de

convencimento de algumas mulheres, denotando a necessidade de construir mais pontes de mediação entre o poder médico e o desejo da mulher:

“(...)os médicos... por exemplo, a mulher já tem 3 filho, ela quer fazer uma ligadura, fala com o médico, o médico bota o maior obstáculo, né? (...) Eu acho que isso é um... eu num acho de acordo uma coisa dessa não...(...) quando a mulher pede pra fazer a ligadura..., eu acho que ela já tá precisando, já tá na hora, entendeu?” (S., 29 anos)

O sentimento de desconsideração, onde os sintomas de intolerância aos anticoncepcionais orais são desqualificados e a mudança ou não de medicação é feita à revelia da mulher, também foram fontes geradoras de insatisfação. No campo da saúde reprodutiva, estes aspectos da relação médico-paciente podem interferir na manutenção de uma medicação de longo prazo, como é o caso dos anticoncepcionais.

Segundo nossa experiência profissional, um aspecto a considerar trata da questão da distribuição de medicamentos nos serviços de saúde. As mudanças de medicamentos ocasionadas pela irregularidade da distribuição e pela modificações do produto fornecido parecem causar certa confusão para a população. Assim, as usuárias podem considerar como “troca” de anticoncepcional oral, mudanças apenas da embalagem e do nome fantasia do produto, apesar da composição química permanecer a mesma.

Empiricamente, já observamos certa insatisfação de algumas mulheres, motivada por essa “troca” aparente do anticoncepcional oral. Nestas situações, bastou orientar sobre a manutenção do mesmo medicamento, apesar das mudanças no nome e embalagem, para a compreensão e diminuição da insegurança por parte das mulheres. Assim, parece-nos que a comunicação por parte do médico (ou outro profissional de saúde), destes aspectos aparentemente simples, facilitaria o vínculo da usuária com o

profissional e o serviço, podendo influir, também, na continuidade e adesão à anticoncepção.

Outro aspecto, que trata da *relação de poder*, expressou-se por certa desqualificação do profissional de saúde a sintomas atribuíveis a “*efeitos colaterais menores*” percebidos por uma mulher. O relato abaixo, de uma mulher com uma trajetória contraceptiva longa, repleta de desistências e retornos ao anticoncepcional oral, ilustra alguma das considerações mencionadas:

“Ai troquei, que eu tava trocando de anticoncepcional. Eu só ia lá de seis em seis meses. Ai quando eu pedia pro médico trocá, ele disse: ‘Não, isso é normal (referindo-se a efeitos colaterais), isso é de você mesmo, tem comprimido que dá essa reação...’ Mas ai toda vida que eu ia era trocado, né? Os comprimido. Ele trocava mesmo por ele... Quando eu pedia ele não trocava.(...)” (C., 25 anos)

Neste caso, a *relação de poder* expressa-se pela intervenção sobre o corpo físico do “outro”, desconsiderando seus desejos e emoções. Isto denota a penetração do modelo biomédico não apenas no processo de diagnóstico, tratamento e prognóstico clínico, mas também na forma de estabelecimento da relação médico-paciente, por enfatizar e valorizar os sintomas de base orgânica, em detrimento das emoções e sentimentos do usuário. Assim, observamos uma complementação entre o poder médico e o modelo biomédico, fundamentador dos discursos e práticas clínicas na saúde. A determinação do que é *normal* e do que é *patológico*, também se demonstra nesta relação de poder. Vale destacar que os “*efeitos colaterais menores*” atribuíveis aos anticoncepcionais hormonais parecem ter um *status* de “normalidade” entre os profissionais de saúde que não condiz com a percepção das usuárias (CANGUILHEM, 1995).

Neste trabalho também observamos certa insatisfação das mulheres com a escassez do diálogo e das orientações por parte dos profissionais de saúde. A

valorização do aspecto relacional e o acesso e compreensão de informações sobre seu estado de saúde pareceram ser mais importantes do que a execução aparentemente correta de determinados procedimentos, corroborando achados de outros estudos (BOSI, 1998). A falta de critérios técnicos por parte da população para avaliar a competência do médico, leva à utilização de parâmetros como: “*a amabilidade, a boa vontade, a complacência*” que constituem “*critérios difusos usados cotidianamente na apreciação de outrem*” (BOLTANSKI, 1984:38). As transcrições abaixo ilustram esta questão:

“Ah, tá sendo boa (a consulta) , né? Mas a médica quase não conversa com a gente... eu entro , aí só é medida a pressão, me pesam , aí... às vez a gente fica sem...saber de nada. A única coisa que ela pergunta é se ainda tá tomando a vitamina. Só. Ela passa as vitamina , todo mês que a gente vai ela...passa uma vitamina.” (G., 21 anos)

“ A dotôra é boa , ela, tá entendendo? Ela é legal mas....eu acho que não é só comigo, não. Acho que é com todas as meninas de lá, sabe? Acho que ela não...não tem aquele tempo, tá entendendo? Pra conversar, assim, me dizer: ‘Olhe , tá acontecendo isso.’ Ou então dizer que tá tudo bem, sabe?” (I., 16 anos)

“Eu acho legal (o pré-natal) , né? Só...só um problema que eu acho...tem certas doutoras que não perguntam o que a pessoa sente ...Que devem perguntar, né?... Teve uma...que eu gostei muito, foi uma doutora. Porque ela perguntou se tava bem, ela passou vitamina pra mim... que eu não podia ter desgosto com ele (namorado), muito desgosto, que afetava a criança.... ” (D., 18 anos)

A grande demanda dos serviços públicos de saúde parece limitar a utilização do potencial estratégico da relação que os profissionais de saúde estabelecem com os usuários (BOSI, 1994; BOSI 1998). A discussão sobre a satisfação dos usuários é extensa na literatura e não cabe nos objetivos desta pesquisa, mas vale ressaltar que a priorização de ações técnicas, em detrimento dos aspectos relacionais, deve ser

redimensionada se houver o intuito de considerar a organização de serviços de saúde que pretendam valorizar a satisfação dos usuários (BOSI, 1998; NUTO, 1999).

Em relação aos **serviços de saúde**, observamos que, para a maioria das mulheres, especialmente as adolescentes, o pré-natal representou o primeiro contato com serviços de atenção à saúde da mulher. Poucas foram, portanto, as mulheres com experiência anterior em serviços de planejamento familiar ou de prevenção de câncer ginecológico.

