

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

**VIVENCIANDO O PROCESSO DA CONTRACEPÇÃO
COM MULHERES TRABALHADORAS**

PETRONILA LIBANA CECHIM

Porto Alegre, agosto de 1997.

PETRONILA LIBANA CECHIM

**VIVENCIANDO O PROCESSO DA CONTRACEPÇÃO
COM MULHERES TRABALHADORAS**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Assistência de Enfermagem, Expansão Pólo
III - UFSC - UFRGS - Porto Alegre-RS, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Dra. ANNA MARIA H. LUZ

Porto Alegre, agosto de 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE

VIVENCIANDO O PROCESSO DA CONTRACEPÇÃO
COM MULHERES TRABALHADORAS

PETRONILA LIBANA CECHIM

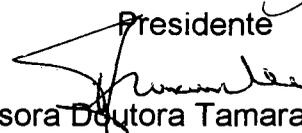
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

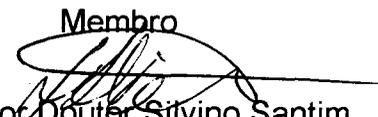
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

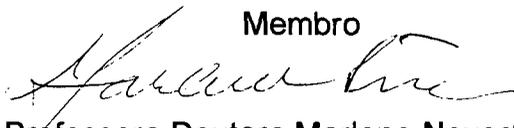
Sendo APROVADA em 15 Ago 97 e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

Banca Examinadora:


Professora Doutora Anna Maria Hecker Luz
Presidente


Professora Doutora Tamara Cianciarullo
Membro


Professor Doutor Silvano Santim
Membro


Professora Doutora Marlene Neves Strey
Membro


Professora Doutora Rosita Saupe
Suplente

Ficha Catalográfica

C387v Cechim, Petronila Libana.
Vivenciando o processo da contracepção com
mulheres trabalhadoras. /Petronila Libana Cechim --
1997.
133 f., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado)-- Universidade Federal de
Santa Catarina, 1997.

1.Sexualidade feminina - 2.Contracepção.- 3. Mulher
trabalhadora.- 4.Consulta dialogal. - 5. Educação
popular. - 6.Planejamento familiar. - I. Título.

CDU 613.888-055.2(043.3)

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos

Não fiques à margem da estrada! Não desistas da caminhada! A subida é íngreme, mas os resultados são compensadores. Tudo tende a evoluir, por lento que seja o progresso. Avança destemidamente, avança resolutamente! Nunca penses em fugir, pois a evolução enobrece e a fuga entorpece. Mantém o olhar fixo para o alto, e que teu lema seja : avante. A tua ajuda está em ti mesmo. Não te permitas arrastar em caminhos medíocres. Não pervertas teus elevados pensamentos para não retrocederes na vida. Manifesta tua verdadeira personalidade, e sejas forte. Mostra que tens uma alma imortal e te encaminhas para as coisas grandiosas e elevadas. (Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma profunda necessidade do ser humano. Grata sou a Deus, pelo maior dom que fez brotar em mim, que é a vida. Agradecer àqueles, que construíram uma história de vida comigo, não é tarefa fácil, pois, são muitos os que se tornam presentes nesta hora, portanto, difícil de nomeá-los.

Minha gratidão...

A meus pais e minha família, na qual nasci, que profundamente me amaram. Minha mãe, com seu exemplo, me ensinou a sutileza de perceber a necessidade do próximo e de servi-lo com alegria. Meu pai me ensinou a tenacidade de vencer os obstáculos e honrar com dignidade os compromissos com o próximo.

À minha orientadora, que ao longo do processo dessa dissertação, demonstrou a grandeza de espírito, incentivando-me e respeitando minha idéias e decisões, porém,

comprometida na construção deste saber. Você, Luz, se fez presença amiga. Com sua constante disponibilidade, clareou dúvidas e tornou nossos encontros momentos de reflexão.

Ao grupo feminino, mulheres trabalhadoras, na maioria mães, que me permitiram reviver com elas momentos históricos de sua feminilidade, confienciando-me parte da privacidade de sua vida, num clima dialógico, gerando novos conhecimentos, em relação à saúde reprodutiva.

Aos distintos mestres que, generosamente, colaboraram na minha formação, ampliando meus horizontes.

Aos colegas do Mestrado, que trilharam comigo esta etapa, especialmente à Jane Isabel Bihel e Lucilda Sellê, pela amizade que construímos.

Finalmente, à minha família que, dividiu comigo no dia-a-dia dia as horas dedicadas ao estudo e à construção de um novo saber, tornando possível e concreto um sonho acalentado por muitos anos.

A você Ademar, meu marido, que soube entender com paciência e sabedoria as horas que não pude estar com a família.

Às minhas filhas, Cláudia e Giovana, amigas e companheiras, com quem divido o cotidiano da vida um agradecimento especial pela contribuição recebida na área da informática.

Às professoras Rosita Saupe, Marlene Neves Strey, Tamara Cianciarullo e ao professor Silvano Santim, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições ao estudo.

À Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, pelo estímulo e apoio, sem os quais não teria sido possível a realização desta conquista.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram presentes na construção desta etapa. A todos meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
1.1 - Minha caminhada em direção à temática de estudo.....	11
1.2 - Delimitando o problema	16
1.3 - Objetivos	20
2 - REVENDO A LITERATURA	21
2.1 - O comportamento humano	22
2.2 - Responsabilidade social	28
2.3 - Retrospectiva histórica, cultural e ética da contracepção	28
2.4 - Respeito à dignidade da pessoa e autodeterminação	36
2.5 - Saúde reprodutiva da mulher: e possibilidades educativas.....	41
3 -TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
3.1 - Contextualizando a população.....	46
3.2 - Sistematizando a pesquisa de campo.....	47
3.3 - Coletando as informações	48
3.4 -Analisando e interpretando os dados.....	51
4 - VIVENCIANDO COM AS MULHERES AS QUESTÕES DA SAÚDE REPRODUTIVA	54
4.1 - Começando a ser mulher.....	55
4.2 - Percebendo o corpo feminino e seu significado	62
4.3 - Significado do período fértil.....	76
4.4 - Significado do uso da contracepção.....	85
4.5 - Entre a fatalidade e a necessidade, o aborto oferece uma saída adequada.....	98
4.6 - Uma oportunidade para falar sobre assuntos confidenciais e adquirir novos conhecimentos.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

RESUMO

O presente estudo pretende mostrar a importância de oferecer um espaço para o diálogo, com mulheres que se encontram em período reprodutivo, a fim de identificar o conhecimento que possuem sobre seu corpo, sua sexualidade e o uso da contracepção, com o intuito de ampliar seus conhecimentos nesta área e a melhoria de sua saúde como mulher.

A pesquisa fundamenta-se na abordagem qualitativa, seguindo um processo aberto, indutivo, para encontrar o significado dos dados coletados. O estudo desenvolve-se com um grupo de dezenove mulheres, trabalhadoras do serviço de apoio de uma universidade particular da grande Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Constata-se, no estudo, que a vivência dessas mulheres, quanto à saúde reprodutiva, é influenciada por questões culturais, religiosas e valores adquiridos no âmbito familiar.

ABSTRACT

The purpose of this study is to demonstrate the importance of offering women under reproductive period a free space for discussion so that one can identify their knowledge about their own body, sexuality and the use of contraception. Such a space aims at providing these women with a broader knowledge on these matters and with a better health condition as women.

This research is based on the qualitative approach and follows an open inductive process in order to find out the meaning of the collected data. The study was developed with a group of nineteen women, performing all of them general work in a private university near Porto Alegre (the capital of the state of Rio Grande do Sul, Brazil).

As a result of the research, we have found out that these women's experience concerning reproductive health is highly influenced by cultural and religious affairs as well as by a code of values taken at the family environment.

1 - INTRODUÇÃO

1.1- Minha caminhada em direção à temática de estudo

Minha inquietude relacionada com a saúde reprodutiva da mulher pode ter sua raiz no meu próprio nascimento - parto domiciliar, assistido por parteira.

Quando criança, questionava minha mãe, inúmeras vezes, sobre como nasci, por que as mulheres precisavam ir ao hospital para ganhar seu bebê, por que algumas famílias têm tantos filhos, sem muitos recursos financeiros para isto. Minha mãe, na sua sabedoria, tentava esclarecer minhas ingênuas inquietudes. Entretanto, esses questionamentos acompanharam-me ao longo da vida, e continuei buscando respostas ou, pelo menos um caminho que me norteasse.

Durante o curso de graduação em enfermagem, deparei-me com muitas dessas questões e, pelo menos em parte, consegui entender aquilo que minha mãe tentou explicar-me. Entretanto, surgiram outras situações que, a meu ver, mereciam atenção e cuidado, tais como: gravidez não desejada, abortos repetidos, mulheres multíparas, apesar de usarem métodos contraceptivos e alegarem não ter condições de criar seus filhos. Tudo isto passou a fazer parte do meu cotidiano profissional.

Quando me formei, atuei como enfermeira assistencialista em centro obstétrico. Lá constatei haver uma clientela que todos os anos retornava à maternidade. E uma funcionária fez a seguinte observação a respeito: *“esta é uma daquelas que todos os anos vem assinar o ponto na maternidade”*. Esse grupo de mulheres, na realidade, aumentou minha angústia, pois em suas falas deixavam transparecer as dificuldades para criar os filhos, chegando ao extremo de entregá-los para adoção, violentando seu instinto materno e abafando seus sentimentos de mãe. Um dos fatos, que me chocou profundamente, foi quando assisti a uma mãe, em prantos, assinar a documentação para doação.

Assim, busquei, na especialização em enfermagem obstétrica, encontrar os meios e os caminhos para ajudar essa população, tanto a compreender seu corpo, quanto a usar corretamente os contraceptivos. Isto não foi tarefa fácil, passei vários anos questionando: O que fazer? Como fazer?

Apesar de inúmeras tentativas, os resultados mostravam-se pouco eficientes e, mais uma vez, dei asas à imaginação e aos sonhos. Acreditei que, se minha convivência fosse compartilhada no cotidiano dessas mulheres, eu encontraria alguma solução. Mas como tomar esse caminho? Lancei a idéia para um grupo de enfermeiras da Universidade do Vale dos Sinos, e elas comungaram comigo os mesmos propósitos. Assim, iniciamos um grupo de estudos. Refletimos e questionamos: “o que nos prende? por que não saímos dos muros da universidade, da academia?” Há tantos anos trabalhamos essas questões, porém, os resultados obtidos são pouco satisfatórios. Esses encontros nos levaram a uma reflexão mais profunda em relação à nossa inserção nas comunidades populares, ao nosso

compromisso enquanto universidade: buscar soluções para os problemas junto com a população.

Desses encontros surgiu a idéia de compor uma equipe interdisciplinar, a fim de enfrentar a complexidade dos problemas que, sem dúvida, se apresentariam, e de forma multifacetada. Acreditamos que seria necessário organizar uma forma para prestarmos cuidados diretos, com um cunho educativo, para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Desta forma elaboramos o projeto de "Unidades Móveis", que seriam equipadas com gabinetes para consultas de enfermagem, nutrição, medicina e odontologia. Com o projeto pronto, faltavam os recursos financeiros para os equipamentos e sustentação da atividade. Encaminhamos o orçamento para uma entidade da Alemanha chamada "Latein American Zentrum", da qual obtivemos o auxílio monetário para a compra e equipagem das unidades móveis.

Iniciamos nossas atividades com a comunidade, mas logo percebemos que a vereda era estreita e a nossa missão árdua, pois a comunidade entendeu que iríamos solucionar seus problemas, de forma paternalista e assistencialista. Entretanto, a equipe, fortalecida entre si, propôs um novo referencial no qual a comunidade e a universidade estabeleceriam uma interlocução entre o saber acadêmico e o saber do senso comum, buscando juntas soluções para os problemas que emergiriam da própria comunidade.

Trabalhei três anos nessas comunidades, procurando desenvolver as questões voltadas para a saúde da mulher, em período reprodutivo. E em todos os nossos..

encontros ficava claro que a cultura, as crenças e os valores permeavam as falas das mulheres, sobretudo quando se tratava do tema da contracepção.

Parei, refleti e me dei conta de que eu, pessoalmente, precisava de um aprofundamento para trabalhar todas essas questões complexas. Foi nesse momento que o Curso de Mestrado possibilitou-me a ampliação de novas oportunidades, embora não tivesse muito tempo para prosseguir nesse trabalho junto às comunidades.

No mestrado estudamos, refletimos e questionamos os atuais modelos de saúde, as questões relativas ao gênero, à educação para saúde...

As aulas de filosofia nos proporcionaram um mergulho num mundo diferente, em que a ótica de todas estas questões fez emergir novas possibilidades, outros horizontes e, desta forma, ajudando a ver e a compreender melhor o mundo dessas mulheres. Esta nova visão aumentou minha sede e angústia, na tentativa de construir, com a população feminina, outro, ou quem sabe, novo caminho, em busca da saúde reprodutiva.

Em meio a tudo isto, surge um convite do Superintendente do Campus da Universidade, para que eu realizasse palestras sobre a saúde da mulher trabalhadora do campus, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população. Em cada encontro, novas expectativas surgiam. Procurei compreender o que elas queriam e, após os encontros, percebi que havia questões íntimas, privativas, que elas desejavam esclarecer, mas não se sentiam à vontade para manifestar-se em público. Notei, então, que era o momento de abrir um espaço

maior para trabalhar com elas, pois houve empatia, e, ao mesmo tempo, me conscientizei de que estava diante dos mesmos problemas que havia encontrado nas mulheres das vilas. A problemática era a mesma. Já que estas mulheres faziam parte da comunidade do Campus Universitário, considerarei que era justo serem elas as primeiras beneficiadas com algum novo conhecimento, pois essa comunidade acadêmica tem, como missão e credo, a formação do homem na sua totalidade. Assim foi concebido o embrião deste projeto de dissertação. Mas, novamente o caminho se apresentou tortuoso, devido as funcionárias estarem em jornada de trabalho, e meu tempo, limitado. Contudo, estes pequenos obstáculos não conseguiram apagar meu sonho. Volto à realidade e estudo a questão teórica e metodológica, para a elaboração e execução do projeto que aborda a saúde da mulher, em período reprodutivo, enfocando contracepção, uma vez que eram estes os questionamentos e dúvidas mais presentes. O projeto assistencial foi encaminhado aos órgãos competentes da Universidade, para avaliação e aprovação. A Universidade, além de aprovar o projeto, proporcionou local apropriado, para que a consulta de enfermagem fosse realizada de forma personalizada, e liberou as funcionárias para fazerem a consulta, durante a jornada de trabalho.

Assim, o atendimento de enfermagem individualizado, em nível de consulta de enfermagem, vem sendo realizada por mim, no decorrer do ano de 1996. Durante esse período, no desenvolvimento da minha prática assistencial, muito tenho aprendido sobre a questão da reprodução que envolve as mulheres trabalhadoras.

A disciplina - *Prática Assistencial* - do curso de mestrado, na qual elaborei e desenvolvi o projeto assistencial, foi de fundamental importância para o aprimoramento de técnicas, tanto assistenciais quanto coleta de informações junto à clientela feminina. No contato direto com as mulheres, aprendi a ouvir, direcionar o diálogo, propor e fazer reflexões, registros e anotações...

Esta disciplina serviu como uma etapa de treinamento, uma espécie de plano piloto para a dissertação de mestrado.

1.2 - Delimitando o problema

A reprodução humana ocorre como um processo ininterrupto, intimamente ligado ao comportamento humano e social dos povos; deve contemplar, em sua análise, todos os elementos que a influenciam, quer de forma positiva, quer de forma negativa (FATHALLA, 1993).

Os elementos que compõem o conceito de saúde reprodutiva têm sido reelaborados através dos tempos, modificando-se, desde uma visão simplista, individualista e fragmentada, para uma visão ampla, completa e integral.