Outro aspecto que observamos em relação aos serviços de saúde, trata da atenção integral à saúde da mulher, devendo ser prevista uma rotina de consulta que possibilite averiguar *necessidades ocultas* relacionadas a possíveis problemas que não transparecem no motivo explicitado para a procura ao serviço. O seguimento de uma rotina de anamnese ginecológica apregoada por manuais e livros técnicos (BEREK et al, 1998) é importante para verificar questões relacionadas a essas *necessidades ocultas*.

Entretanto, a inquirição sistemática através de protocolos específicos pode não ser suficiente caso um problema constatado não seja encaminhado. Por exemplo, uma mulher que procura um serviço de prevenção ginecológica deve ser inquirida a respeito de aspectos relacionados à anticoncepção, e encaminhada quando necessário. Estas questões, aparentemente técnicas, também se relacionam com a organização dos serviços de saúde. Algumas das informantes que relataram experiência anterior em serviços de prevenção de câncer ginecológico, não fizeram referência à averiguação ou encaminhamento de outras necessidades. A exceção desta situação foi constituída pelo seguinte relato:

“Só pra fazer prevenção...Aí foi logo quando eu entrei na Maternidade, aí a mulher pegou e perguntou se eu tava usando... algum comprimido, alguma coisa (para não engravidar) , eu disse a ela que não. (...) lá foi que me

disseram: 'Olha, aqui dá remédio e tudo, pra você se cuidar.' Ai tem as palestras lá, né? Ai foi como eu fiquei sabendo. (...)' (E., 16 anos)

Outra questão mencionada na literatura (VITIELLO, 1991) e encontrada na pesquisa teve a ver com a *gratuidade* da consulta e dos exames pré-natais, o que poderia extrapolar-se para outras ações de saúde da mulher, como o planejamento familiar e a prevenção do câncer ginecológico. O relato demonstra o abandono de serviços em função da falta de *gratuidade* nos exames laboratoriais:

"A, eu, eu fiquei indo ali no Menino Jesus, aí depois eles ficaram... exigindo pra gente pagar os exames de sangue...(...) Ai, lá no SESP foi do mesmo jeito, o homem disse que, que os exames também era pago, aí eu peguei sai de lá." (R., 16 anos)

O desenvolvimento de uma *identificação* com outras usuárias e com as ações realizadas pelo serviço de saúde foram citadas por uma adolescente, podendo ser fatores contribuintes na vinculação da mulher ao serviço:

"Mas ali na maternidade eu acho mais melhor, a gente tem mais conhecidos, faz amizade. Eu acho legal lá. Mas tudinha (as outras adolescentes) são legal, tudinha são do mesmo jeito, a gente fica mesmo uma turma reunida ali (...)" (R., 16 anos)

A utilização dos serviços oficiais de saúde está inserida em uma rede terapêutica considerada pelo pluralismo médico⁹ como a coexistência de alternativas oriundas de diferentes campos do saber, tais como, o popular, o informal e o profissional (científico) (KLEINMAN, 1980). Nesta pesquisa, observamos que as mulheres parecem ter atribuído maior importância ao setor informal de saúde. A maior ênfase neste setor pode relacionar-se a aspectos como: a maior valorização das orientações de

⁹ O pluralismo médico relaciona-se a diferentes opções de assistência à saúde, identificadas nas sociedades complexas. Estas opções, classificadas como: informal, popular e profissional, possuem suas próprias explicações sobre o processo saúde-doença e suas formas de tratamento. Na alternativa informal a percepção inicial e o tratamento do problema ocorrem no ambiente caseiro, geralmente através da auto-medicação ou da indicação de leigos. Na alternativa popular, encontramos os curandeiros, especialistas da cura, que realizam curas vinculadas com práticas sagradas e seculares. A alternativa profissional é

pessoas de convivência próxima, que geralmente já experimentaram os medicamentos por elas indicados; e o descrédito nos serviços e profissionais de saúde, que pode relacionar-se a expectativas frustradas anteriores.

A informante abaixo demonstra alguns destes aspectos citados:

“Elas (primas) me diziam e eu pegava e comprava (ACO), nunca fui no médico não, pra ele passar o adequado não. Mas aí eu digo: “Não, já que... desse jeito eu não vou nem no médico, porque... pra ele me passar comprimido, já que esses não estão servindo, imagine o que o médico vai passar. (...).” (S., 29 anos)

Esta mulher relatou uma experiência negativa nos serviços de saúde, insatisfeita e sem entender porque não poderia realizar uma laqueadura de trompas, já que tal era seu desejo. As explicações técnicas dadas pelos médicos não foram suficientes para desmotivá-la da sua intenção. Neste caso, outra possibilidade interpretativa estaria ligada à manutenção da auto-determinação no controle de seu próprio corpo como forma de contraposição ao poder profissional, expressando-se pela desmotivação na busca de serviços de planejamento familiar.

Finalmente, a última dimensão da qual trataremos neste trabalho é a **sobrenatural**. Situar a discussão desta dimensão ao final do nosso trabalho e em uma extensão menor que as dimensões anteriores, não se deve à sua menor relevância. Pelo contrário, pudemos observar que a dimensão sobrenatural parece ser a instância última e fundamental para as explicações do fenômeno da vida e conseqüentemente da ocorrência de gravidez entre a quase totalidade das mulheres estudadas. As categorias emergentes nesta dimensão foram: “*dom de Deus*”, “*destino*”, “*mistério*”, “*natureza*” e “*reencarnação*”. Agrupamos estas categorias em um tema denominado **ordem divina**.

A imponderabilidade da concepção, a resignação da vontade humana ante a vontade divina e a vida como obra de Deus refletem-se abaixo:

“Aí já não deu porque se Deus quer, né? Quer dizer, que Deus é quem sabe, né? (...) Aí eu entreguei... entreguei a Deus, né? Eu acho que quando tem de acontecer, acontece mesmo. Eu não queria, não.” (O., 33 anos)

“Não sei, não. É quando tem de pegar... É quando Deus quer, é... quando tem mesmo da mulher pegar, sei não... com a ajuda de Deus, né? Deus tem que ajudar... a gente, porque a gente só não faz nada, né? (...) Filho se tiver que pegar, pega, né?” (I., 29 anos)

“Que uma criança é um inocente, né? Eu acho, né? Que vem de Deus... Tudo de bom vem de Deus... As coisa ruim deve vim do mundo mesmo...” (C., 25 anos)

“Eu não sei, eu acho que... um dom de Deus. Sei... acho que é... Porque... tem muitas que é doida pra engravidar e não engravida, eu não sei... o ... que é não.” (F., 28 anos)

“Acho que é uma coisa muito bem feita, né?... Essa capacidade... Foi muito bem feito mesmo por Deus..., Ele fazer isso. É. Só Dele, né? Porque... pra isso acontecer... se não for por Deus, acho que nenhuma mulher e nenhum homem tinha capacidade de ... engravidar, né?... Tem muitos por aí, tem muito homem que não consegue engravidar as mulher, né? E tem muitas mulheres que não conseguem engravidar. Acho que depende de Deus, né? Pai de tudo.” (G., 21 anos)

“Eu acho que... foi Deus mesmo que já... criou a mulher, tá entendendo? Pra gerar outra vida.” (E., 16 anos)

“Ah, eu acho que é isso aí... Não sei, é Deus que dá esse dom... Deus que dá o dom... Foi Deus. Foi Deus que, né? Me dá capacidade de... de conceber, né? E a gente tá junto (casal), e fazer uma vida... É isso.” (Y., 18 anos)

“Aí o povo sempre dizia: ‘Vai fazer tratamento.’ Mandava eu fazer tratamento (para engravidar). ‘Não, se tiver que pegar Deus me dá.’ Né?” (S., 29 anos)

Outros relatos articulam a natureza enquanto um atributo da **ordem divina**, pouco passível de explicação e conhecimento, por tratar-se de uma ordem imbuída de mistério:

“Não sei, eu acho que assim, isso é coisa da natureza, coisa de Deus. Não sei, isso aí eu não sei nem explicar direito não.” (S., 29 anos)

“Que é da natureza. Tudo isso é a natureza, neném gerando é a natureza...O que eu ouço falar é da natureza.” (U., 16 anos)

“Eu acho que... aí já depende só da natureza.” (D., 18 anos)

A possibilidade de controle da fertilidade via sobrenatural também surgiu neste depoimento, onde a “ligadura” divina seria uma alternativa à humana, e a garantia do procedimento estaria na dependência da fé:

“(...)Eu acho que Deus interfere, porque eu tenho uma tia (...). Ela nunca fez ligação, ela teve quatro menina mulher. Deus mesmo foi quem fez a ligação dela.(...) Até ela mesma acredita que foi Deus que fez a ligação nela.(...) Eu acho, se eu não conseguir a ligação do jeito que eu quero conseguir, eu entrego na mão de Deus e peço a Ele pra Ele não querer, não querer mais filho, né?... eu pedindo com fé, eu acho que Ele vai me atender (...) se eu pedir com fé mesmo eu não vou usar outros meios, outro jeito. É, se eu pedir com fé mesmo a Ele, ter fé mesmo que Ele vai fazer isso mesmo... pronto, eu entrego na mão Dele lá e deixo lá, pronto.” (S., 29 anos)

Uma questão muito interessante e emblemática que encontramos ocorreu com uma adolescente que teve uma experiência de aborto anterior que lhe deixou seqüelas psicológicas. A relação estabelecida entre o sentimento de culpa, a promessa de assumir uma próxima gravidez (a gravidez em curso, no caso) e a possibilidade de um castigo divino (esterilidade ou deformidade congênita nos filhos subseqüentes), constituíram um contexto que pode ter sido propício e facilitador da gravidez atual. É possível que o “teste da fertilidade” (VITIELLO, 1991), situado na dimensão psicossocial, também possa ter sido um componente desta situação:

“Às vezes me dá... uma coisa ruim dentro de mim, sabe? Por eu ter feito isso (aborto anterior) ... Depois que eu fiz isso eu disse pra Deus mesmo se ...acontecesse isso de novo eu ia deixar.(...) fiz uma promessa, que se eu...tirasse o menino, a

próxima vez que eu engravidasse (gravidez atual) , eu ia deixar, acontecer naturalmente, tá entendendo? ” (E., 16 anos)

*“(...)na minha cabeça eu já tinha botado que eu não engravidaria mais , depois daquilo dali (aborto anterior) eu fui me sentir tão ruim, tão mal que eu nunca mais tinha procurado saber assim, como era que eu tava, se eu ainda podia engravidar. Pra mim eu não podia mais, tá entendendo? (...)E eu achava que eu **não merecia**, mais (engravidar)...Mas... ia ter um tempo da minha vida que eu ia querer ter, né? E... se depois eu não pudesse? (...) Era! **Um castigo**. Pra mim eu acho que Deus não ia mais... Dizer assim: ‘Ah, você não vai mais ter.’ Tá entendendo? ‘Por que você fez isso, cê matou uma vida, né? **Pra mim, não ia ter mais (filhos) , de jeito nenhum.** ” (E., 16 anos)*

*“Eu tenho **medo que ele nasça com alguma coisa**, assim algum problema, não sei...sabe? ...Eu, às vezes eu assim: ‘Ah, meu Deus **será que depois que eu fiz aquilo (aborto) esse meu filho agora vai nascer com algum problema?**’, Mas, se Deus quiser, tomara que não. Tomara que eu não vá ter nenhum problema , não.” (E., 16 anos)*

A conotação de **mistério** e **destino** situaram a gravidez não planejada sob a forma de um fenômeno inexplicável, evento da vida, de âmbito do desconhecido e imprevisível:

*“Até que ele (ex-namorado) falou: ‘Acho engraçado, né? Que tu vê que **não tomou nada**, não tomava nada, nem evitava, né? Nem a gente usava camisinha... e tu **não pegou filho meu!** Porque que foi **pegá desse homem** que tu nem conhecia?’ Eu disse: ‘Ah, não sei!’ Mas eu acho que isso ocorreu da vida mesmo. Sei não.” (N., 28 anos)*

*“Eu não sei, porque ... assim se a minha gravidez fosse planejada, né? Combinada e tudo ...Mas eu...eu não posso dizer nada, porque não foi, foi, aconteceu, né? **Não foi planejada, não. Aí não posso lhe explicar como foi...** ” (L., 13 anos)*

*“Aconteceu...aconteceu assim, sem você esperar, né? O pessoal diz : ‘**Foi da vida mesmo**’, né? **Que aconteceu...** ” (E., 18 anos)*

Noções de pré-destinação que fogem do controle humano são evidenciadas abaixo:

“Sei lá, parece que foi uma coisa que num deixava ele comprar, o remédio (ACO) , sei não, acho que era pra acontecer mesmo.” (U., 16 anos)

A noção de “reencarnação”, que constitui uma visão cíclica da vida e da morte, também esteve presente:

“A pessoa morre e faz assim tipo uma... uma colônia, aí essa pessoa lá se recupera e volta de novo. Aí encarna de novo.” (U., 16 anos)

A dimensão sobrenatural, perpassada por racionalidades fundamentadas em concepções que valorizam esferas do sagrado e da religião, remetem para as racionalidades cosmocêntrica e teocêntrica. A relevância da dimensão sobrenatural no discurso das mulheres suscita algumas reflexões sobre o distanciamento existente no discurso e nas práticas fundamentados no modelo biomédico e as concepções populares sobre a ocorrência de gravidez.