Atualmente, a saúde reprodutiva vem incorporando outros aspectos, como o comportamento humano, a dinâmica populacional e a perspectiva de gênero.

Assim, a saúde reprodutiva resgata a função social da reprodução humana, transcendendo, desde uma perspectiva individual, para uma conscientização

coletiva e responsável do comportamento humano e social. A partir desta ótica, faz-se necessário fortalecer a consciência e a autodeterminação de todos os indivíduos para o exercício de sua cidadania (FATHALLA, 1993).

A saúde reprodutiva é entendida como um direito das pessoas a uma sexualidade plena e enriquecedora, elemento importante para alcançar o bem-estar individual e coletivo.

Este exercício de responsabilidade individual, familiar e social busca uma melhor qualidade de vida, ajuda a alcançar a equidade do desenvolvimento social e contribui para o equilíbrio do ecossistema que serve de base para este desenvolvimento (HANFT e COE,1993). Por esta razão, julga-se importante promover reflexões a respeito da forma como são abordadas as questões relativas à saúde reprodutiva da mulher adulta.

Muitas vezes, os programas de saúde não possuem uma abordagem holística do ser humano; centram-se apenas num determinado enfoque. É importante ressaltar que muitos dos problemas de saúde das mulheres estão relacionados com sua fisiologia, história reprodutiva e sexual. De acordo com a qualidade e tipo de atenção recebida em relação aos métodos contraceptivos, gravidez, parto e pós-parto, estes problemas deixam ou não, de existir.

As questões relacionadas com a saúde da mulher, tanto no Brasil quanto na América Latina, têm gerado preocupações para os órgãos governamentais. Assim, criaram-se programas de saúde específicos para atender a demanda da população

feminina em período reprodutivo, colocando à disposição desta população meios para alcançar seus objetivos.

Embora isto tenha ocorrido nos últimos anos, principalmente a partir da criação do PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1982), chamam a atenção na área da saúde da mulher, as estatísticas nacionais mostrando que o uso da contracepção, principalmente a hormonal oral, se assemelha aos países mais desenvolvidos, sendo também este o método que figura entre os mais usados GIFFIN, (1992). Apesar disto, a realidade encontrada evidencia um grande número de filhos nascidos não-desejados, bem como um elevado número de abortos provocados.

Sabe-se que grande parte de nossa população faz uso indiscriminado de anticoncepção hormonal oral, automedicação, e, sobretudo, de forma incorreta, tendo como resultado a gravidez não desejada. Frente a esta situação, as mulheres buscam no aborto a solução para o problema que, na maioria das vezes, é realizado na clandestinidade, tendo, como consequência, um alto índice de morbi-mortalidade materna. Considerando estes fatos, pretendo desenvolver a pesquisa, com um enfoque holístico, numa visão sistêmica da vida, tendo presente a inter-relação e a interdependência de fenômenos biológicos, sociais, psicológicos, culturais e espirituais.

Assim, os valores humanísticos deverão permear este projeto de pesquisa, enfatizando a competência, a confiança, a consciência e o compromisso com as questões da saúde da mulher em período reprodutivo. Conforme ROACH (1995), o

hoiismo se opõe ao tratamento impessoal, não rejeita a tecnologia, mas atua em comunhão com esta visão, incluindo a capacidade de cada pessoa em participar ativamente nos cuidados de sua saúde.

O novo paradigma, em relação a programas de saúde reprodutiva da mulher, passa pelo direito à obtenção de maiores informações, construção de novos conhecimentos referentes à fisiologia do corpo, conhecimento e acesso aos anticoncepcionais

Deste modo, a constatação da prática reprodutiva de mulheres de uma determinada comunidade possibilita conhecer os aspectos interrelacionados quanto à ética e à participação social das mesmas, fatores estes que assumem importância na dinâmica populacional, que, por sua vez, se refletem nas políticas de saúde e no desenvolvimento econômico do país. Igualmente a ética, a cidadania, a equidade, o respeito, a autodeterminação e o ambiente humano permitem uma reflexão sobre a possibilidade de as pessoas buscarem o controle voluntário de sua anticoncepção. (FATHALLA, 1993).

O problema se delinea a partir do desejo de conhecer mais sobre as mulheres, frente ao fenômeno estudado, e ultrapassar, de um plano meramente biológico e reducionista, para um plano em que a mulher seja assistida em sua totalidade, em sua experiência vivida.

Qual a percepção das mulheres trabalhadoras, em período reprodutivo, sobre aspectos relacionados a sua sexualidade, à reprodução, ao período fértil, à anticoncepção e ao uso de métodos contraceptivos?

A questão colocada serve de guia para o encaminhamento desta dissertação, buscando tanto um aprofundamento e esclarecimento referente ao tema em estudo, quanto propiciando às mulheres uma oportunidade de reflexão sobre a temática, tentando, assim, ultrapassar o plano meramente biológico e reducionista para uma visão holística.

Assim, uma vez apresentado o problema de pesquisa, desdobram-se os objetivos, que foram elaborados a partir de minha interação com as mulheres nas circunstâncias com as quais estou envolvida.

1.3 - Objetivo

- Conhecer os valores, sentimentos e atitudes de uma população feminina sobre saúde reprodutiva, a partir de sua própria vivência e cultura.

Uma vez estabelecido o objetivo do estudo, elaborei estratégias para o alcance do mesmo. Assim, apresento a seguir a formulação das mesmas:

-- Oportunizar momentos de diálogo e reflexões à uma população feminina em relação à saúde reprodutiva - contracepção.

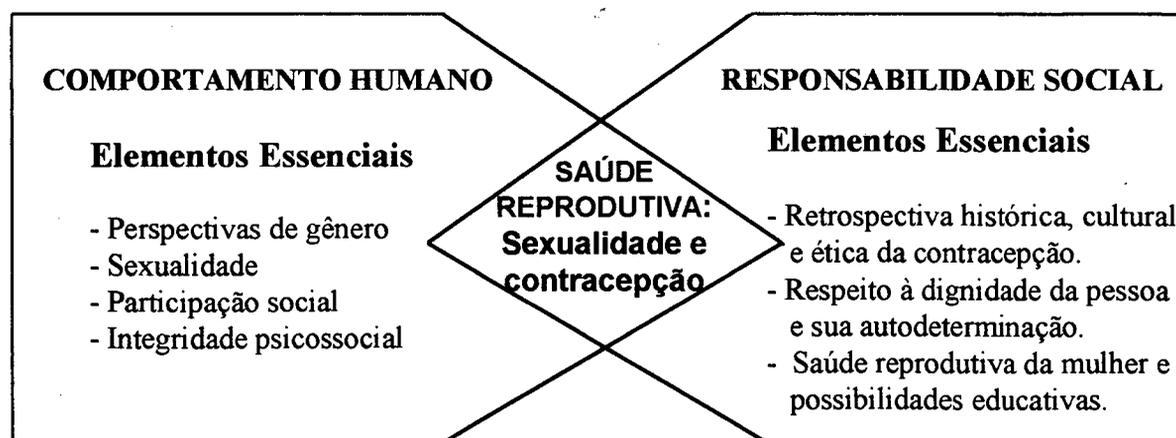
Desenvolver, com estas mulheres, uma reflexão sobre o conhecimento de seu corpo, sexualidade e uso de métodos contraceptivos.

- Estabelecer, com este grupo de mulheres, um diálogo emancipatório para troca de saberes, em busca da melhoria das questões da contracepção.

2 - REVENDO A LITERATURA

Este referencial serve tanto para o direcionamento da pesquisa proposta, como de suporte teórico para seu desenvolvimento. Assim, apresento, a seguir, o esquema da saúde reprodutiva, sexualidade e contracepção, na sua articulação com os princípios básicos complementares do comportamento humano e responsabilidade social.

SAÚDE REPRODUTIVA: sexualidade e contracepção*



* Fonte: Adaptação feita do esquema apresentado por Fathala, 1993.

2.1 - O comportamento humano

Nesta parte da revisão da literatura, apresentam-se aspectos relacionados à conceitualização, perspectivas de gênero, sexualidade, participação social e integridade psicossocial que determinam o comportamento humano na sociedade. Estes aspectos servem de pano de fundo para a compreensão do comportamento humano no que diz respeito à saúde reprodutiva.

O comportamento humano pode ser visto sob vários prismas, tais como: político, econômico, psicossocial, espiritual e ético. Com isso, percebem-se as diferenças culturais, de crenças, de costumes ou de valores morais e materiais, contendo uma forte bagagem de seus antepassados. Todas as sociedades humanas dividem suas populações em duas categorias sociais "masculina e feminina". Cada uma destas partes baseia-se em uma série de pressupostos, presentes na cultura em que ocorrem, sobre os diferentes atributos, crenças e comportamentos (HELMAN 1994)

Conforme ZIMBALIST e LAMPHERE (1979), embora universal, a divisão binária da humanidade em gêneros revela-se, se examinada atentamente, em um fenômeno complexo com variações, segundo a maneira com que o comportamento masculino e feminino são definidos nas diferentes culturas. Entretanto, ao considerar a identidade sexual, é razoável afirmar que tanto as influências biológicas, quanto as ambientais e sociais, participam da definição de gênero em qualquer indivíduo.

DURHAM (1983) refere que o gênero de um indivíduo é melhor compreendido como resultado da seguinte combinação - aspecto genético, somático, psicológico e social. A categoria social tem maior repercussão, pois baseia-se em aspectos culturais que definem como a sociedade percebe o indivíduo, masculino e feminino. Desta maneira, a divisão da sociedade humana em duas culturas de gênero, constitui um dos elementos básicos da estrutura social, uma parte importante de seu sistema simbólico.

As questões relativas ao gênero estabelecem normas de comportamento sexual para cada categoria, as quais variam conforme os costumes de cada sociedade. Por exemplo, estudos etnográficos indicam que há grande variação do nível de atividade heterossexual permitido antes do casamento, fora e até dentro do próprio casamento, numa determinada cultura, enquanto este padrão de comportamento sexual não é aceito em outra (HELMAN, 1994).

ZIMBALIST e LAMPHERE (1979) concluem que a biologia força, mas não determina o comportamento dos sexos e as diferenças entre homens e mulheres. Refletem uma interação entre a constituição física e o nosso padrão social. A implicação deste argumento, para a compreensão dos papéis sexuais humanos, é que diferenças biológicas entre os sexos, necessariamente, não têm implicações sociais e, ser homem ou ser mulher, dependerá das implicações biológicas associadas ao modo cultural de vida.

Através do movimento feminista, estudado sob o ponto de vista da mulher, constrói-se o conceito de gênero feminino, com a idéia de que não se nasce

mulher, torna-se mulher. O ser mulher não é dado pela nossa biologia mas, sim, por um fenômeno construído socialmente (GIFFIN, 1992).

A partir desta concepção, resultante do *movimento das mulheres*, é possível contestar tanto os velhos estereótipos sobre a mulher, quanto os entendimentos sobre a ciência. No que diz respeito ao controle da fertilidade, o movimento das mulheres teve sua luta pela contracepção, uma das principais bandeiras na conquista da sexualidade, desvinculada da opção de ser ou não mãe, bem como o direito de decidir quando ter seus filhos (GIFFIN, 1991).

As diferentes atitudes em relação à contracepção são interpretadas como formas de controle da população em determinadas sociedades. KEESING apud HELMAN (1994), falando sobre as diferentes culturas no passado, diz que não há dúvida sobre os povos de diferentes partes do mundo, com espaços e recursos limitados, terem praticado o aborto e o infanticídio de ambos os sexos ou apenas do sexo feminino, para reduzirem os índices populacionais.

Assim, a política populacional de cada cultura pode induzir a uma ampla tolerância sobre o aborto ou aceitá-lo apenas em situações limite.

Conforme GELAIN (1983), o Código Penal Brasileiro, art. 128, permite o aborto em situações em que não há outro meio de salvar a vida da mãe, e se a gravidez resulta de estupro. Nesses casos, o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Neste contexto, LEAL (1995) ressalta a importância de que, quando analisamos o comportamento humano em relação à reprodução, dentro do enfoque de gênero e seu comportamento sexual, encontramos grandes diferenças. Assim, pode-se observar as diretrizes culturais de gênero de uma determinada sociedade, como no exemplo citado por KEESING apud HELMAN (1994), quando se refere à sociedade da Nova Guiné, na qual os mundos masculino e feminino são tão polarizados, que seus membros vivem em casas separadas, em zonas diferentes no mesmo lugarejo. *Têm relações sexuais com pouca frequência, num clima de tensão e perigo.*

Entretanto, a cultura da Nova Guiné aceita o homossexualismo institucionalizado, o que acentua ainda mais a polarização dos dois sexos.

Outro exemplo é apresentado por GODDARD apud HELMAN (1994), em que diferentes mundos masculinos e femininos de Nápolis, Itália, apresentam duplo valor moral, especialmente no que se refere ao comportamento sexual de seus valores culturais de honra e vergonha. Assim, os homens são ditos saudáveis e normais, quando têm muitos romances extraconjugais, como prova de sua masculinidade. Também seu dever é defender ativamente sua honra e de sua família. Entretanto, na mesma sociedade, se preconiza para a mulher o comportamento que não se permite nenhum romance extraconjugal e sua honra está associada à conservação da pureza e castidade.

Na Grécia rural, como exemplo, o papel do homem é de proteger a honra de sua família através da imposição do respeito a si próprio, enquanto o pudor sexual

das mulheres deve ter um controle rigoroso por parte dos homens. Semelhante divisão sexual é descrita por SHEPHERD apud HELMAN (1994), referindo-se aos Swahils, muçulmanos em Mombasa, no Quênia, em que os homens julgam as mulheres sexualmente irresponsáveis.

Poderia continuar citando exemplos de outras partes do mundo e encontraria sempre uma divisão da sociedade humana com duas culturas de gênero, o que de certa forma constitui um dos elementos básicos da estrutura social.

EMBER e EMBER apud HELMAN (1994), em seu estudo, mostram que, embora as culturas de gênero estabeleçam normas de comportamento sexual para cada categoria, estas variam através de seus costumes. Como exemplo cita estudos realizados nas sociedades do mundo que apresentam estimativas em que 69% dos homens praticam o sexo extraconjugal, enquanto 57% das mulheres também o fazem. Significativamente, 54% da sociedade aceita o sexo extraconjugal para homens, e apenas 11% desta mesma sociedade aceita a permissão para a mulher.

Encontram-se grandes variações, nas sociedades de todo mundo, em relação a determinadas formas de comportamento sexual como homossexualismo e lesbianismo. Estes comportamentos, em algumas sociedades, são reprimidos, discriminados e até proibidos, enquanto que em outras são aceitos, ou limitados a determinadas épocas do ano.

Como exemplo, SHEPHERD apud HELMAN (1994) relata que entre o povo Etoro, da Nova Guiné, o heterossexualismo é proibido em 260 dias do ano, enquanto o homossexualismo está liberado. Esta atitude está fortemente vinculada

à crença de que isto fortalece os meninos e ajuda o crescimento das plantações. Este fenômeno, comparado com outros países, onde o comportamento é importante na definição de gênero, quando há transgressão destes princípios, costumamos rotular de “efeminado” (homem), e “sapatão” (mulher).

CAPLAN apud HELMAN (1994) argumenta que nas sociedades em que é dada grande importância à fertilidade e à concepção, a sexualidade e a fertilidade raramente estão separadas conceitualmente uma da outra.

Em culturas com problemas de pressão populacional, isto é, com o número de pessoas excedentes aos recursos disponíveis, há normatização governamental em relação à dinâmica populacional, nas quais as práticas sexuais estão cada vez mais dissociadas da fertilidade.

Assim, as práticas sexuais que não conduzem à concepção, como no caso do homossexualismo, são toleradas e mais aceitas, porque a questão do gênero, nestas sociedades é definida mais pelo comportamento social sexual do que por critérios biológicos.