Neste sentido, o advento da Modernidade provocou uma “*ruptura epistemológica*” (LUZ, 1988) com racionalidades anteriores, e questões que eram do âmbito do sagrado e da religião foram relegadas, ou passaram a ter a ciência como critério único e exclusivo de verdade. Formas anteriores de conhecimento foram, assim, desqualificadas, possibilitando a separação entre ciência e fé ocorrida na Modernidade, o que favoreceu o processo histórico de construção da ciência enquanto forma hegemônica de conhecimento da realidade.

O discurso moderno e científico sobre fertilidade e contracepção é um discurso fundamentado em concepções cartesianas e positivistas da realidade, que desconsidera a possibilidade de outras racionalidades poderem explicar, sob outros pressupostos, fenômenos como a concepção de vida. Apontamos, então, que não é mera coincidência a denominação dos meios anticoncepcionais como “métodos”, e a sua classificação em “métodos modernos” (ou científicos, por terem sido criados pela ciência) e “métodos

tradicionais” (marcados por sua sobrevivência no decorrer dos tempos). Esta subdivisão, oriunda de textos técnico-científicos, exclui outras formas de evitar ou facilitar a gravidez evidenciadas nesta pesquisa, por estarem baseadas em dimensões simbólicas, e portanto, pouco passíveis de intervenção “científica”.

Descartar dimensões como a sobrenatural, completamente ausente do discurso científico sobre fertilidade e contracepção, é um reducionismo que faz vistas grossas à complexidade inerente à realidade. Apesar da importância de incorporar outras dimensões da realidade na compreensão de fenômenos como a fertilidade e a contracepção, não pretendemos, neste trabalho, esgotar a singularidade enquanto um fenômeno relevante no processo saúde-doença humano, do qual fazem parte a fertilidade e a reprodução (CASTIEL, 1994).

Diagrama 1

DIMENSÕES DA REALIDADE

Síntese de Temas e Categorias Discursivas das Mulheres Adultas

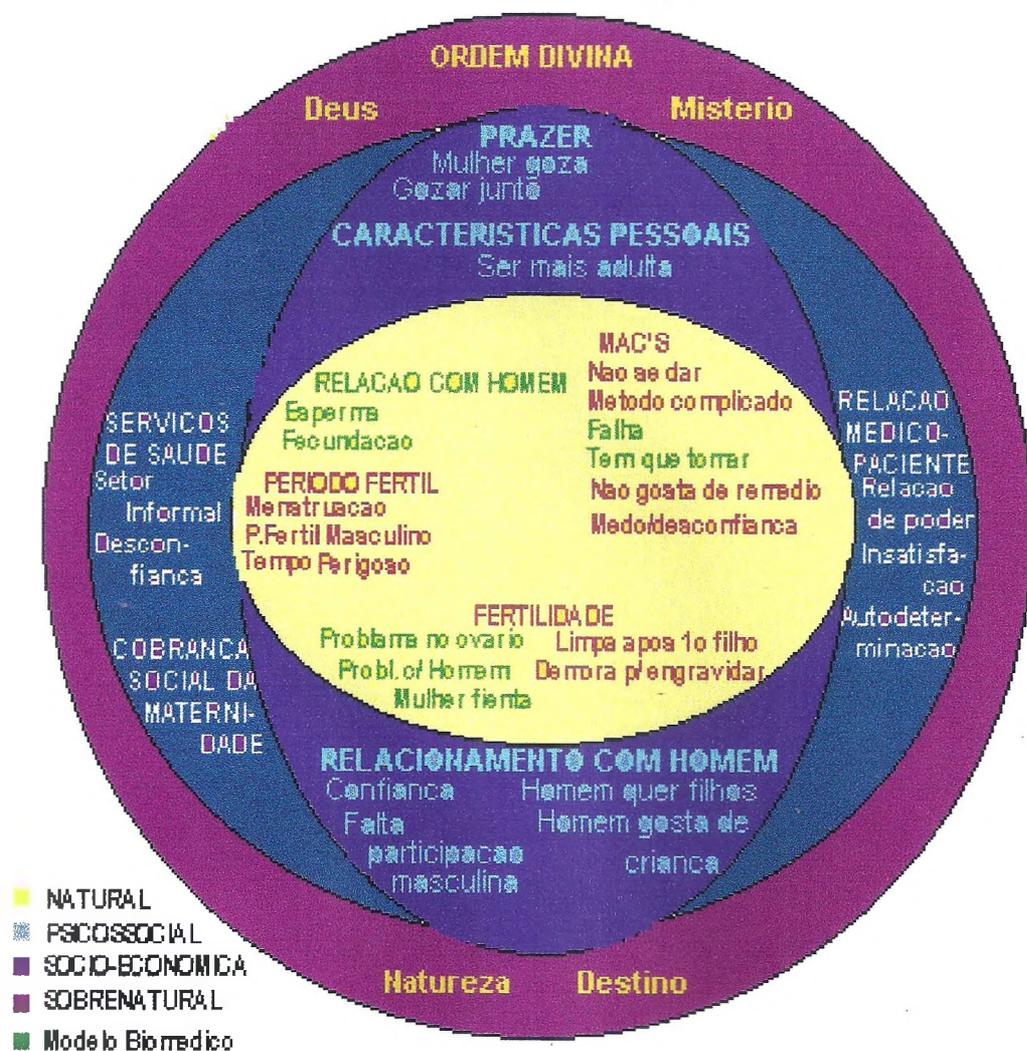
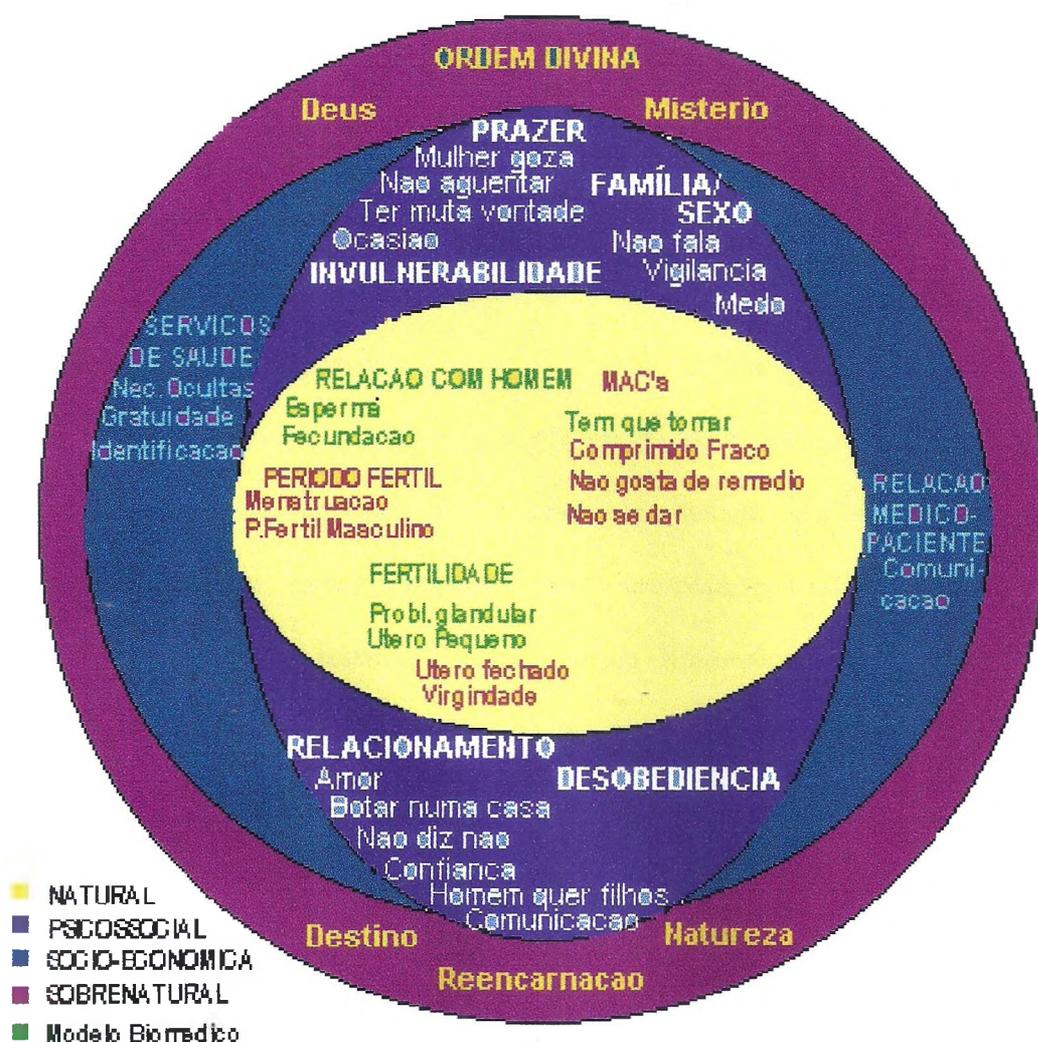


Diagrama 2

DIMENSÕES DA REALIDADE

Síntese de Temas e Categorias Discursivas das Adolescentes



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sintetizando os achados deste trabalho, apresentamos algumas considerações conscientes de que a leitura realizada representa apenas uma das versões possíveis, a ser verificada e, talvez, superada a partir da realização de novas investigações. Contudo, julgamos oportuno apontar algumas conclusões no intuito de oferecê-las como ponto de partida para futuras indagações.

Destacamos por sua relevância e pertinência as seguintes considerações:

- O modelo de análise aqui utilizado (NGOKWEY, 1988), estabelece dimensões separadas e específicas da realidade, cuja estrutura não se verificou completamente na nossa experiência, por termos encontrado uma sobreposição de categorias e temas situados na interface de duas ou mais dimensões, sendo, portanto, não estanques. Evidentemente, qualquer tentativa de classificação traz em si limitações que lhe são inerentes. Entretanto, isto não nos isenta de pensar em modelos abrangentes, que incorporem a complexidade enquanto fundamento essencial da realidade. Em contrapartida, cabe ressaltar que, apesar das limitações, o modelo de Ngokwey foi útil na sistematização e consideração de esferas simbólicas ausentes no modelo biomédico.
- Observamos que as combinações de temas e categorias que caracterizaram as especificidades de cada mulher e as recorrências comuns a várias mulheres reforçaram a importância de dimensionar o fenômeno da gravidez não planejada no âmbito da complexidade.

- A distinção etária das informantes em adolescentes e adultas contribuiu para explicitar dimensões simbólicas singulares a cada grupo, caracterizadas por categorias e temas específicos ou mais recorrentes entre mulheres da mesma faixa etária. Entre as adolescentes podemos apontar temas e categorias específicos, como a percepção de invulnerabilidade e o diálogo familiar sobre sexo, e entre as adultas a intolerância aos anticoncepcionais hormonais e a demora para engravidar.
- Algumas categorias e temas encontrados na dimensão natural do discurso das mulheres, tais como, a *intolerância aos anticoncepcionais* e a *demora ou para engravidar*, não fazem parte do modelo biomédico, reforçando o reducionismo com que este modelo enfoca a realidade.
- O nosso paradoxo inicial entre informação e comportamento das mulheres levou-nos à reflexão de que os métodos anticoncepcionais modernos são concebidos a partir de certa racionalidade limitada à ação biológica. A contradição básica não parece, assim, situar-se nas mulheres que conheciam e não usaram contraceptivos, mas na relação entre as práticas educativas e assistenciais dos serviços de saúde, propagadoras de métodos anticoncepcionais modernos baseados em concepções que descartam outras racionalidades além da antropocêntrica; e as concepções e práticas das mulheres, permeadas por outras racionalidades caracterizadas por uma complexidade simbólica que passa por modelos interpretativos distanciados do modelo biomédico.
- Os discursos e práticas das mulheres sobre fertilidade e contracepção não podem ser caracterizados enquanto fruto da desinformação, mas enquanto um tipo de conhecimento diferente do científico, por embasar-se em

cosmovisões globalizadoras, que influenciam as concepções de corpo, fertilidade, reprodução, vida e morte. Assim, as informações técnico-científicas representam apenas um dos tipos de informações possíveis de referenciar práticas e concepções em saúde reprodutiva.