Isto, a meu ver, pode ser considerada uma contracepção social. Observando esta situação em nosso país, percebe-se que a própria mídia aborda estas questões, nos meios de comunicação, em horários nobres. Assim, a mídia influencia e, até mesmo, determina o comportamento, aceito ou não, nas diferentes camadas sociais.

Assim, o que para algumas sociedades é considerado um comportamento aceito, saudável, para outros grupos sociais pode ser considerada uma aberração, um desvio, contrariando o norte de seus princípios. É importante considerar que a integridade psicossocial de uma sociedade está alicerçada em seus valores culturais e, desta forma, o comportamento de seus membros sofre o impacto desses valores.

2.2 - Responsabilidade Social

Neste item serão abordados aspectos mais específicos da história da contracepção, enfocando questões culturais e éticas, como a dignidade da pessoa e sua autonomia. A revisão desta trajetória permite conhecer a preocupação da humanidade em suas diferentes culturas, para encontrar caminhos que permitem o controle de sua prole, sem contudo descuidar das questões éticas, procurando respeitar a dignidade da pessoa e sua autonomia e, desta forma, permitir que cada casal participe desta responsabilidade individual e social.

2.3 - Retrospectiva histórica, cultural e ética da contracepção

VARGA (1990) refere-se aos documentos históricos, os quais atestam que nos tempos antigos do mundo mediterrâneo se usavam vários métodos de controle da natalidade. Cita o Gênesis, 38, 8 -11, BÍBLIA SAGRADA (1970) na qual se

descreve a forma mais simples deste controle, ou seja, o homem ejaculava antes de se unir com uma mulher. Também fontes gregas e latinas contêm informações sobre contraceptivos, mas em nenhum momento se expressam acerca da moralidade da prática.

Nessa época, os filósofos, em seus estudos, sustentavam que os órgãos genitais deveriam ser usados tão somente para sua finalidade biológica, ou seja, a procriação. Usar o sexo exclusivamente na busca do prazer ou amor, era contra sua finalidade biológica e, conseqüentemente, imoral.

Esta doutrina prevaleceu no cristianismo durante muitos séculos, e conseqüentemente, se julgou que as relações sexuais, durante a gravidez, eram imorais, sendo este mesmo princípio também aplicado às pessoas estéreis, a não ser que praticassem o sexo com a esperança de ter filhos. Esta posição da Igreja Católica muda com o Concílio Vaticano II, que declara como grande valor o ato conjugal, dizendo que este “amor é sublimado pelo ato conjugal”, abandonando a tradicional doutrina do fim único, ou seja a procriação (VARGA,1990).

A preocupação com a fertilidade acompanha a trajetória da humanidade. XAVIER e ÁVILA (1976) relatam que a historiografia existente sobre a contracepção indica que, até pouco tempo atrás, esta era uma prática essencialmente privada e de interesse individual ou, no máximo, de alguns grupos.

Assim, os registros sistematizados de métodos de controle da reprodução são poucos, citam-se pesários e ungüentos bem como a punição religiosa sobre o aborto. Sabe-se que esta era uma prática bastante difundida. As informações, e a

transmissão de conhecimentos quanto à contracepção, eram passadas de mãe para filha, constituindo uma temática restrita e doméstica. As mulheres da Idade Média eram conhecedoras de ervas contraceptivas e abortivas e repassavam estes conhecimentos a pequenos grupos; mas por estas atitudes foram severamente castigadas pela inquisição.

LEAL (1995) relata que textos oficiais, anteriores ao século passado, fazem referências relativas à reprodução, ao modo de agir para ter filhos sadios e ao discurso religioso sobre o aborto, o que na realidade atravessou a Idade Média e o Renascimento. Embora existissem algumas práticas reguladoras da fertilidade, estas eram de forma isolada e, portanto, não havia uma sistematização ordenada do saber.

XAVIER e ÁVILA (1976), em seu artigo "*Questões feministas e o conceito integral de saúde*", resgatam a teoria de Malthus, a qual nos apresenta o primeiro saber estruturado e ordenado sobre o controle da reprodução. A teoria de Malthus faz uma relação entre a dinâmica populacional, a produção dos alimentos e a má distribuição da riqueza, abrindo, assim, um espaço para discutir medidas de controle. Nesta época ainda não há centralização da contracepção.

A autora enfatiza que Malthus coloca, como sugestão para o controle populacional, a obrigação do casamento tardio e o fim das relações extraconjugais. Somente na era Neomalthusiana promove-se a centralização contraceptiva como eixo da questão, pois já havia uma organização eugênica.

Em meados do século XIX, inicia-se a produção de diafragmas e incrementa-se o “condon”. Isto foi possível com a vulcanização da borracha, embora se tenha informações que o condon é o método mais antigo, utilizado há 3000 anos, pelos egípcios.

VARGA (1990) cita que, neste mesmo período, surge o discurso ideológico relacionando pobreza versus superpopulação, fazendo com que as práticas contraceptivas abandonem o espaço doméstico e as relações extraconjugais, para serem incorporadas ao seio familiar, com enfoque dos segmentos dos mais desfavorecidos. A questão da contracepção torna-se objeto de discursos médicos e campanhas públicas.

No final de século XIX, os movimentos pelo controle da reprodução humana espalharam-se pelos Estados Unidos e pela Europa, tendo como aliadas as lideranças feministas.

XAVIER e ÁVILA (1976) afirmam que, nos anos 30 deste século, avançam as descobertas científicas, como a determinação da ovulação feminina, o projeto do dispositivo intra-uterino (DIU) e a estruturação organizada da sociedade, lutando pelo direito de controlar sua prole.

Nos países onde ocorreu a segunda guerra mundial e no período pós-guerra, há uma intervenção decisiva neste processo, pois a guerra destruíra muitas vidas e seria imperioso repô-las. Além disso, há necessidade da força de trabalho e, portanto, há uma valorização da maternidade.

GELAIN (1983) cita que, apesar do Papa Paulo VI, em sua Encíclica *Humanae Vitae*, sobre a transmissão da vida humana, promulgada em 25 de julho de 1968, manter ainda a doutrina tradicional de que a contracepção é contra a natureza do ato conjugal e, por isso, moralmente má, o controle da natalidade se tornou uma prática amplamente difundida na Europa, no século XIX. Em virtude da revolução industrial e desenvolvimento econômico, as grandes famílias se tornaram um fardo, em vez de um recurso econômico, como era na época feudal e agrícola, levando a um sensível declínio da fertilidade, nos países industrializados do século XX.

Todo este movimento levou filósofos e moralistas a voltarem sua atenção a este fenômeno, estudando a problemática com base nos novos conhecimentos sobre a sexualidade humana. Paralelamente surgiram, em 1924, os estudos dos médicos Kiusaku Ogino e de Hermann Knaus, oferecendo evidências em seus trabalhos, de que a mulher é infértil por um considerável tempo, durante o ciclo menstrual. Estes estudos introduziram novos elementos na avaliação ética dos atos que, deliberadamente, excluíam a procriação do ato conjugal, separando, assim, a natureza biológica da sexualidade humana, dos aspectos unitivos. DURHAM (1983) diz que esta tendência é reforçada pelo aparecimento das técnicas eficazes do controle da natalidade que permitem dissociar, na prática, a sexualidade da reprodução. O que está em jogo é a subordinação da sexualidade à reprodução e, de modo mais amplo, à legitimidade de qualquer controle social sobre a mesma.

VARGA (1990) diz que estes estudos abrem discussões sobre um outro prisma, voltadas para os dias inférteis da mulher durante o ciclo menstrual, a

infertilidade no climatérico, a incapacidade de procriar no período reprodutivo, ou doenças ginecológicas ou cirurgias, como o caso da histerectomia. Assim analisando, o fim do sexo se caracteriza mais como relações conjugais por motivos unitivos de amor do que por razões procriativas, considerando que o período fértil da mulher se limita a poucos dias, se computados na sua totalidade.

A controvérsia da contracepção está realmente entre dois grupos de moralistas, ambos seguidores da ética da lei natural; entretanto, divergem em sua interpretação sobre a natureza humana, em relação à sexualidade. O primeiro grupo apoia-se na teoria neo-escolástica, que considera a lei natural dentro da estrutura essencialista, vedando assim ao homem qualquer interferência nesta ordem. O segundo grupo segue a teoria de Santo Tomás de Aquino, sustentando que a lei natural se encontra no intelecto de ser humano (*recta ratio* - reta razão), portanto, é através da razão que o homem entende sua natureza e seu fim. Desta forma, os valores da pessoa e família são julgados superiores às leis biológicas da sexualidade que dizem respeito, apenas, a uma parte da natureza humana, pois o homem é mais do que a soma total dos processos biológicos, e conseqüentemente, usa a razão para avaliar a importância dos valores que se referem ao seu ser global (VARGA, 1990).

A sexualidade humana difere da sexualidade animal, pois aquela é a expressão integral do ser humano, vinculada aos processos biológicos, psicológicos e sociais do sexo. Portanto, o uso das faculdades geradoras deve tomar em consideração o bem dos pais e filhos em conjunto, e, mesmo, o bem do corpo

social maior. Pode-se interferir nas leis biológicas para o bem-estar da pessoa, porque o homem é um ser racional e, como tal, está sob a orientação de seu intelecto e não de seus instintos (BASSO, 1993).

O próprio Estado quando busca estabelecer normas para controlar o crescimento populacional, num país em desenvolvimento, deve influir no índice da fertilidade, trazê-lo a um grau compatível ao bem-estar do corpo social maior. O problema está em quais meios éticos que o governo pode usar, para controlar a população, na tentativa de evitar conflitos entre a dignidade da pessoa humana, a autonomia e o direito da sociedade de agir pela causa do bem comum. Neste sentido, em 1974, as Nações Unidas, ao proclamar o "Ano da População do Mundo", insistem na integração da mulher na vida econômica, social e intelectual da nação bem como a promoção da educação de ambos os sexos, em todos os níveis, para alcançar um efeito restritivo da fertilidade (VARGA, 1990).

Dentro desta perspectiva, a procriação deve ser uma atividade humana responsável, e por esta razão, a idéia da paternidade responsável recebeu um significado especial nos últimos anos, devido ao grande crescimento populacional. Dentro desta ótica, moralistas das igrejas protestantes não consideravam imorais as práticas contraceptivas, desde que os esposos o fizessem dentro da perspectiva de uma paternidade responsável (GELAIN, 1983).

Pode-se considerar que esta responsabilidade se reflete inicialmente na sociedade conjugal particular e, posteriormente, na própria nação, atingindo assim o bem-estar de toda a raça humana. Os problemas do crescimento populacional

estão profundamente ligados às questões da ecologia, pois a provisão das necessidades dos povos também precisa respeitar os limites das fontes naturais de recursos a fim de evitar situações catastróficas do planeta.

XAVIER e ÁVILA (1976) refere que Margareth Sanger e Emma Goldmann foram as precursoras da contracepção, nos anos 20, e líderes feministas do - "*birth-control*", realizando campanhas e lutando contra a moral religiosa nas instituições médicas e governamentais.

Nos anos 60, a questão da contracepção ressurgiu e apresentaram-se novas técnicas e modalidades, como contracepção hormonal oral e o dispositivo intra-uterino que traz consigo um novo discurso ideológico, tendo como apoio o sistema médico e as organizações que detêm o controle dos nascimentos.

DURHAM (1983) refere que, neste período, o anticoncepcional hormonal oral é anunciado como instrumento da liberação feminina, principalmente nos países desenvolvidos e nas camadas médias do Terceiro Mundo. Na realidade, as mulheres, agora de posse do anticoncepcional hormonal e do dispositivo intra-uterino, percebem que estes métodos separam a atividade sexual da reprodução, o que significa que elas podem exercer sua sexualidade sem estarem atreladas à reprodução. Com isto, o problema aparentemente estaria resolvido. Entretanto, na Conferência da Saúde da Mulher CAIRO (1994), discutiu-se sobre a qualidade destes métodos pois, os mesmos não são inócuos e, em alguns casos, de difícil uso. Assim, prosseguem as pesquisas numa busca constante de um método inofensivo, ideal, que possa oferecer à população feminina mecanismos que, além

de garantirem uma contracepção eficaz, não sejam um elemento de desequilíbrio da saúde da mulher como um todo.

2.4 - Respeito à dignidade da pessoa e sua autodeterminação

Na prática assistencial as questões éticas assumem vital importância quando se trata de um projeto voltado para a saúde da mulher no período reprodutivo, no qual são abordadas questões que envolvem uma área privativa, íntima, muitas vezes “recheada” de simbologias e tabus. Faz-se mister que, para sua realização, se estabeleçam estreitas relações de confiança entre pesquisado e pesquisador, criando, desta forma, um pacto, um contrato entre ambas as partes.

Nesta relação, assume importância o respeito à dignidade da pessoa humana e sua autonomia como um adulto livre e capaz de dirigir sua própria vida.

DURAND (1995), em seu livro sobre a bioética, faz algumas considerações em relação a este tema. O princípio da dignidade da pessoa humana justifica-se pela sua própria natureza, pois trata-se de uma pessoa e não de algum objeto ou coisa para o qual se determina um comportamento, mas de alguém livre para assumir seu próprio destino.

Em seu segundo princípio, DURAND (1995) coloca que este princípio está fundamentado na autodeterminação. Reconhecer este princípio é, além disso, encontrar a raiz da democracia quando se aceita que todos os cidadãos têm direitos iguais. Reconhecer a autodeterminação contribui para impedir que em nossas

ações se explore a outra pessoa, se imponha a própria vontade ou ainda se tente induzi-la para determinadas ações ou atitudes.

Quando falamos em dignidade da pessoa humana, queremos dizer também respeito à vida, o que de certa forma nos reporta à qualidade de vida. O que merece respeito não seria somente a existência, a vida biológica, a sua duração, mas, sobretudo, a qualidade desta vida.

A questão da qualidade de vida remete ao critério para decisão ética, voltada para o campo da bioética. Logo surge a pergunta - *Que se entende por qualidade de vida?* DURAND (1995), ao falar sobre esta questão, dá um significado positivo no contexto da natureza, da ecologia e das preocupações sociais. Com efeito, quando se fala em qualidade de vida, a importância é colocada sobre a qualidade de vida dos membros de uma sociedade. O objetivo também é melhorar as condições exteriores, ou seja, prestar cuidados, assisti-los e, desta forma, ajudá-los a passar de um estado para o outro, de tal modo que as pessoas possam usufruir de uma melhor qualidade de vida.

Esta passagem, este transcender é, sem dúvida, realizada por um processo educativo, no qual cada pessoa ocupa um espaço como sujeito livre e, portanto, capaz de direcionar esta mudança. Assim, o princípio do respeito à vida e o conceito de qualidade de vida são duas máximas que se complementam, contribuindo para satisfazer as exigências éticas do respeito pela vida humana.

A literatura sobre o tema é bastante ampla. DURAND (1995) ressalta as questões da dignidade da pessoa humana e sua autonomia. FEINER (1978), em

seu livro *“El origen del hombre”*, apresenta uma reflexão sobre o início da vida humana, e GRISEZ (1978), em seu livro *“El aborto, mitos, realidades e argumentos”*, tenta mostrar como estas questões são elaboradas. A partir destas leituras, é possível refletir sobre as questões da contracepção, inclusive o aborto, quando usado como situação limite, para evitar o aumento da prole.

Quando a temática versa sobre métodos que limitam a natalidade, é preciso ter presente a autonomia e a dignidade da pessoa humana, isto quer dizer, que o profissional não deve impor, de maneira absoluta e radical, um método, pois é preciso levar em conta a responsabilidade e a livre escolha do casal. Assim, também é da responsabilidade do casal decidir sobre o número de filhos que deseja ter, baseado na estabilidade do lar. Isto vai ao encontro da citação feita pela VIIIª Conferência Mundial da Federação de Planificação da Família, quando destaca: *“O dever dos pais de somente porem no mundo os filhos que realmente puderem educar, e o direito dos filhos de encontrarem um lar digno e estável”* (GELAIN, 1983).