- A realização de intervenções mais eficazes em saúde reprodutiva deve passar pela adoção de estratégias que considerem os aspectos ligados ao imaginário das mulheres, sendo importante a vinculação do resgate destes aspectos simbólicos enquanto uma questão de cidadania na constituição de ações integrais de assistência à saúde feminina.
- A presença de várias racionalidades no discurso e prática das mulheres foi marcada pela ocorrência de rupturas e continuidades que demonstraram a coexistência de diferentes dimensões simbólicas. Constatamos assim, a penetração e reinterpretação de concepções oriundas do modelo biomédico entremescladas com representações populares, que, juntas, constituíram o imaginário sobre fertilidade, reprodução e contracepção.
- Consideramos importante referendar a leitura aqui realizada através de outros estudos que contribuam para reforçar o aprofundamento de aspectos simbólicos sobre fenômenos como a gravidez não planejada, de maneira a possibilitar a expressão do discurso silenciado das mulheres situando-o no espaço que lhe cabe: entre o mito e a ciência.

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGYEI, W.K. & MIGADDE, M. *Demographic and sociocultural factors influencing contraceptive use in Uganda*. **Journal of Biosocial Sciences**, v.27, n.1, p. 47-60, 1995.
- ALMEIDA FILHO, N. *Caos e causa na Epidemiologia*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2. 1992, BELO HORIZONTE. **Anais...** Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994. 290p., p.117-126.
- ANDRÉ, M.E.D.A. *Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos*. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 45, p.66-71, 1983.
- ATKINSON, S.J. & FARIAS, M.F. *Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in Northeast Brazil*. **Social Science Medicine**, v. 41, n.11, p.1577-1586, 1995.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BARBOSA, R.M. & VILLELA, W.V. A trajetória feminina da AIDS. In: PARKER, R. & GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.
- BASSO, S.C. *Salud y sexualidad desde una perspectiva de género*. In: GÓMEZ, E.G. **Género, mujer y salud en las Americas**. Washington, D.C.: OPS, 1993. P.124-129.
- BEARSS, N.; SANTELLI, J.S. & PAPA, P. *A pilot program of contraceptive continuation in six school-based clinics*. **Journal of Adolescent Health**, v.17, n.3, p. 178-183, 1995.
- BEMFAM –SOCIEDADE CIVIL E BEM-ESTAR FAMILIAR DO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – Relatório Preliminar**. Rio de Janeiro: Departamento de Educação e Comunicação Social/BEMFAM, 1996.
- BENSON, R.C. **Manual de Obstetrícia e Ginecologia**. Los Altos (Califórnia): Ed. Guanabara Koogan, 1981. 749p.
- BEREK, J.S.; ADASHI, E.Y.; HILLARD, P.A. **Novak – Tratado de Ginecologia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 1998. 961p.
- BERGLUND, S; LILJESTRAND, J; MARÍN, F.de M.; SALGADO, N.; ZELAYA, E. *The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach*. **Social Science Medicine**, v. 44, n. 1, p.1-12, 1997.

- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984. 191p.
- BOONGARTS, J & BRUCE, J. *The causes of unmet need for contraception and the social context of services*. **Studies in Family Planning**, v.26, n. 2, p.57-75, 1995.
- BORUCHOVITCH, E. *Fatores associados à não-utilização de anticoncepcionais na adolescência*. **Revista Saúde Pública**, S. Paulo, v.26, n.6, p. 437-43, 1992.
- BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. *Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de serviços*. **Cad de Saúde Pública**, 14 (2), p.355-365, 1998.
- BOSI, M.L.M. *Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na Rede Pública de serviços*. **Cad de Saúde Pública**, v.10, nº 4 , p. 446-456, 1994.
- BOTOMÉ, S.P. *Ensino na área da saúde: o problema do objeto de trabalho*. **Ciência e Cultura**, v.36, nº 6, p. 13-22, 1984.
- CABRAL, J.T. **A sexualidade no mundo ocidental**. Campinas, SP: Ed. Papyrus, 1996.
- CALDIZ, L.S.; MALOSETTI, L. & BAYARDO, R. *Maternidade adolescente em Bariloche (Argentina)*. In: AMADO,T.; COSTA, A.O.(Org). **Alternativas escassas: saúde, sexo e reprodução na América Latina**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34/Fund. Carlos Chagas, 1994. p. 47-80.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1995. 307p.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 17ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1996. 447p.
- CASTAÑEDA, X.; GARCÍA, C.; LANGER, A. *Ethnography on fertility and menstruation in rural Mexico*. **Soc Science Medicine**, v. 42, n. 1, p. 133-140, 1996.
- CASTELLANOS, P. *A Epidemiologia e a organização dos serviços*. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1994. p.477-484.
- CASTIEL, L.D. **O Buraco e o Avestruz**. Campinas, SP: Ed. Papyrus, 1994. 203p.
- CEARÁ, SECRETARIA ESTADUAL E SAÚDE. **I Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no estado do Ceará**. Fortaleza, 1994. (mimeo)
- CEARÁ, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Terceira Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará - PESMIC 3**. Fortaleza, 1995.
- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Ática, 1995. 440p.

- DEGRAFF, D & SILVA V. *A new perspective on the definition and measurement of unmet need for contraception. International Family Planning Perspectives*. Vol 22, n. 4, 1996.
- DENTON, A.B. & SCOTT, K.E. *Unintended and unwanted pregnancy in Halifax: the rate and associated factors. Canadian Journal of Public Health*, v. 85, n. 4, p. 234-8, 1994.
- DESSER, N.A. **Adolescência, Sexualidade e Culpa**. Rio de Janeiro - Brasília (DF): *Ed. Rosa dos Tempos - Fundação Universidade de Brasília*, 1993. 171p.
- DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1976. 232p.
- DUROZOI, G. & ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**. 1ª ed. São Paulo: Ed. Papyrus, 1990. 511p.
- ELIADE, M. **Mito y Realidad**. 2ª ed. Barcelona: Ed. Labor, 1994. 231p.
- FERREIRA, F.W. **Planejamento, Sim e Não. Um Modo de Agir num Mundo em Permanente Mudança**. 10ª ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1988.
- FINGER W.R. *Los anticonceptivos orales son seguros y muy eficaces. Network en español: Family Health International*, vol.16 n° 4, 1996.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977. 231p.
- _____. **História da Sexualidade I – A vontade de saber**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1993. 152p.
- FURMAN S .S. *Unwanted pregnancy: the role of the general practitioner. African Medical Journal*. v. 58, n.23, p. 941-2, 1980.
- GALLEN, M.E., LISKIN, L., KAK, N. *Os homens: novo enfoque para os programas de planejamento familiar. Population Reports, Serie J*, n. 33, p. 1-24, 1987.
- GARNIER, M. & DELAMARE, V. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina**. 20ª ed. São Paulo: Andrei Ed., 1984. 1114p.
- GOUREVITCH, A.Y. *O tempo como problema de história cultural*. In: RICOEUR, P. (Org). **As Culturas e o Tempo**. Petrópolis-São Paulo: Ed. Vozes-EDUSP, 1975.
- GRÖF, S. & C. **Além da Morte**. Rio de Janeiro: Ed. del Prado, 1996.
- GUIMARÃES, CD. *Mulheres, Sexualidade e Aids: Um Projeto de Prevenção*. In: AMADO T.; COSTA A O. **Alternativas Escassas: Saúde, Sexo e Reprodução na América Latina**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34/Fun. Carlos Chagas, 1994. p.249-281.