Conforme GELAIN (1983), tratando-se de métodos contraceptivos não naturais, questiona-se os efeitos colaterais danosos sobre o organismo da mulher, o que implica diretamente na sua qualidade de vida. Por esta razão, e por se tratar de métodos contraceptivos não naturais, a Igreja Católica, na Encíclica *Humanae Vitae*, cita estes métodos como ilegítimos. Portanto, escolher um método contraceptivo implica tanto em questões culturais quanto religiosas. CARNEIRO e OLIVEIRA (1995a) cita que o aborto também é usado como meio para controlar o número de filhos, em situações limite. Esta questão, pela sua complexidade, merece algumas

reflexões. O aborto é considerado provocado quando acontece a intervenção humana. Neste caso, sua intenção e indicação estão bem claras, pois trata-se de uma indicação social (aborto como controle da natalidade). Interrompe-se esta gravidez para não arcar com a carga social ou econômica que comporta.

Para VIDAL (1978), o aborto provocado é considerado na perspectiva da responsabilidade e do valor objetivo. Esta responsabilidade intervém numa ação que traz um contravalor no âmbito da gestação. Na realidade, a questão moral sobre o aborto traz em si a preocupação sobre a vida humana. Em conseqüência, surgem algumas interrogações: *Como definir vida humana? Onde começa a vida humana? Quando podemos constatar a existência de um ser humano em desenvolvimento no útero?* É importante ressaltar que a moral apóia-se sobre a realidade do ser pessoal. FEINER (1978, p. 219) julga importante adotar a terminologia de “*hominização*” ao invés de animação ou infusão da alma, quando se refere ao começo da vida humana, despojando-se, assim, da preocupação, com a idéia de que o início da vida humana significa “*criação da alma por Deus*”. Para FEINER (1978, p. 220), o problema do começo da vida não pertence especificamente ao âmbito do estudo teológico. O juízo teológico moral tem de se apoiar sobre o conhecimento humano das ciências que estudam a genética e a embriologia. LEJEUNE (1993) coloca que para se falar de uma vida especificamente humana, é preciso ter em conta seus processos evolutivos, ou seja, a fecundação, segmentação, implantação e o aparecimento do córtex, este último considerado o substrato biológico da racionalização.

Cito estas etapas porque muitos autores, entre eles, FEINER, HÄRING e GRISEZ (1978), apoiam suas definições de vida em algumas destas fases. Retrocedendo um pouco na história, dentro do magistério eclesiástico, pode-se observar uma grande divergência de opiniões em relação ao início da vida humana. Para ilustrar FEINER (1978) apresenta algumas afirmações de dois grupos de teólogos. Um grupo defende a vida humana com seu início na concepção. Outros afirmam que o início da vida está atrelada ao sexo e que no varão o início da vida se dá aos 40 dias e na mulher aos 80 dias após a concepção. (HÄRING, 1978, p. 222), no seu livro sobre "*moral e medicina*," defende a teoria de que a *hominização* (vida humana) depende do desenvolvimento do córtex cerebral. Seguindo ainda nesta reflexão, pode se observar que entre os teólogos católicos há divergência quanto ao exato momento do início da vida.

Enquanto isso, os teólogos cristãos não católicos nos apresentam um leque de hipóteses, referindo-se ao início da vida, desde a concepção, a posições extremistas. Os Metodistas não acreditam que exista uma pessoa, um ser humano, antes do nascimento. Para o Judaísmo, o aborto é crime somente a partir dos 40 dias após a concepção. O Islamismo, em alguns de seus centros, aceita que existe um ser humano apenas 120 dias após a concepção. O Budismo não reconhece proibições contra o aborto (VIDAL, 1978).

O Código Penal Brasileiro defende a teoria concepcionista, segundo a qual o ser humano é pessoa desde a fecundação, permitindo o aborto, como já comentado

anteriormente, somente quando ocorre estupro e em casos em que há perigo de vida para a mãe (GELAIN, 1983).

Estas correntes mostram uma divergência quanto ao entendimento em relação ao feto, à vida humana e ao seu valor, e conseqüentemente, suas posturas morais frente ao aborto também divergem, de acordo com suas crenças.

Ao longo destas leituras, foi preciso afastar-me um pouco dos meus princípios e crenças em relação ao conceito do início da vida. Creio que isto é importante para quem lida, como eu, com mulheres que pertencem a diferentes credos, culturas e valores, e, desta forma, deve respeitar os princípios individuais.

2.5 - Saúde reprodutiva da mulher: possibilidades educativas

Sem dúvida, é um verdadeiro desafio entrar na questão educativa, quando nos deparamos com um grupo de mulheres, no período reprodutivo, que trazem em seu saber popular crenças e valores culturais que, muitas vezes, perpassam gerações e, portanto, carregadas de simbologia com seus significados.

O conceito de educação traz embutidas noções relativas ao ordenamento do saber popular, do saber médico e, na afirmação de um teórico da educação, define o perfil deste questionamento de seguinte forma: FREIRE (1994a, p.122) "*Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo*"

Esta interação é mediada por relações de poder e resistências. Em decorrência, a mudança se torna possível quando tais relações são transparentes, e o instrumento fundamental, que possibilita esta revelação, é a reflexão coletiva, na qual cada um ocupe seu espaço, conforme a citação de FREIRE (1994b, p.117): “*O homem está no mundo e com o mundo com seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto*”.

Em todo o seu relato, FREIRE afirma que a educação só tem sentido quando leva a mudanças e estas mudanças só ocorrem no espaço onde todos podem ser agentes, quando a vivência individual e coletiva é o suporte deste processo. Para FREIRE (1986), este espaço se cria quando é usado o método ativo dialogal e participante, pois “*só o diálogo comunica e quando os dois pólos se interligam, se estabelece um clima de humildade, de fé e confiança um no outro e assim se constroem críticos em busca de algo*” (FREIRE, 1994b, p.115).

O objeto desta mudança são as relações que os sujeitos estabelecem entre si e, neste espaço, é preciso também esclarecer que as estruturas sociais, econômicas e psicológicas sustentam o mecanismo deste poder.

Para FREIRE (1994b, p. 84) o que “*não é lícito fazer é esconder verdades, negar informações, impor princípios, castrar a liberdade do educando ou puni-lo, não importa como, porque não aceita, por várias razões, seu discurso.*”

Em um processo educativo que pretende a “*integralidade da saúde*”, ou seja, uma visão holística do ser humano, devemos estar atentos às flutuações entre corpo e mente, fisiologia, sintomas, saúde, doença, crença e valores culturais e é

preciso ler criticamente, no senso comum, o bom senso que nele existe FREIRE (1993). Salienta ainda este autor que, quando trabalhamos com as classes populares, é preciso conhecer seu modo de vida, portanto, seus valores culturais, ou seja - o respeito ao saber popular, o que implica necessariamente respeitar o contexto cultural e social. Nesta perspectiva, é fundamental a relação que se dá entre os ditos “promotores e beneficiários da saúde”, pois neste espaço se articula um saber estruturado e a experiência vivida, assim, o encontro entre o profissional e o usuário do sistema de saúde pode tornar-se um espaço educativo. Portanto, valorizar a fala das pessoas, sua forma de contar, de calcular, seus saberes em torno do chamado outro mundo, sua religiosidade, seus saberes da saúde do corpo, da sexualidade, da vida e da morte (FREIRE, 1981).

Na vivência profissional com as mulheres, observo que as falas e atitudes delas, em relação à saúde reprodutiva, à fisiologia de seus corpos e à analogia com o mundo exterior, estão impregnadas de sua cultura, simbologias e significados.

Entendendo assim seus corpos, interpretando mágica ou ingenuamente seu ciclo fértil, leva essa população a fazer uso de métodos contraceptivos de forma inadequada, tendo como consequência a ineficácia do método.

Creio que no encontro entre o profissional da saúde e a cliente há possibilidade de se criar um espaço, um diálogo e, através do processo, conscientizada, possa emergir uma consciência crítica, abandonando gradativamente sua consciência mágica ou ingênua.

De acordo com FREIRE (1994a), a consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica, nas suas correlações causais e circunstâncias. A consciência ingênua, pelo contrário, se crê superior aos fatos, dominando-os de fora e, por isto, se julga livre para entendê-los como melhor lhe agrada. A consciência mágica não chega a acreditar-se superior aos fatos, dominando-os de fora, nem se julga livre para entendê-los; simplesmente os capta, emprestando-lhes um poder superior que domina de fora, é a que tem, por isto mesmo, de submeter-se com docilidade.

Muitas vezes é preciso parar, refletir e questionar: como realizar esta educação. Como proporcionar a estas mulheres um espaço para uma prática educativa, dentro do próprio contexto? Este espaço deve permitir a todas serem agentes de mudança, pois a vivência individual e coletiva é o suporte do processo. Esta vivência não diz respeito apenas aos fatos, mas também às emoções e fantasias. Este processo que pretende a integralidade da saúde reprodutiva, deve estar, portanto, atento às flutuações entre o corpo e a mente. Nessa perspectiva, há ainda um lugar fundamental, que é a relação que se dá entre a cliente e o profissional, pois este encontro deve abrir um espaço para o diálogo, que poderá, gerar mudanças (PEY, 1988). Às vezes, estas mulheres se julgam incapazes de serem sujeitos na transformação histórico cultural de sua realidade. Aí surge a grande oportunidade de a enfermeira exercer sua atividade assistencial /educativa. É neste sentido que este estudo propõe desenvolver um espaço reflexivo com as mulheres.

É preciso estar com elas e mostrar-lhes que cultura é criação humana e portanto, é o resultado de seu esforço criador e recriador; é o sentido transcendental de suas relações e uma dimensão humanística da cultura; em suma, é incorporação e, por isso, crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições doadas.

Cabe à enfermeira/educadora fazer uma transição dentro do processo educativo, democrático e ético, estimulando este grupo de mulheres a uma organização reflexiva de seu pensamento, colocando à sua disposição meios com os quais sejam capazes de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, para uma consciência crítica. Conforme FREIRE (1994b) fazer isto de forma ética, enquanto sujeitos da prática educativa -impossivelmente neutra; exprimir o respeito às diferenças de idéias e às posições, mesmo às posições antagônicas.

Quando refletimos sobre a contracepção, é importante não ditarmos idéias e sim trocarmos idéias, não discursarmos teorias e sim propiciar debates ou discutirmos temas de seu interesse. É preciso trabalhar com as mulheres e não sobre elas. O meu papel é ser "*ponte*" e proporcionar meios para um pensar autêntico e não oferecer fórmulas prontas. É importante promover a integração, pois ela é o resultado da busca de quem tenta e procura encontrar soluções no contexto de sua realidade. Assim procedendo, com certeza, cria-se no ser humano uma consciência crítica que argumenta, analisa e atua como sujeito modificador, a partir de sua cultura (FREIRE, 1994b).

3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste item apresento o plano geral da pesquisa para alcançar os objetivos propostos. Trata-se de uma pesquisa do tipo **estudo de campo** (POLIT e HUNGLER, 1995), com abordagem qualitativa.

3.1 - Contextualizando a população

Frente às reflexões e questões apresentadas nos itens anteriores parece-me oportuno um estudo com mulheres, enfocando os aspectos da saúde reprodutiva e da contracepção. O estudo ocorreu nos meses de maio a novembro de 1996, numa instituição educacional, de nível superior, na qual desenvolvo minhas atividades profissionais docente - assistenciais; nesta instituição trabalham, no serviço de apoio, um grande contingente de mulheres.

Os sujeitos da pesquisa são mulheres provenientes de várias vilas do Vale dos Sinos, pertencentes, a maioria delas, às classes populares; o nível de instrução é de 1º ou 2º grau incompletos, encontram-se entre a faixa etária de 19 a 39 anos, sendo o estado civil mais citado o de união estável, e a maioria refere o catolicismo como opção religiosa. São de diferentes origens étnicas (italiana, polonesa,

germânica e brasileira), e também a procedência é de diferentes Estados brasileiros (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul). Esta miscigenação traz consigo diferentes culturas, tradições, hábitos, rituais e valores religiosos o que, de certa forma, exerce influências marcantes em relação ao tema em estudo. A bagagem de informação trazida de seus antepassados ainda está bastante arraigada nesta geração, pois estes ensinamentos parece que se cristalizaram, e os novos avanços sobre a tecnologia e o conhecimento da saúde reprodutiva da mulher ainda não são bem assimilados, o que dificulta a compreensão de informações atualizadas sobre contracepção.

Os sujeitos que participaram da pesquisa constituíram-se de 29 mulheres, sendo selecionadas, para fins de análise, 19 delas, por apresentarem situações mais específicas, serem mais comunicativas e, conseqüentemente, ocorreram maior número de registros com este grupo.

3.2 - Sistematizando a pesquisa de campo

A coleta de informações foi realizada por mim, junto às funcionárias do restaurante e do serviço de alimentação, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no período de maio a novembro de 1996, em encontros semanais planejados para este fim. A coleta de informações ocorreu até a saturação dos dados, ou seja, até que estes tornaram-se repetitivos. Os encontros foram oferecidos dentro da jornada de trabalho delas e fizeram parte do estudo de forma intencional, ou seja, por agendamento espontâneo.

3.3 - Coletando as informações

Embora o agendamento ocorresse de forma espontânea, tive preocupação com os aspectos éticos. Expliquei, para cada sujeito, a proposta e a metodologia do trabalho e solicitei seu consentimento para participarem deste processo, garantindo-lhes a privacidade e a confidencialidade, uma vez que estes dados envolvem informações pessoais. Da mesma forma, informei a possibilidade da desistência de fazer parte da pesquisa, garantindo-lhes, sem prejuízo, a realização da consulta de enfermagem.

O método de coleta de informações foi de entrevista semi-estruturada (roteiro), em discussão dialogada sobre o tópico de interesse. Considere-se que esta forma de diálogo permite maior flexibilidade na coleta de informações.

Para POLIT e HUNGLER (1995), este tipo de entrevista é o método de escolha para coletar dados junto à cliente pois o pesquisador lança alguns questionamentos que estimulam o entrevistado a narrar os fatos de forma mais detalhada. Esta técnica permite obter informações sobre o conhecimento específico, no caso, a saúde reprodutiva - contracepção, de forma relacionada às crenças, percepções e significado das vivências. Para tanto, deve haver uma comunhão com quem fala, um ouvir olhando para a cliente, envolvendo-se com ela, sendo tomada pelo seu gesto lingüístico. Escutar a cliente quer dizer imbuir-se e impregnar-se de seus gestos e de toda forma de dizer as coisas, é tornar-se sensibilidade e intuição, abrindo assim um espaço para estudos complementares (CARVALHO, 1987).

As entrevistas foram realizadas em local privativo, de forma individual, evitando constrangimentos e permitindo que a cliente esclarecesse dúvidas quando surgissem. Para isto sempre houve a preocupação de facilitar a comunicação, motivando as mulheres para um discurso livre a partir das questões colocadas.

Estabeleci, para cada cliente, um espaço para o diálogo, pois este tipo de atendimento é realizado de forma personalizada. Busquei criar um clima que chamei de momento dialogal, onde nós duas, (enfermeira e cliente), conseguimos estabelecer uma interlocução, assumindo papéis que permitiram que a dinâmica do diálogo se concretizasse. Estabeleceu-se a interlocução entre os diferentes níveis de conhecimento, de elaboração e compreensão, bem como as diferentes formas de expressão. Neste cenário houve momentos em que tanto o profissional fala, quanto se dispõe a ouvir para melhor compreender, perceber o significado da fala das clientes (CARVALHO, 1987).

Meu ouvir de enfermeira, na dinâmica dialogal, representou um desmanche da hierarquia, daquele que “sabe muito”, mantendo o domínio do conhecimento em contraposição da cliente que “pouco sabe”. Na interação de pesquisador/ pesquisada estiveram presentes as palavras de FREIRE (1994a), *“Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?”* Esta frase serviu-me de lembrança da postura que o profissional assume em relação ao cliente quando o diálogo é autoritário.

Por isso, no contato dialogal dos encontros considerei de fundamental importância a linguagem oral, por ser a melhor linha de interlocução, pois a fala é um ato social, que permite o diálogo, favorece a compreensão daquilo que a outra

pessoa está dizendo e que pode responder, questionar, concordar e discutir, admitindo assim contribuições diferentes e até imprevisíveis.

Além da fala, procurei captar as outras formas de comunicação que se apresentam através de gestos, olhares, momentos de silêncio, ou de desconforto, mas também da empatia, que ao longo do diálogo, emergiu. A subjetividade das falas das mulheres ora pode ocultar, ora explicitar sua realidade como também pode confundir ou esclarecer dúvidas. Desta forma, acredito que ocorre a reversibilidade entre os interlocutores e o processo a ser construído, incluída a participação ativa dos agentes, buscando desmistificar aquilo que a bagagem cultural nos impõe, estabelecendo, assim, um intercâmbio mais crítico em relação àquilo que queremos desvendar, oportunizando a socialização do conhecimento.

Assim, quando a cliente percebe que suas colocações, sua forma de entender e agir também são importantes e são ouvidas, ela pode falar o que sabe, para aprender melhor o que não sabe.

No nosso cotidiano, a circulação das falas, como mediação entre interlocutores, se fez presente enquanto nosso objeto de discussão, de reflexão e de preocupação esteve voltado para a questão da saúde reprodutiva da mulher, enfocando sua sexualidade e a contracepção.

A entrevista foi realizada de forma aberta, permitindo à cliente o relato espontâneo sobre os aspectos da menarca, do ciclo menstrual, do período fértil, dos métodos contraceptivos e do aborto, bem como suas percepções, sentimentos sobre estes temas. Como exemplo foram colocadas as seguintes questões:

“Fala sobre tua primeira menstruação”...

“Como percebes teu corpo durante a menstruação ”... Explica o que é isto para ti...

“Fala um pouco do teu corpo fora da menstruação “...

“Quando para ti, a mulher está no período fértil?

“Quando ela engravida”?

“Fazes alguma coisa para limitar o número de filhos?...”

“Quais as tuas opções de contraceção?...”

“As indicações do método....como aconteceram?...”

“O que pensas sobre o aborto na vida da mulher?...”

Para facilitar o diálogo, iniciei o encontro perguntando sobre a primeira menstruação, pois percebi que, de maneira geral, este tema não traz maiores constrangimentos. Ele faz parte de sua vivência, um fato passado, porém, ainda presente nas lembranças de cada mulher.

3. 4 - Analisando as informações

O propósito da análise é de pôr alguma ordem sobre o corpo de informações, de modo que se possa evidenciar os resultados comunicados através do relatório.

Inicialmente, estabeleci estratégias gerais de análise, e posteriormente, a partir da leitura e releitura do material, desenvolvi um plano de estruturas relevantes para a interpretação do material.

Para análise das entrevistas, utilizei a técnica de análise de conteúdo de MINAYO (1996a), compreendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos, descrever os conteúdos, das mensagens vinculadas às falas dos sujeitos pesquisados. Portanto, através da análise de conteúdo, encontrei as respostas para as questões formuladas, referentes à temática da sexualidade e contracepção. Escolhi este método por ser aberto, indutivo e concebido como um processo, para encontrar aquilo que é subjacente nos conteúdos manifestos, portanto, procurei ir além das aparências, buscando encontrar a essência do significado.

Para tanto, organizei o material coletado, para operacionalizá-lo, baseada na proposta de MINAYO (1996b), que estabelece algumas etapas para uma ordenação cronológica, a fim de proceder à análise do conteúdo.

No primeiro momento, ordenei os dados, realizando um mapeamento de todo o material coletado em campo. Para tanto, realizei a leitura e releitura do material coletado nas entrevistas, que foram escritas logo após sua realização e organizei-as em relatos.

No segundo momento, classifiquei os dados e, após, separei as unidades de registro com referência nas unidades de contexto. Por unidades de registro entendo uma mensagem, frases, parágrafos, idéias e orações. Estas unidades de registro foram trabalhadas dentro das unidades de contexto para que sua mensagem ficasse vinculada ao mesmo. Para isto, retomei, de forma enfática, a leitura do material obtido em campo, procurando identificar as estruturas relevantes que emergiram das falas das participantes desta pesquisa. Lembro, neste momento, que os dados

foram construídos por um processo, partindo de um questionamento e que, a partir de agora se constitui no *corpus*, com referências teóricas, com base nos elementos que julguei relevantes e estabeleci as categorias específicas, determinando assim o conjunto de informações presentes nas falas.

No terceiro momento, realizei a análise final. Nesta etapa, busquei uma articulação entre o referencial teórico e o material coletado. Nesta fase, tentei alcançar uma maior intensidade, buscando estabelecer concepções mais profundas, através da reflexão e intuição, entre a realidade encontrada e a teoria. Nesta interação, aprofundei minha análise, tentando desnudar o conteúdo latente, subjacente, do material coletado, ou seja, compreender o significado que os sujeitos dão aos fenômenos vivenciados em relação à sua sexualidade e contracepção, alimentados por fatores sócio culturais e religiosos. Conhecendo o significado atribuído a estes fenômenos, pela população pesquisada, foi possível desenvolver um diálogo emancipatório, referente à sexualidade e contracepção, com vistas a promover a sua saúde reprodutiva.

Neste movimento, aparentemente linear, do desenvolvimento das etapas da pesquisa, quero enfatizar, de um lado a necessidade, para fins de análise, de dar atenção a cada procedimento, e de outro lado, para a liberdade de reconhecer as diferentes técnicas e métodos, como guias, e prescindir deles quando se tornarem obstáculos. E nesta interação, creio ser possível realizar um trabalho científico e criador.

4 - VIVENCIANDO COM AS MULHERES AS QUESTÕES DA SAÚDE REPRODUTIVA

Nesta etapa da pesquisa são apresentados os resultados obtidos pela análise dos dados, tanto na forma de descrição quanto de interpretação dos mesmos.

Tem a finalidade de responder às questões formuladas referentes à saúde reprodutiva - contracepção da mulher e, conseqüentemente rever os objetivos propostos para esta pesquisa, ampliando o conhecimento sobre o temática proposta.

Na pesquisa das temáticas “**primeira menstruação, percepção do corpo feminino, período fértil, contracepção e aborto**”, procurou-se compreender o significado destes temas para as mulheres pesquisadas.

Dentro desta linha, trabalhou-se com a “*representação social*”, entendida como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade “vvida” por estas mulheres quanto ao fenômeno estudo da saúde reprodutiva (MINAYO, 1996a p. 70 -71).

Para uma melhor compreensão deste fenômeno trabalhou-se com categorias que auxiliam para agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isto.

Neste estudo, as categorias foram estabelecidas a partir da coleta dos dados e durante o processo de análise dos mesmos. Portanto, trata-se de categorias concretas e específicas, visam a classificação dos dados encontrados no trabalho de campo.

A partir destas colocações, apresenta-se a análise dos dados, de acordo com as temáticas estudadas.

4.1 - Começando a ser mulher

Na análise do tema “primeira menstruação-menarca” procurou-se compreender o significado deste fenômeno para as mulheres do estudo. Este evento representa um marco na vida de todas elas, independente do nível cultural e econômico. A menarca representa, para elas, uma passagem da fase de menina para a de mocinha e, por esta razão, uma etapa decisiva para a condição de “ser mulher”. Indica um “marco” que deixa lembranças quase indelévels, com conotações tanto positivas, quanto negativas. Para elas, a vivência da primeira menstruação gera sentimentos de surpresa e expectativas além da necessidade de novos conhecimentos.

Nos relatos das mulheres, emergiram falas que foram utilizadas para estabelecer as categorias relativas à menarca. Neste sentido, o conjunto de quatro categorias foram mencionadas como relacionadas à primeira menstruação: **Idade;**

necessidade de novos conhecimentos; marco biológico e social; fenômeno cercado de tabus, com manifestações de desconforto físico.

Idade. Na população estudada, a variação da idade da menarca ocorreu entre 10 e 16 anos, e algumas mulheres relataram terem recebido informações sobre a idade em que ocorre a menarca e o processo biológico da puberdade. Em vista desta orientação, cria-se um clima de expectativa, de espera e, de certa forma, uma preocupação de comparação com a idade de outras meninas. Isto fica evidente na fala da **Inocência**.

“Eu já estava esperando por isto, porque observei o crescimento dos pelinhos, o aumento do seio e estava ganhando mais corpo. Quando isto acontece a menstruação está por vir e a gente vira mocinha e o corpo da gente está normal. Eu tinha 13 anos e todas as colegas da aula já tinham as regras, por isto achei até, que tinha alguma coisa errada comigo” (Inocência).

A mudança física desencadeia uma reflexão sobre o fenômeno que está ocorrendo em seu corpo, chama atenção, e não tem mais como ocultar. Estes sinais observados no próprio corpo têm um significado do feminino, de normal e, quando ocorrem, mais tarde, são motivo de preocupações para as mulheres.

É interessante observar que mesmo as mulheres de classes populares têm uma lógica de se pensar “mulher”, pois, pelo conhecimento que possuem, percebem as alterações físicas e sabem que isto gera mudança. Este fato é vivido com expectativas no aguardo da menarca, confirmando assim sua condição de mulher saudável.

Pelo depoimento da **Albânia** constata-se que, apesar da menarca ocorrer aos 10 anos, ela estava preparada, pois observou as alterações físicas, em seu corpo, reconhecendo que, quando presentes, significam a proximidade da menarca.

“Eu sabia que quando na menina começam a crescer os seios e o corpo pega jeito de mulher, então ele está pronto para vir as regras. Ninguém em casa explicou para mim quando e como ia acontecer. Fiquei esperando...e aconteceu quando estava na missa. Me apavorei, de que jeito eu ia sair da igreja e as pessoas olhando as manchas na minha saia. Por sorte não aconteceu nada. Em casa me troquei mas não falei para ninguém. Afinal minha mãe não ensinou nada sobre isto, parece que era pecado falar disso. Talvez porque tinha só 10 anos e ninguém esperou que vinha tão cedo” (Albânia).

Pela análise dos relatos das mulheres trabalhadoras da UNISINOS, cujas idades na ocasião da entrevista, variavam entre 19 e 39 anos, a menarca ocorreu para a maioria delas, entre 12 e 13 anos. Apesar disso, é importante ressaltar que o padrão de 12 ou 13 anos, para a menarca não é um padrão universal, ele está sujeito a influências espaciais e temporais.

“Minhas regras aconteceram quando tinha 16 anos, ninguém me orientou sobre nada, e minhas amigas nesta idade todas já tinham menstruado. Achei que tinha algum problema” (Zenáide).

Embora a maioria das mulheres estudadas se enquadrem no padrão de 12/13 anos, **Zenáide** teve a menarca aos 16 anos, o que não caracteriza algum distúrbio ou alteração biológica, porém, para ela, foi motivo de preocupação, por não ter recebido orientação e pela comparação que fazia com as amigas.

Pelas falas destas mulheres, como de **Zenáide e Albânia**, percebe-se o tom de desconhecimento sobre alguns aspectos desta etapa da vida da mulher.

É importante observar que cada cliente vivenciou de forma singular este momento, tanto do ponto de vista biológico, emocional e cultural, como os significados atribuídos a este acontecimento.

Conhecimento sobre menarca. A busca de novos conhecimentos sobre a menarca é inerente à própria idade da menina que, percebendo em seu corpo o processo da puberdade, quer encontrar sentido destas modificações para adaptar-se ao seu novo papel social. Observei, com freqüência, nas falas das mulheres que as meninas, nesta idade, elegem as amigas ou irmãs mais velhas para trocarem idéias e assim obter novas informações. **Laércia**, no seu depoimento, faz referência de algum conhecimento sobre a menarca, pois conversava com suas amigas e irmãs mais velhas e buscava também conhecimento nas revistas.

“Fiquei moça cedo, com 11 anos, sabia mais ou menos como ia acontecer, porque conversava com minhas amigas e à noite eu conversava com minhas irmãs mais velhas e também tínhamos no nosso quarto algumas revistas” (Laércia).

Para a maioria das mulheres estudadas, a primeira menstruação teve uma conotação distinta, com aspectos salientados quanto à desinformação, à vergonha e à ocultação do fato. Isto fica evidente no depoimento de **Kalista**, que também é compartilhado por outras mulheres entrevistadas, ao verbalizar esse sentimento.

“Eu me criei lá fora no meio dos guris, subindo árvores, andando pelos matos atrás de frutinhas e achar novidades. Um dia destes vi que minha calcinha estava manchada de sangue e logo me veio na cabeça que me tinha machucado nas árvores. No outro dia estava mais suja, então fui várias vezes

me lavar na sanga, que ficava perto de casa, para ficar limpinha, mas não contei para ninguém. Na segunda vez que veio me forrei com paninhos e só depois de um ano minha irmã me descobriu lavando os forrinhos” (Kalista).

Analisando as colocações de **Kalista**, constata-se que a desinformação e o desconhecimento formam uma parceria associada ao sentimento negativo e à vergonha. Constata-se isto pelo fato de ela ter ocultado este acontecimento por um ano. Fica também evidente que a presença de sangue remete a ferimento ou a algo mais sério em seu corpo, como também à questão do sujo que precisa ser higienizado várias vezes ao dia. Quanto à conduta da irmã, nota-se que as informações sobre a menstruação não abordam o processo biológico, nem o social, apenas referem-se às proibições que limitam sua liberdade e sua maneira de viver, sugerindo atitudes típicas para uma menina moça, o que suscitou incômodos e desconfortos até então inexistentes.

Para algumas mulheres a menarca pode trazer um impacto negativo porque representa a perda de sua liberdade infantil, pois enquanto criança, o seu corpo, sua maneira de brincar e de viver a vida não se diferencia muito da do sexo masculino. Isto de certa forma gera um luto por estas perdas, pois agora está sendo impulsionada para vivenciar outro papel definido pela sociedade.

“É ruim porque a gente precisa cuidar quando senta, para não passar na roupa”(Eugênia).

Outro exemplo relacionado com a menarca é o de **Vicentina**, relatando sua primeira menstruação como um evento com conotação negativa, assustadora e como algo doentio, e precisou da ajuda de sua tia, solicitada pela mãe.

“O dia que isto aconteceu eu fiquei muito mal e fui para a cama. Achei que ia morrer pois estava sangrando e comecei a vomitar. Minha mãe foi correndo chamar minha tia. Ao chegar em casa ela disse: - Menina isto não é nada, é a tal da menstruação. Vou fazer um chá e tudo vai ficar bem. Passou desta vez e ficou por isto mesmo”(Vicentina).

Este relato sugere que, no primeiro momento, a menstruação é algo desconhecido e assustador a ponto de poder ocasionar a morte. É importante observar que, em alguns destes momentos, é solicitado auxílio a outras mulheres, na tentativa de dividir a responsabilidade ou pedir ajuda diante de situações difíceis. Todavia, mantém-se um clima de “estar doente”, pois ir para a cama e tomar chá, para ficar bem, é uma conduta que se toma com pessoas doentes. Na verdade, nesta situação, nenhuma orientação acontece, aparecem tentativas de ajudar, mas não se sabe como proceder. Então mantém-se silêncio sobre o acontecido, não se fala entre mulheres e se aprende, (de forma subliminar), que este assunto não deve ser falado em família.