- GURVITCH, G. **Determinismos Sociais e Liberdade Humana**. 1ª ed. Rio de Janeiro-São Paulo: Ed. Forense, 1968. 361p.
- HAGUETTE, M.T.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.224p.
- HATCHER, R.A.; TRUSSEL, J.; STEWART, A.; STEWART, G.K.; KOWALD, D.; GUEST, F.; CATES, W.; POLIER, M.S. **Contraceptive Technology** . 16ª ed. rev. New York: Irvington Publishers, 1994.
- HARDING, M.E. **Os Mistérios da Mulher**. 2ª ed. . São Paulo: Ed. Paulinas, 1985. 311p.
- HELMAN, C.G. **Cultura , Saúde e Doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1994. 333p.
- HILLARD, P.J. *Oral contraception noncompliance: the extent of the problem*. **Adv Contraception**, Oct, 8, Suppl 1, p. 13-20, 1992.
- JOHNSON SM; SNOW LF & MAYHEW HE . *Limited patient knowledge as a reproductive risk factor*. **Journal of Family Practice**, v.6, n.4, p. 855-62, 1978.
- JONES, E.F. & FORREST, J.D . *Contraceptive failure rates based on the 1988 National Survey of Fertility and Growth*. **Family Planning Perspectives**, v.24, n.1, p.12-9, 1992.
- KAMBIC RT & MARTIN MC . *Evaluating client autonomy in natural family planning*. **Adv. Contraception**, v.4, n.3, p. 221-31, 1988.
- KAUFMANN RB; MORRIS L & SPITZ AM . *Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions*. **American Journal of Epidemiology**. v.145. n.9, p. 810-6, 1997.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. London (England): University of California Press, 1980. 427p.
- LEAL, O.F. Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas. In: ALVES, P.C. & MINAYO, M.C.S. (Org.). **Saúde e Doença: um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.128-139.
- LEAR, D. *Sexual Communication in the age of AIDS: the construction of risk and trust among young adults*. **Social Science Medicine**, vol 41, n. 9, p. 1311-1323, 1995.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Ed. Cortez, 1991.
- LINDELL, M.E.; OLSSON, H.M. & SJÖDEN, P.O. *Choice of contraceptive method for birth control and attitudes toward abortion in Swedish Women ages 23-29*. **Health Care Women International**, v.16, n.1, p. 75-84, 1995.

- LÓPEZ, G.; YUNES, J.; SOLÍS, J & OMRAN, A.R. **Salud Reproductiva en las Américas**. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- LUZ, M.T. **Natural, Racional, Social: Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1988.
- MATEOS, S.B. & LAGO, C. *Quando a lei mata*. **Atenção**, Ano 2, nº.3, p. 8-15, 1996.
- MBIZVO, M.T.; BONDUELLE, M.M.; CHADZUKA, S.; LINDMARK, G.; NYSTROM, L. *Unplanned pregnancies in Harare, Zimbabwe: what is the contraceptive history and awareness of the mothers?* **Central African Journal of Medicine**, v.43, n.7, p. 200-5, 1997.
- MICHELAT, G. *Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia*. In: THIOLENT, M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Pólis, 1987. p.191-211.
- MIELNIK, I. **Mãe, Pai e Filhos – Encontros e Desencontros**. São Paulo: HUCITEC-Graphbox, 1993. 367p.
- MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269p.
- MINAYO, M.C. de S. & SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993.
- MINAYO, M.C.S. Representações de Cura no Catolicismo Popular. In : ALVES, P.C. & MINAYO, M.C.S. (Org.). **Saúde e Doença : Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.57-71.
- MONTEIRO, M.P. **Feminilidade, o Perigo do Prazer**. 2ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.
- MONTERO, P. **Magia e Pensamento Mágico**. 2ª ed. São Paulo: Editora Ática, 1990.
- NATIONS, M.K.; MISAGO, C.; FONSECA, W.; CORREIA, L.L. & CAMPBELL, O.M.R. *Women's Hidden Transcripts about Abortion in Brazil*. **Social Science Medicine**, v. 44, n. 12, p. 1833-1845, 1997.
- NGOKWEY, N. *Pluralistic etiological systems in their social context: A Brazilian Case Study*. **Social Science Medicine**, v. 26, n. 8, p. 793-802, 1988.
- NUNES, M.J.F.R. De Mulheres, Sexo e Igreja: Uma Pesquisa e Muitas Interrogações. In: AMADO, T. & COSTA, A.O. (Org.). **Alternativas Escassas: Saúde, Sexo e Reprodução na América Latina**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34/Fun. Carlos Chagas, 1994. p.175-203.