O assunto sobre a menstruação sempre foi tratado com pudor, pois falar sobre menarca e sexualidade, no âmbito familiar, privado, entre mãe e filha ou entre as irmãs mais velhas, era pouco comum, deixando assim uma larga margem para a desinformação. Quando havia alguma informação ou orientação, a mesma vinha freqüentemente recheada de pudor, de meias palavras, remetendo à vergonha, à não socialização do assunto, pois são coisas só de mulheres, isto não se fala diante

dos homens. Na verdade, estas orientações são “conhecimentos por tradição” que repetem os mesmos conhecimentos recebidos pelos seus antepassados, impregnados pela cultura, sem questionar sua validade. Uma das clientes, referindo-se um pouco à tradição em sua casa, faz o seguinte comentário:

*“Bem estas coisas não se fala em casa, também não sei se minha mãe me saberia explicar o certo. O que eu sei sobre menstruação aprendi no colégio e conversando com as amigas”**(Bruna)**.*

Marco biológico e social. A menarca, entretanto, não representa apenas uma divisão importante, uma ruptura entre a infância e a adolescência, resultado de modificações e alterações físicas e hormonais, mas envolve também fatores psicológicos, emocionais, culturais, sociais, com necessidade de novos conhecimentos que transpassam as gerações.

Esta mudança no papel social envolve fatores emocionais e psicológicos, e fica evidente no depoimento muito semelhante de **Águeda e Eugênia**.

*“Por um lado foi muito bom ficar menstruada, porque agora podia ir junto com minhas irmãs para o baile, e namorar, porque quando a gente é criança os pais não deixam sair.”**(Águeda)**.*

*“Por um lado foi bom, porque minhas irmãs já eram moças e eu queria acompanhar elas quando saíam para os bailes, mas quando a gente é criança os pais não querem deixar, porque os outros serviços dentro de casa eu já fazia igual a elas”**(Eugênia)**.*

Apesar de as alterações biológicas agirem como um desencadeador, elas permanecem e estão imbricadas com a mudança nos papéis e nas funções sociais. De acordo com DURHAM (1983), as representações sociais que as mulheres fazem de suas vidas não correspondem, exclusivamente, a etapas biológicas ou a funções sociais. Assim, alguns fenômenos biológicos são socialmente selecionados, funcionando como marcadores de passagem de etapas sociais. A passagem das diferentes etapas, na vida, desencadeia mudança nos papéis sociais.

Para muitas destas mulheres estudadas, a partir deste acontecimento, ocorre um certa emancipação social, representando sua entrada no mundo social, no qual a menina vivenciará um outro papel, talvez com outro tipo de liberdade.

Sob o ponto de vista psicológico, a menarca normalmente traz impactos positivos, pois este fato remete simbolicamente à feminilidade e à fecundidade, bem como à garantia de um corpo normal e saudável, com potencialidade de gerar filhos, perpetuando assim a espécie, papel culturalmente conferido à mulher.

*“Quando vem as regras a gente vira mocinha, mulher e começa a chance de engravidar. Para mim foi bom ficar mocinha, faz parte de ser mulher, porque se um dia quero ter um bebê, preciso ter a menstruação normal”**(Bruna)**.*

Conforme LUZ (1995), as transformações biológicas comumente são consideradas o ponto inicial no processo de adolecer. A menarca constitui, para a mulher, um importante divisor de águas na socialização da criança e da moça. Com a primeira menstruação, a menina torna se mocinha de um dia para o outro, podendo, então, assumir outras funções sociais e prepara-se para a maternidade.

Nos segmentos populares observa-se, com bastante frequência, que no processo de adolecer estão embutidos, além dos papéis sociais, também as responsabilidades domésticas, que devem ser assumidas como tarefas culturalmente destinadas às mulheres. Cada sociedade, nas diferentes classes sociais, define de acordo com sua cultura e valores, os papéis e funções sociais de cada etapa da vida.

Para algumas mulheres, a chegada da menarca é aguardada com curiosidade e expectativa. **Josefina** explicita este desejo quando diz:

“A gente espera que isto acontece, meio curiosa para ver como é, não se sabe o dia, o corpo já está meio pronto. Acho que é parecido como ganhar a notícia de estar grávida ou a hora de nascer o filho” (Josefina).

Quando a menina percebe, através das modificações de seu corpo, que está se aproximando uma nova etapa, ela cria fantasias em relação ao evento, comparando-o com outras fases marcantes de sua vida, e leva-a a sonhar e a fantasiar sobre o acontecimento. A menarca, a gravidez e o nascimento de um filho são etapas culturalmente desejadas pela maioria das mulheres estudadas, pois estes acontecimentos conferem a elas um atestado de competência de sua feminilidade.

De acordo com HELMAN (1994), a fertilidade é uma preocupação universal no mundo das mulheres. O conceito de fertilidade, nas diferentes culturas, define o funcionamento interno de seu corpo e os processos de menstruação, concepção e parto. Na maioria das culturas existe uma verdadeira expectativa em relação à

menarca, pois o não - aparecimento deste evento, freqüentemente, marginaliza a mulher, vendo-a como uma pessoa frustrada e socialmente incompleta.

GIFFIN (1991) lembra que as representações sociais e as noções culturais sobre as mulheres, freqüentemente, giram em torno das características biológicas, tais como menstruação, fertilidade e maternidade, determinando assim o status biológico da mulher, que é sustentado na posse das relações reprodutivas. A discussão e a elaboração do papel social da mulher, na reprodução, é cristalizada, primeiro, nas instituições familiares, e posteriormente, na sociedade.

Tabus. A menarca como os demais ciclos menstruais são acompanhados por tabus, mitos e cuidados próprios durante esses dias, encenando, às vezes, um clima de doença e, se não exercer um bom cuidado, poderá sofrer males por toda vida.

De acordo com o relato das mulheres, o evento da menarca também abre espaço para as fantasias, que perduram ao longo da vida da mulher, sobretudo quando este tema não é socializado, nem de forma privada nem publicamente.

De acordo com LEAL (1995), nestas circunstâncias, o sangue menstrual é visto como algo sujo, que precisa ser eliminado, ocorrendo, assim uma limpeza no corpo. Neste sentido, o sangue é pensado como um elemento alheio à mulher, o qual precisa verter, fluir, pois não é o mesmo sangue que se distribui pelo corpo. Há um estranhamento em relação ao cheiro e estado deste sangue, identificado como nojento e grosso. Os termos utilizados para referir-se à menstruação, sugerem

também o fluxo menstrual como algo dissociado do próprio corpo e que precisa ser eliminado sob condição de causar sérios problemas de saúde e até ficar estéril.

“A menstruação, como as vezes se diz, “estou de visita” ou “estou doente do mês” traz seus incômodos, mas depois que este sangue desceu a gente fica mais limpinha, parece nova. Também traz problemas quando fica dentro da gente” (Gregória).

Neste espaço da fantasia, entra a questão da higiene, que obedece a um ritual para proteger a saúde da mulher. De acordo com VÍCTORA (1991), a prática de resguardo é amplamente difundida entre as mulheres de classes populares. Exemplo destas atitudes é que a cabeça não deve ser lavada sob o pretexto de que pode ocorrer a suspensão da menstruação, ou então, o sangue pode subir para a cabeça, enlouquecendo a mulher.

Pelo relato de **Águeda** e das outras mulheres estudadas, percebo algo em comum na maioria delas, quanto às informações recebidas. Estas são de um cunho restritivo e proibitivo e se, porventura, forem transgredidas, elas mesmas se tornariam vítimas de problemas graves.

“Na minha vila tem uma mulher que ficou louca porque lavou a cabeça quando estava menstruada e agora cada vez que fica menstruada ela se pela e vai assim para a rua” (Águeda).

No que diz respeito ao resguardo, durante o período menstrual, existe um verdadeiro repertório cultural feminino, sendo um dos mais difundidos a não higienização da cabeça, que também é observada no período pós-parto e aborto, pois estes períodos têm em comum, a perda sangüínea.

Uma explicação provável para esta prática pode ser encontrada em HELMAN (1994), sobre a “teoria humoral”, conhecida também como a “síndrome do quente/frio”. Esta teoria é bastante difundida entre o povo Latino Americano, que considera o sangue um elemento quente, vindo do interior do corpo, enquanto a água provém da natureza, do meio externo e, portanto, fria. Nestes casos, a água, identificada simbolicamente com frio, teria o poder de cortar o sangramento, o que, tanto no caso da menstruação, como nos casos de pós-parto e pós-aborto, ocasionariam a suspensão ou até perturbações de diversas ordens.

Por esta razão, inúmeras proibições são impostas desde a primeira menstruação, as quais são rigorosamente observadas e, passadas de geração em geração, com o intuito de preservar a saúde reprodutiva da mulher, garantindo-lhe um casamento e uma prole saudável. **Luíza**, quando se refere a este resguardo, entre outras coisas, faz a seguinte observação:

“Nestes dias a gente não pode levantar peso, isto arruina as partes da mulher e quando quer ter filhos vai enfrentar problemas” (Luíza).

Conforme HELMAN (1994), na maioria das vezes, as informações relativas à menstruação se limitam a ditar condutas especiais, criadas, simbolicamente, para proteger a mulher menstruada, durante este período vulnerável, e o homem, do poder poluidor do sangue menstrual. Esta concepção em relação ao período menstrual, como perigoso e poluidor, também é citado por LEAL (1995), considerando este sangue impuro, potente e poderoso e com capacidade de deixar o homem impotente, caso haja uma relação sexual.

Esta postura em relação ao resguardo, ao que a mulher não pode fazer enquanto estiver menstruada, fica clara na fala de **Albânia**, quando questionada sobre o “cuidar-se”:

*“Cuidar-se é tudo aquilo que a mulher **não pode fazer** quando está menstruada... não molhar os pés nem a barriga, o banho deve ser rápido e a cabeça não deve ser lavada porque isto estraga a saúde. Nestes dias a mulher também não pode bater bolo ou amassar pão, pois não vai crescer, Não entrar na dispensa porque estraga os alimentos e assim muitas coisas. Também precisa manter distancia do homem, não pode ter contato porque o homem fica brocha(**Albânia**).*

Certamente, estes tabus são transmitidos por tradição, ou seja, vêm atravessando gerações. HELMAN (1994 p.142) relata que um historiador romano alertava para os perigos que podem advir de um simples contato com uma mulher menstruada, tais como: *“transforma o vinho em vinagre, mata as plantas jovens, faz malparir as éguas”*. Entretanto, não era somente entre os romanos que existia este temor; também em tribos indígenas primitivas se temia muito as meninas na menarca, a ponto de exigir das mulheres mais velhas que levassem estas jovens para choças ou habitações isoladas, encerrando-as por alguns dias.

Por questões culturais, o elemento “sangue” remete a cuidados especiais, significando machucado ou doença, portanto, considerado um período não fisiológico na vida da mulher e por isso, às vezes, cercado por desconfortos e incômodos, o que se confirma pela fala das mulheres pesquisadas. Entre estes desconfortos figuram a irritabilidade, a cefaléia, as cólicas e as dores nas pernas.

De acordo com HELMAN (1994), muitas mulheres internalizam este modelo devido a um comportamento feminino observado no seu contexto social. A fala de **Kalista** traduz este sentimento

Toda mulher ao certo precisa menstruar, porque quando não acontece a gente se preocupa, mas para mim não foi muito bom, porque nestes dias sofro muito de cólicas, dor de cabeça e até enjoada fico e preciso ir para cama. Se não me cuida bastante, preciso tomar remédio porque só o chá não resolve. (Kalista).

A menarca é considerada um acontecimento exclusivo da mulher e, por esta razão, na maioria da vezes, é socializada apenas entre mulheres, tanto na esfera doméstica quanto na pública. Um exemplo típico destas atitudes é a forma como nos colégios estas informações eram repassadas, ou seja, separava-se os meninos das meninas, quando o assunto versava sobre estas questões, cercando-o de sigilo e mistério. HELMAN (1994), quando fala sobre o “mundo das mulheres”, cita que o mundo masculino e feminino são separados, pois neste espaço os homens realmente não tinham nenhum acesso aos segredos do mundo feminino, principalmente no que se referia às crenças e práticas relacionadas à sexualidade, menstruação, gravidez e parto.

“Minha irmã mais velha me alertou para os cuidados nestes dias, assim fui aprendendo aos poucos estas coisas que só acontecem com a mulher. No colégio também aprendi alguma coisa, a professora nos dava instruções, mas separado dos meninos, afinal só interessava mesmo a nós”(Zênia).

Em suma, pelas falas das mulheres, constata-se que a menarca desencadeia uma nova etapa em suas vidas. Esta etapa traz consigo, além das alterações biológicas e físicas visíveis, também a possibilidade de um outro viver social.

Apesar de a primeira menstruação ser um importante elemento desencadeador de mudanças de convivência social, a continuidade do processo menstrual é igualmente valorizado pelas mulheres pesquisadas.

Assim, com o objetivo da compreensão mais ampla da saúde reprodutiva, analisa-se, a seguir, a temática das percepções do corpo feminino fora da menstruação.

4.2 - Percebendo o corpo feminino e seu significado

A partir da análise feita dos relatos das mulheres sobre a questão: "Fala sobre seu corpo fora da menstruação e explica o que é isto para ti", estabeleceu-se o conjunto de categorias relacionadas à percepção do corpo feminino, mencionadas como em um corpo que apresenta sinais e sensações diferenciadas. Pelas falas das mulheres, identificam-se as seguintes categorias: ***Transformações biológicas, sensação de umidade, percepção de algo que não sabe explicar e o desejo sexual.***

Entre as categorias citadas pelas mulheres, as modificações biológicas são as que se tornam visíveis e públicas, exigindo da menina uma nova postura em relação a seu corpo. Para algumas mulheres estas mudanças físicas externas também são acompanhadas por alterações internas, transformando seu corpo de menina em corpo de mulher, surgindo sensações e desejos que até o presente momento não foram vivenciados.

Transformações Biológicas: No início da adolescência e a partir da menarca, o corpo, com suas transformações biológicas, adquire um novo significado em decorrência dos novos papéis sociais. As representações femininas a respeito de sua sexualidade estão vinculadas, de forma contundente, ao entendimento do corpo como uma matriz de significados. De acordo com LEAL (1995), a forma, as manifestações e as sensações possuem significados, que são compreendidos através de uma imagem construída. Este processo é semelhante ao de uma pessoa que ao olhar-se no espelho, percebe a imagem de seu corpo a partir de suas vivências sociais - estou gorda, feia, cansada, ou meus cabelos são bonitos, minha pele tem aspecto saudável. **Gregória** expressa isto na sua fala:

“Depois que vieram as regras o corpo muda, os seios crescem mais, a gente fica com mais quadril, já pega corpo de mulher, isto eu observava nas minhas colegas que já tinham menstruado” (Gregória).

Assim, a percepção e a identificação de alterações corporais são o resultado de uma série de comparações com o próprio corpo e em relação ao corpo de outras meninas da mesma idade, que expressam estas mesmas transformações. A percepção do próprio corpo ocorre a partir de construções elaboradas em relação às vivências sociais.

“Quando se fica mocinha, o corpo perde o jeito da criança, a gente fica com cintura e ganha mais quadris, acho que por dentro também fica diferente” (Gláucia).

Sensação de umidade. Além das visíveis modificações físicas, ocorrem também as manifestações fisiológicas, decorrentes da dinâmica dos hormônios que se manifestam, ciclicamente, no corpo da mulher e que podem ser percebidos.

Estas manifestações ora apresentam um aumento de muco vaginal, ocasionando maior umidade, ora indicam uma sensação de dor no baixo ventre como sinal de ovulação. Estes elementos também entram no perfil das mudanças geradas pelo adolecer e que são observadas pelas mulheres. Exemplo disso constata-se no depoimento de **Warna** :

“Tem dias do mês que me sinto mais molhada, até um dia quis verificar o que era, fui ao banheiro e usei o papel higiênico e observei uma melequinha tipo clara de ovo” (Warna).

DURHAM (1983) comenta que as representações do corpo são elaboradas a partir das sensações físicas experimentadas, mudanças observadas em alguns aspectos, dando um significado vinculado à sexualidade feminina. A percepção do corpo ocorre a partir de sensações vivenciadas, criando assim uma imagem em relação ao interior de seu corpo. Isto é possível observar com o relato de **Gláucia**:

“Quando aparece esta umidade é que o corpo se abre para deixar sair um fluxo branco, são as flores brancas, que a mulher perde e depois ele fecha de novo”(Gláucia).

A representação do interior do corpo é elaborada a partir das sensações físicas experimentadas pela própria mulher, que percebe seu corpo como algo dinâmico que, periodicamente, se abre e fecha, deixando sair algum material existente em seu interior, semelhante à menstruação, e que precisa ser eliminado. LEAL (1995) reforça esta representação, indicando um modelo cultural do corpo, que inclui noções de uma dinâmica de abertura e fechamento do corpo, circulação de substâncias condutoras associadas a estados de umidade e calor.

“Nestes dias a calcinha fica mais úmida porque aparece uma secreção; claro, isto acontece depois da menstruação e é neste dias que sinto mais calor nas partes” (Maura).

Tanto na fala de **Maura**, quanto na das outras mulheres não citadas nominalmente, observa-se que a representação que elas fazem de seu corpo, ou seja, o sistema cognitivo e a avaliação, organizam-se em função da experiência sensorial, pois ao falarem sobre os fenômenos percebidos, estes aparecem como um referencial exclusivo da fisiologia do corpo feminino. De acordo com VÍCTORA (1991), esta observação personalizada do corpo faz com que as mulheres acreditem que cada pessoa tem um corpo que funciona de maneira singular, diferente do corpo de outra pessoa. Este conhecimento confirma a situação de ser mulher, de sua feminilidade e capacidade de conceber porque o calor representa um estado de excitação.

O conhecimento do corpo conforma-se a partir das vivências de sensações fisiológicas objetivas, pois quando se referem a este período, revelam que estes sinais não são iguais de uma mulher para outra.

“Minha vizinha contou que tem dia do mês em que ela se sente molhada e as vezes até usa modess, eu nunca observei” (Zelinda).

Percebe, mas não sabe explicar. Observar e identificar sinais fisiológicos em seu corpo nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente para aquelas mulheres dos segmentos populares. FOUCAULT (1979) diz que esta área de conhecimento é

bastante abstrata e, portanto, difícil de ser assimilada, pois aquilo que não é visível ou palpável, também foge de suas observações. Vejamos como comenta **Warna**:

“Já ouvi falar que tem mulher com uma dorzinha no meio da barriga durante o mês, mas eu nunca senti isto, ou me confundo com as cólicas da menstruação” (Warna).

De acordo com BOLTANSKI (1989), o raciocínio popular normalmente assimila e utiliza aquilo que já conhece. Novos elementos que surgem no corpo, são imediatamente submergidos pelos conhecimentos mais antigos e gerais, os quais são freqüentemente utilizados entre os membros populares e lhes são familiares.

“Eu tenho notado algumas vezes uma dorzinha na barriga, mais embaixo, e nesta ocasião minha calcinha também fica manchada com sangue. Não sei porque isto acontece” (Luíza).

Embora algumas mulheres percebam sinais evidentes em seu corpo, como o caso de **Luíza**, têm dificuldade de compreender e explicar o processo. Esta dinâmica hormonal que ocorre é algo abstrato e, portanto, requer uma explicação, para ser compreendida como um sinal e uma fase do ciclo menstrual, no caso da ovulação.

Para algumas mulheres estes sinais passam despercebidos ou, quando observados, carecem de significados.

“Já ouvi falar da tal dor que a mulher tem durante o mês, comigo acho que não acontece, também não sou muito de me observar” (Eugênia).

É comum constatar na fala destas mulheres que, no seu cotidiano, não observam qualquer sinal em seu corpo ou, quando vivenciam sensações diferentes, estas não são socializados, ou seja, elas não trocam experiências deste fatos, com outras mulheres, como se fosse algo particular, único. Estas manifestações não devem ser compartilhadas com ninguém.

Desejo sexual. O desejo é apontado como um elemento que se faz presente em seu corpo, sendo percebido como uma força que deseja encontrar empatia e correspondência, a fim de estabelecer laços sociais estáveis, visando satisfazer a necessidade de ser amada, bem como a possibilidade da procriação. Conforme FOUCAULT (1979), as elaborações culturais construídas sobre o desejo sexual têm basicamente em conta sua função de prazer, construções simbólicas, às vezes, complexas, estabelecendo restrições e direcionamentos que o transformam em suporte das relações sociais, independente, pelo menos em parte, de sua função reprodutiva.

“Notei que nos dias que tenho mais vontade de namorar e ficar junto, sinto meu corpo diferente. Li nos livros que isto é da natureza” (Kamila).

VÍCTORA (1991) observa que o corpo é um meio de expressão da interação de dois tipos de experiência corporal, a social e a física. Assim, se de um lado, é verdade que estas sensações estão localizadas no corpo da mulher, por outro lado, é também verdade que a experiência do desejo e o próprio corpo com suas funções, estão condicionados aos significados culturalmente aprendidos e transmitidos. A este respeito **Zênia** faz o seguinte depoimento:

“Quando a gente é mais nova, vontade de namorar e ter relações nunca falta. Acho que isto acontece com todas as mulheres quando são novas” (Zênia).

Entre as percepções citadas pelas mulheres, o desejo de se envolver, criando laços sociais, com o sexo oposto, foi mencionado várias vezes, como um sentimento constante. DURHAM (1983), observa que, no caso das manifestações da sexualidade, deve-se lembrar o fato muito original de que as fêmeas da espécie humana não possuem um período marcado de cio (*oestrus*). Enquanto nas outras espécies, as fêmeas são atraentes e receptivas aos machos por um período muito limitado, ficando, por assim dizer, assexuados por muito tempo. Na espécie humana, ao contrário, o sexo se apresenta como uma possibilidade constante e permanente de relacionamento interindividual e daí seu caráter simultâneo de poderoso instrumento de vínculos sociais duradouros, e constante ameaça às regras preestabelecidas. O depoimento de **Zenáide** refere-se à busca destes vínculos.

“Também a cabeça muda, as coisas de criança ficam para atrás, porque a moça quer diversão, pensa em arrumar um namorado” (Zenáide).

Considerando os depoimentos das mulheres estudadas, constatei que elas, ao mesmo tempo que experienciam as diferentes sensações em seu corpo, procuram um espaço para refletir sobre sua corporeidade feminina, tentando compreender e relacionar estes sinais como elementos de um corpo saudável, garantindo a possibilidade de exercerem a maternidade biológica.

4.3 - Significado do período fértil

Na análise dos dados, a respeito do período fértil feminino, emerge, nas falas das mulheres, uma autonomia de saberes populares ligados a matrizes culturais, usadas como mediações capazes de explicar e ordenar a lógica de suas crenças.

Também a questão do tempo, os fatores de quantidade e qualidade são interpretados como elementos decisivos para a concepção. Na colocação de **Eugênia** transparece esta idéia

“Eu aprendi de minha mãe que quando se goza juntos ai se engravida ou se acontecem vários contatos seguidos. Dizem que as mulheres quando não querem filhos elas evitam o prazer”(Eugênia”).

Fica evidente que o fator cultural exerce um papel importante na forma de interpretar o período fértil, mostrando também que, na população estudada, existem diferentes maneiras de pensar o funcionamento interno de seu corpo, o que, por sua vez, leva a um entendimento distorcido sobre o período fértil, demonstrando que a maioria delas desconhece este período.

A fertilidade e a angústia, ante a infertilidade, é uma preocupação universal entre os povos, e por isto, em muitas culturas, existem rituais, crenças e até rezas no dia do casamento para que a mulher conceba com sucesso. Entre nossa cultura, jogar arroz em quantidade sobre a noiva, no dia do casamento, significa o desejo da fertilidade, bem como decorar sua casa ou o local da festa com trigo, remete também à abundância da fertilidade. Se porventura, ocorre a infertilidade, ela é

atribuída a variadas causas físicas, comportamentais e poderes sobrenaturais.

Maura quando se refere ao período fértil, enfatiza esta idéia.

“Acho que a maioria de nós mulheres temos a capacidade de engravidar, só não sei se tem dias para acontecer. Claro que tem algumas mulheres com problemas no útero ou falta de sorte, ter um filho é bênção de Deus” (Maura).

A fertilidade é vista como dádiva da natureza, enquanto a infertilidade pode ser interpretada como castigo por um mau comportamento ou um infortúnio. HELMAN (1994), em seus estudos, relata que em um vilarejo da Guatemala algumas parteiras acreditavam que a infertilidade era causada por um *útero frio*. O tratamento para reverter este quadro era feito com chás quentes e banhos especiais, porém, se esta terapia se mostrasse ineficaz, então a esterilidade era atribuída à intervenção divina.

Outra forma de pensar o período fértil aparece nos depoimentos da população estudada, que é a importância atribuída ao corpo limpo e purificado como condição ideal para conceber.

Na tentativa de ampliar o conhecimento em relação à temática de um corpo fértil, apresento os depoimentos da população estudada, relacionados ao período fértil, que é interpretado pelas mulheres, de uma forma multifacetada. Assim, ordenei o conjunto de seis categorias que emergiram nestes encontros: ***Um corpo limpo e novo, a possibilidade de concepção, algo que se relaciona com a menstruação, a semelhança com a natureza da terra, a fertilidade como uma constante e a contracepção hormonal oral com capacidade de bloquear este período apenas nos dias que é ingerida.***

Corpo limpo e novo. Talvez esta forma de definir e pensar o funcionamento interno de corpo tem alguma ligação com o abençoado e sagrado, que existe culturalmente entre os povos, em relação à concepção. Esta situação contrapõe a “mulher estéril”, que é freqüentemente marginalizada e vista como uma pessoa infeliz, por não possuir um útero adequado, e portanto, biológica e socialmente considerada incompleta.

“Acredito que deve acontecer depois da menstruação quando o corpo está mais limpo, para a criança crescer saudável, porque se a mulher tem problemas no útero nem consegue engravidar ou perde a criança”(Josefina).

O limpo e o novo acontecem após cada menstruação, como um corpo que precisa se purificar para receber um novo ser. Nas falas, percebi que as mulheres imaginam o útero como um órgão dinâmico que se abre, deixando sair o sangue e depois se fecha. Nos estudos de LEAL (1995), encontrei uma citação semelhante que refere haver uma peculiar percepção do período fértil, a partir da representação do corpo, como algo que se abre e se fecha, com plenos movimentos internos, com uma dinâmica de fluidos que ora devem fluir, operando uma limpeza do corpo, deixando-o favorável para a fecundação; ora mantendo-se fechado, para reter o sangue produzido ciclicamente, dentro de uma cavidade oca, o útero, pois o mesmo representa um material fértil e construtor de uma nova vida. Isto se torna evidente no depoimento da **Inocência**, quando fala que o corpo da mulher se abre e fecha, permitindo a saída de fluxos.

“Não tenho muita certeza deste período fértil, mas acho que deve ser logo depois da menstruação, quando o útero já deixou sair o sangue, porque assim o corpo esta limpo, como novo, e

ai é mais fácil de engravidar, porque depois que ele fecha, acontece mais ” (Inocência).

Nesta representação, **Inocência** coloca o corpo se abrindo para deixar sair fluídos, apto para receber algum material fértil e que depois se fecha. Este movimento do corpo se abrindo e se fechando significa que está operada uma limpeza. Vejamos a colocação de **Warna**, quando se refere ao período da concepção, que é semelhante à fala de **Inocência**, retratando que outras mulheres têm a mesma concepção a respeito de período fértil.

“Eu acho que deve acontecer quando aquele sangue do mês desceu todo, ai está limpo e pronto para engravidar”(Warna).

Nos seus estudos, HELMAN (1994) comenta que as mulheres viam o útero como um órgão oco, que fica totalmente fechado entre uma menstruação e outra, período em que é lentamente preenchido por “sangue infectado”, abrindo-se depois para permitir que o sangue escape durante a menstruação, limpando o organismo das impurezas. Elas argumentavam que, por isto, só poderiam engravidar imediatamente após uma menstruação.

Possibilidades de concepção. De acordo com as mulheres estudadas, um elemento importante que aparece no processo da concepção é o desejo, a vontade de se relacionar com o homem, correlacionando o íntimo com a questão social. Para BOLTANSKI (1989), a representação do corpo feminino de desejo, umidade, calor e

demais sensações experimentadas é algo único e singular, sendo estes elementos, balizadores e determinantes do conhecimento a respeito do seu corpo individual.

Na consulta, questionando a respeito do período fértil, uma cliente relaciona também as condições circunstâncias quantitativas e qualitativas.

“Nossa, isto é muito difícil de saber, mas vou arriscar...eu penso que é no dia em que a gente é mais fogosa e calorosa e isto acontece várias vezes ao mês, numa desta a gente cai na sorte, depende um pouco de como acontece.” (Laércia).

A colocação de **Laércia** exemplifica que, para elas, a relação sexual sempre está ligada ao ato procriador, função biológica; não conseguem dissociá-lo de outras relações sociais de carinho, afeto e sentir-se amada. Evidencia-se também, nesta fala, que não existe período fértil, determinado no ciclo menstrual; basta ter o contato várias vezes, pois o corpo está sempre apto para conceber.

“Não sou muito esclarecida nestas coisas, mas para mim basta ter o contato, minha vizinha já diz que tem que ter vários contatos” (Gláucia).

BOLTANSKI (1989) salienta que as classes populares não prestam voluntariamente atenção a seu corpo, porque não percebem os sinais precursores ou, às vezes, se recusam a perceber suas mensagens, portanto, usam o corpo principalmente como instrumento para cumprir uma determinada função. Para este autor, existe, nos segmentos populares, a dificuldade em manipular sensações abstratas, invisíveis e inapreensíveis, pois é preciso materializá-las, dar-lhes um corpo, algo palpável que ajude na sua compreensão. Por esta razão, para interpretar os fatos, utilizam categorias que correspondem às propriedades mais

universais, como foi no caso de **Gláucia**, que referiu as categorias temporais e quantitativas.

Relaciona-se com o período menstrual. Nas mulheres pesquisadas, algumas referem o sangue menstrual simbolicamente potente, poderoso e fértil. Seria difícil pensar este sangue como de outra natureza, se não o de um fluido vital, construtor do próprio feto. Dentro desta lógica, o sangue menstrual, quando encontra o espermatozóide, é constituidor da procriação.

“Eu tenho cinco filhos, e todas as vezes engravidei uns dois ou três dias antes da menstruação, e tá certo, porque o sangue que não desce fica aí, grosso forte para receber a sementinha” (Albânia).

“Não tenho muita certeza, mas acho que deve ser nos primeiros dias depois da menstruação, é porque nestes dias a mulher tem mais vontade.”(Zelinda).

Esta noção do período fértil está relacionada com período menstrual e a fecundação também ocorre nos dias imediatamente anteriores e posteriores à menstruação, e o sangue menstrual é condição de fecundidade. LEAL (1995) comenta que, nestas representações populares, o sangue menstrual e o sêmen estão associados, com alta possibilidade de concepção.

“Já ouvi falar que se pode engravidar assim que pára de descer o sangue grosso. A gente não sabe isto com certeza, mas eu acho que é pelo quarto dia depois da menstruação” (Águeda).

HELMAN (1994) quando se refere ao funcionamento do corpo humano, lembra que entre os povos da América Latina está bastante difundida a teoria humoral. Esta

forma leiga de pensar o funcionamento interno do seu corpo leva as mulheres a pensar uma dinâmica destes fluidos. Deste argumento segue-se que a fecundação é percebida como um evento fisicamente íntimo de consubstanciação de sangue e esperma, sendo necessária a circulação de humores corporais, para potencializar a procriação. Assim a concepção é entendida como uma combinação entre substâncias de natureza semelhante, porém, de gênero diferente e quantidades diferentes, ou seja, ocorre um processo de fusão do masculino e feminino.