- NUTO, S.A.S. **Avaliação crítica e cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe: a vez e a voz do usuário.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999. 288p.
- PAIM, J.S. *A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais.* In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1994. P.455-466.
- PARSON, M.J. & CULLIGAN, M.J. **Planejamento - de volta às origens.** São Paulo: Ed. Best Seller, 1988.
- PETERSEN, R. & MOOS, M.K. *Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns.* **Womens Health Issues.** v. 7, n. 4, p. 234-40, 1997.
- POTTER L.S. *How effective are contraceptives? The determination and measurement of pregnancy rates.* **Obstetrics & Gynecology,** v.88, n. 3, Suppl, 13S-23S, 1996.
- PRIGOGYNE, I. **O fim das certezas. Tempo, caos e as leis da natureza.** São Paulo: Ed. UNESP, 1996.
- RANKE-HEINEMANN, U. **Eunucos pelo reino de Deus. Mulheres, Sexualidade e a Igreja Católica.** Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1996. 383p.
- RANTAKALLIO, P. & MYHRMAN, A. *The child and family eight years after undesired conception.* **Scandinavian Journal of Social Medicine,** v.8, n. 3, p. 81-7, 1980.
- RIBEIRO, L. Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base. In: AMADO, T. & COSTA, A.O. (Org.). **Alternativas escassas: saúde, sexo e reprodução na América Latina.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. 34/Fun. Carlos Chagas, 1994. p.143-173.
- RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 213p.
- ROBEY, B.; ROSS, J.; BHUSHAN, I. *Meeting Unmet need: new strategies.* **Population Reports, SERIES J,** n. 43, p. 1-35, 1996.
- ROCHA, M.L.; OPPERMAN-LISBOA, K. & GIUGLIANI, E. R.J. *Planejamento Familiar.* In: **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária.** 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996.p 175-182.
- ROSENBERG, M.J.; WAUGH, M.S.; LONG, S. *Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral contraceptives.* **Journal of Reproductive Medicine,** v.40, n.5, p. 355-60, 1995.
- ROSENBERG MJ; WAUGH MS; MEEHAN TE . *Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation.* **Contraception,** v.51, n. 5, p 283-8, 1995.

- ROSENBERG, M.J. & WAUGH, M.S. . *Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons*. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.179, n.3, Pt 1, p. 577-82, 1998.
- ROSENFELD, J.A.; ZAHORIK, P.M.; SAINT, W.; MURPHY, G. *Women's satisfaction with birth control*. **Journal of Family Practice**, v. 36, n. 2, p. 169-73, 1993.
- SAID, R.V. & LEITE, D. das C. *Anticoncepção em Populações de Baixa Renda - Um Estudo Qualitativo de Atitudes - Brasil - 1985*. **Cadernos da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento familiar (ABEPF)**, série manuais 4. Rio de Janeiro,-1987.
- SARDENBERG, C.M.B. *De sangrias, tabus e poderes: A menstruação numa perspectiva sócio-antropológica*. **Estudos Feministas**, CIEC (UFRJ), v.2 , n.2, p. 324-344, 1994.
- SAVONIUS, H.; PAKARINEN, P.; SJÖBERG, L; KAJANOJA, P. *Reasons for pregnancy termination: negligence or failure of contraception?* **Acta of Obstetrics & Gynecology Scandinavian**, v.74, n.10, p. 818-821, 1995 .
- SCHRAMM, F.R. & CASTIEL, L. D. *Processo Saúde Doença e Complexidade em Epidemiologia*. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p.379-390, 1992.
- SCOTT, J.W. *The sentiments of love and aspirations for marriage and their association with teenage sexual activity and pregnancy*. **Adolescence**, v.18, n.72, p. 889-97, 1983.
- SERFATY D. *Medical aspects of oral contraceptive discontinuation*. **Adv Contraception**, Suppl. 1, p. 21-33, 1992.
- SILBER, T.J.; MUNIST, M.M.; HERRERA, M.M. & OJEDA, E.N.S. **Manual de Medicina de la Adolescencia**. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud /OMS , 1992. 635p.
- SILVA, E.S. R.; BRUNO, Z.V.; BEZERRA, M.F.; & OLIVEIRA, F.C. *Anticoncepção na Adolescência: Importância da Escolha*. **Ginecologia e Obstetrícia Atual**, Ano V, n. 6, p. 11-14, 1996.
- SILVA, M.C.P. *A maioria excluída*. **Boletim GTPOS (Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual) n° 11**, p. 2, 1997.
- SOARES, G.S. *A significação do abortamento no contexto do sistema relações gênero*. In: ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DO NORTE/NORDESTE, 8. 1997, Fortaleza. **Anais...**Fortaleza, 1997. 132p., p. 113.

- SÖDERBERG, H.; ANDERSSON, C.; JANZON, L.; SJÖBERG, N.O. *Continued pregnancy among abortion applications. A study of women having a change of mind. Acta of Obstetrics & Gynecology Scandinavian*, v. 76, n.10, p. 942-7, 1997.
- SOUZA, R.P. Adolescência: Abordagem do Adolescente. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I. & GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária**. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1996. p.154-160.
- SPINK, M.J.P. *A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero*. In: SPINK, M.J.P. (Org.). **A Cidadania em Construção**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994. p. 38-46.
- STEPHAN-SOUZA, A.I. *Relendo a Política de Contraceção: O Olhar de um Profissional sobre o Cotidiano das Unidades Públicas de Saúde*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 408-424, 1995.
- THE ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana**. Nova Iorque: The Allan Guttmacher Institute, 1994.
- TINOCO, A.L.A. & MODENA, C.M. *As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família*. **Informe Epidemiológico do SUS**, Ano V, n. 1, p. 49-58, 1996.
- TOSI, L. *Caça às bruxas: o saber das mulheres como obra do diabo*. **Ciência Hoje**, v. 4, n. 20, p. 34-42, 1985.
- TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.
- TRUSSELL J; HATCHER RA; CATES W JR; STEWART FH; KOST K . *A guide to interpreting contraceptive efficacy studies*. **Obstetrics & Gynecology**, v.76, n° 3, Pt 2, p.558-67, 1990.
- VITIELLO, N. *Planejamento Familiar para Adolescentes*. **Reprodução**. v.6, n.4, p.159-168, 1991.
- WIELANDT, H.& HANSEN, U.M . *Sexual behavior, contraception and unintended pregnancy among young females*. **Acta Obstetrics & Gynecological Scandinavian**, , v.68, n. 3, p. 255-9, 1989
- WILLIAMS, S.P.; FRANK, M.L.; ILEGBODU, A.; SANGI HAGHPEYKAR, H.; CORBOY, J.E.; POINDEXTER, A.N. *Factors associated with unintended pregnancy*. **Adv Contraception**, v.13, n. 4, p. 429-38, 1997.
- WOLFFERS, I; HARDON, A. & JANSEN, J. *O marketing da fertilidade*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1991. 141p.

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Você poderia falar sobre sua gravidez?
- 2) Como você acha que ela aconteceu ?
- 3) De onde você acha que vem os bebês?
- 4) Você poderia falar um pouco sobre sua experiência com jeitos para evitar a gravidez?
- 5) Como está sendo sua experiência com o pré-natal?