Analogia com a natureza. O período fértil para estas mulheres é também mencionado como tendo certa analogia com o processo produtivo da terra.

“Penso que é alguma coisa assim, que os dois tipos de sementinhas precisam se encontrar, sabe do homem e da mulher, e quando a mulher está com o corpo úmido e quente, ela tem mais vontade. Eu tive algumas palestras antes de casar e eles falaram que o corpo da mulher é parecido com a mãe terra que quando recebe chuva e sol, a semente cresce mais fácil e dá frutos, e a mulher também produz frutos que são os filhos” (Josefina).

Analisando a fala de **Josefina**, observa-se uma lógica situacional, que é a ordem aleatória dos fatos. Nesta forma de pensar, a relação sexual, para ser fecunda, deve estar condicionada a determinadas circunstâncias, como as condições temporais, climáticas e sociais. Este raciocínio traça uma analogia com os fenômenos da natureza que contribuem para a fertilização e a germinação. A mãe terra, que tem umidade e calor, tem a possibilidade de produzir frutos.

“Eu acho que a mulher é parecida com a natureza, quero dizer com a terra, porque quando a gente quer que a semente cresça, precisa ter chuva e sol, a umidade e o calor fazem brotar as sementes”(Inocência).

A partir do depoimento de **Inocência**, é importante salientar que ela foi agricultora por muitos anos, e talvez, por este motivo, relaciona as questões climáticas ao processo da fecundação e germinação. LEININGER (1985), ao falar do fator cultural entre os povos, enfatiza a importância do conhecimento obtido da experiência direta das vivências do cotidiano. A autora continua dizendo que os povos, de cada cultura, não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras através das quais experimentam e percebem os fenômenos, mas são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas.

Contraceção hormonal oral. Outra forma de pensar o período fértil é quando a mulher não está sob nenhum efeito medicamentoso, portanto, nos dias em que não há ingestão da pílula, o corpo fica como liberado para conceber. Esta afirmação está presente na fala de **Bruna** quando diz:

*“Todas as vezes que engravidei foi quando parei com os comprimidos, depois daquela cartelinha, quando a gente para alguns dias de tomar os comprimidos, é como bateu e valeu. Assim é com minha vizinha cada vez que ela esqueceu de tomar os comprimidos ela pagava filho”(**Bruna**).*

Esta compreensão do efeito direto dos medicamentos e a fisiologia do corpo humano retrata a relação que as mulheres fazem entre fertilidade e contraceção oral. Há uma linearidade de pensar o efeito da pílula com outros medicamentos, como analgésicos e antibióticos, cujos efeitos atuam no corpo enquanto ingeridos, e para uma determinada finalidade. Conforme BOLTANSKI (1989), existe, nas classes populares, um verdadeiro repertório de medicamentos, classificados para o uso específico de determinadas doenças, sendo que estes medicamentos só podem ser

ingeridos quando se deseja obter um determinado efeito. Esta ação é imediatamente suspensa quando se deixa de tomar a medicação ou quando esta não é adequada.

*“Os dois filhos que tenho, engravidei tomando a pílula, acho que estes comprimidos eram muito fracos para minha natureza, ou talvez não fazem mais efeito porque já tomo muito tempo”
(Kamila).*

Esta maneira de entender o efeito dos medicamentos no organismo, imaginando-os fracos ou fortes, usados por longo tempo ou apenas por alguns dias para agirem eficazmente, também é uma idéia reforçada por BOLTANSKI (1989) quando se refere aos segmentos populares, em relação à medicalização. HELMAN (1994) relata que o efeito de uma medicação sobre a fisiologia humana e o estado emocional não depende unicamente de suas propriedades farmacológicas, mas, de outros fatores, como a personalidade e a questão sócio-cultural. Ressalta que o efeito da medicação sobre o indivíduo, depende de elementos adicionais às propriedades farmacológicas. Cita, como exemplo, as características da droga quanto ao formato cor, ao sabor; as características do paciente quanto à escolaridade, à experiência anterior e à situação sócio-cultural: as características da pessoa que prescreve - status profissional, senso de autoridade e o ambiente em que a droga é administrada - consultório medico, hospital ou domicílio.

Em suma, o período fértil para estas mulheres é mencionado como um período que pode estar relacionado tanto com a menstruação, em que o corpo está limpo e novo e com a presença do sêmen em que há possibilidade de concepção, quanto a um período em que o corpo está úmido, quente e com aumento de desejo,

assemelhando-se à natureza cujo solo se apresenta fértil para a germinação. Para algumas delas, a questão reprodutiva está relacionada a uma maior quantidade de relações sexuais, bem como às circunstâncias em que transcorrem.

Po outro lado, a contracepção oral está relacionada diretamente à ingestão do medicamento e ao relacionamento sexual, como se o período fértil estivesse sempre presente no dia-a-dia, e a possibilidade de evitar uma gravidez estaria diretamente ligada à ingestão da pílula.

4.4 - Significado do uso da contracepção

A partir dos anos 60, inicia todo um movimento pelo planejamento familiar e pela viabilização dos métodos contraceptivos, tornando-os acessíveis também para a população em geral. Para tanto, criaram-se programas específicos, e as informações começaram a veicular massivamente nos meios de comunicação, buscando atingir todas as classes sociais.

A preocupação que algumas mulheres têm com cuidados a seu corpo e à sua saúde, enquanto mulheres, emergiu ao longo do diálogo. Na análise das entrevistas com as mulheres estudadas, relacionados ao tema da contracepção surgiram os aspectos apresentados tanto em forma de preocupação em relação a : ***cuidar-se, com a responsabilidade da contracepção, evitar a gravidez, efeitos colaterais, a religião***, quanto em forma de constatação: ***automedicação e reinterpretação do discurso médico***.

Cuidar de si. A preocupação de cuidar-se está associada ao número de filhos que estas mulheres têm e, ao conhecimento dos efeitos colaterais dos contraceptivos orais, sobre o organismo.

“A gente precisa se cuidar um pouco mais. Já tento tantos filhos e não sei como vai ser o amanhã. Estes comprimidos andam fazendo muito mal para as mulheres. Acho que precisasse encontrar um outro jeito para não vir filho e que não judie tanta da mulher” (Maura).

A preocupação no cuidado consigo, como pessoa, é tema muito antigo que remonta à cultura grega. FOUCAULT (1994, p.55) relata que esta temática separou-se dos significados filosóficos, adquirindo as dimensões e formas de uma verdadeira “cultura de si”. O preceito de ocupar-se de si circula entre diferentes doutrinas, assumindo a forma de uma atitude, de um modo de viver, de comportar-se, constituindo, assim, uma prática social que deu lugar às relações interindividuais, a trocas e comunicações, originando-se em conhecimento e elaboração de um saber sobre si mesmo.

Esta consciência do autocuidado encontra-se difundida nas classes populares e, geralmente, traz consigo uma bagagem cultural que vem perpassando as gerações, transmitindo os conhecimentos para sua comunidade. LEININGER (1985), ao falar do cuidado cultural, salienta que pessoas com culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidados de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam em relação ao cuidado. Exemplo disso percebe-se na fala de **Vicentina**, quando coloca as razões de se “cuidar” para não engravidar. Para estas mulheres, a questão de ter muitos filhos parece ter a conotação de

desgaste físico. Também a questão econômica é colocada no orçamento doméstico, e para isto, elas optam por um emprego formal.

“Hoje em dia não dá para ter tantos filhos, porque a mulher precisa trabalhar fora e para isto, precisa saúde. A gente precisa se cuidar, porque muitos filhos e trabalhar fora, esgotam o corpo” (Vicentina).

Conforme OREM (1993), a capacidade do indivíduo para engajar-se no autocuidado acha-se condicionado pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural e financeira. Normalmente, pessoas adultas cuidam voluntariamente de si mesmas; o autocuidado efetivamente executado contribui, de maneira específica, para a integridade da estrutura humana.

Responsabilidade da Contracepção. A maioria das mulheres do estudo explicitam que a contracepção é da responsabilidade feminina, e que os homens, neste ponto, exercem sua sexualidade com maior liberdade, deixando a decisão e o cuidado da contracepção inteiramente ao encargo da mulher. O preservativo masculino (a camisinha), de maneira geral, não é bem aceito pelos homens, talvez porque eles não se sintam responsáveis pela contracepção, pois julgam que esta área é da competência exclusiva da mulher.

“Não posso mais usar a pílula, ela me faz muito mal, tenho usado a tabelinha porque o marido não quer usar a camisinha (Zênia).

A trajetória histórica da contracepção vem apontando a mulher como responsável principal, no uso destes métodos para controlar o planejamento da prole. DURHAM (1983) comenta que esta forma de comportamento cria uma

desigualdade entre os sexos, eximindo, desta forma, alguns homens de sua responsabilidade e do papel social na reprodução, pois esta passa a ser de responsabilidade exclusiva das mulheres sob o controle de sua vontade individual. Desta forma, as relações entre homens e mulheres tendem a se estabelecer mais em função de atrações momentâneas, do que num relacionamento com responsabilidade social, associado à paternidade e à maternidade.

“Tenho medo de engravidar, mesmo tomando comprimidos, porque o homem nesta hora cai fora, diz que a gente tem que saber o que faz.”(Luíza).

TAVARES (1996) relata que a frequência da procura pelos serviços de saúde é maior por parte das mulheres do que dos homens; desta forma, elas recebem mais medicamentos do que eles, sobretudo os que se destinam à contracepção. As teorias socio-antropológicas, que analisam a situação social das mulheres, referem que estas se identificam mais com a natureza, pela especificidade da fisiologia do corpo feminino e de sua função biológica de procriação, enquanto que os homens se identificam com a cultura que os liberta para assumirem os esquemas públicos.

Evitar a gravidez. A razão de fazer uso da contracepção, para algumas mulheres pesquisadas, está, neste momento, mais relacionada com os fatores sócio-econômicos. Na fala de **Vicentina** e **Gregória** fica claro com que finalidade elas usam a contracepção.

“Por enquanto não queremos bebê, por isto uso os comprimidos, a vida é muito difícil, a gente quer primeiro conseguir com nosso trabalho a nossa casa”(Vicentina).

“Hoje em dia não se pode ter mais que dois filhos, porque a crise é grande. Volta e meia falta serviço para meu marido.

Tomo a pílula há oito anos e até penso em ligar as trompas”(Gregória).

As famílias de pouco poder aquisitivo e com instabilidade no emprego buscam a contracepção, para limitar o número de filhos, temendo que a situação financeira desfavorável possa impedir que tenham os mínimos recursos para a sobrevivência.

Conforme GIFFIN (1991), as pressões à limitação da reprodução, em sociedades modernas, são dadas, em última instância, pela condição criada entre o valor afetivo dos filhos e sua valorização no contexto produtivo, em que o filho não representa mais um recurso produtivo na família e, sim, um consumidor que pode dificultar o trabalho remunerado da mulher, cada vez mais necessário à sobrevivência da família.

A caracterização deste contexto em relação à reprodução aponta para o fato de que a revolução industrial deu impulso à separação entre as esferas de produção e de reprodução que, nas sociedades modernas, evoluíram para uma autonomia relativa da produção e para uma clara subordinação da reprodução à produção. Assim, em nível de família, a produção de novos membros não garante sua inserção na força de trabalho produtivo.

“Por enquanto não queremos bebê isto nos atrapalharia bastante, a gente quer aproveitar a vida um pouco mais antes de vir o nené”(Gregória).

Com as novas tecnologias contraceptivas e a inserção da mulher, cada vez mais presente no mercado de trabalho, a atividade sexual separou sua função reprodutiva de outros papéis sociais. GIFFIN (1991) lembra que não se deve confundir a atração sexual, a reprodução da espécie com a idéia da reprodução

individual e social para atividade sexual. Atualmente, a reivindicação feminista para o controle do corpo tem colocado claramente a ideologia da dissociação entre a sexualidade e reprodução, estabelecendo prioridade para a contracepção como instrumento de liberação da mulher, fundamental na luta para uma maior igualdade, tanto na sexualidade quanto no exercício de trabalho remunerado.

Automedicação. O uso da pílula, como método contraceptivo, é mencionado por muitas mulheres do estudo, justificando ser este um método de fácil acesso, pois não precisa ajuda do profissional para usá-lo; basta comprar na farmácia, além de economicamente possível mantê-lo, por longo tempo.

“Eu nunca fui ao médico, compro direto na farmácia; minha vizinha que já toma por anos os comprimidos que o médico indicou, me deu o nome do comprimido e não teve maior problema, sempre leio bem a bula porque lá se explica como se deve tomar” (Kamila).

É comum encontrar mulheres que fazem uso da automedicação, trocando idéias com outras pessoas que já usam anticoncepção oral, e consideram suficiente, para sua orientação, a simples leitura da bula. Desconhecem, na maioria das vezes, problemas e efeitos colaterais da anticoncepção hormonal que pode interferir na saúde da mulher. De acordo com BOLTANSKI (1989), em nossa cultura existem dois corpos de conhecimentos autônomos e distintos, duas medicinas paralelas, uma científica, que é a medicina dos médicos, e uma popular, que é a medicina dos membros das classes populares. Desta forma, é comum encontrar mulheres que não buscam o profissional médico para o uso da contracepção. Basta conversar

com uma pessoa da sua comunidade que já faz uso da contracepção, e ela orientará como deve usá-la.

“Comprei os comprimidos na farmácia e eles me explicaram um pouco, disserem que a bula tinha uma explicação. Conversei também com as gurias do meu trabalho que já tomam a pílula mais tempo” (Laércia).

Assim como encontramos, nos segmentos populares, um verdadeiro repertório de doenças e seus respectivos tratamentos medicamentosos, temos, na mesma linearidade, uma socialização dos procedimentos em relação à saúde da mulher, entre eles, a contracepção, o parto e o resguardo no pós-parto. Na fala das mulheres fica evidente a “medicina imitativa” que apresenta como uma de suas características essenciais o não conhecimento, propriamente dito, da receita, com o princípio que a fundamenta, e sequer se apóia em representações do corpo com o princípio da eficácia dos remédios utilizados. Na sua compreensão, é suficiente usar pílula contraceptiva, para evitar gravidez, sem saber qualquer efeito colateral e, muito menos, a natureza desta medicação.

“Eu comecei a tomar a pílula com 17 anos, quando arrumei um namorado, comprei na farmácia, porque a maioria das meninas fazem assim e também não queria que minha mãe soubesse” (Kalista).

A questão cultural, em relação à automedicalização, está fortemente arraigada nas classes populares, valendo-se dos saberes das pessoas que já usaram alguma medicação, para uma determinada doença ou finalidade. BOLTANSKI (1989), em seus estudos, discorre sobre os construtos da saúde e doença que ocorrem nesta classe. Observa-se também a questão da ocultação do fato, o que nos remete a

pensar que o assunto da contracepção não é socializado em nível privado, sobretudo entre as adolescentes, e isto se torna um fator que compromete a saúde da mulher.

“Eu sempre compro a pílula direto na farmácia, a gente deve procurar o médico quando não se acerta ou quando as coisas complicam”(Águeda).

É bastante difundido em nossa cultura que o profissional da saúde, como médico, dentista, enfermeiro, entre outros, devem ser procurados quando ocorrem complicações. De acordo com CAPRA (1983), a assistência à saúde consiste em manter o equilíbrio dinâmico dos indivíduos. Significa pessoas cuidando de sua própria saúde, e com a ajuda dos terapeutas. Esta espécie de assistência à saúde não pode simplesmente ser fornecida pelos profissionais da saúde, mas deverá ser praticada por cada indivíduo.

Efeitos colaterais. Os efeitos colaterais da contracepção oral também são citados nas entrevistas como algo que prejudica sua saúde e assim, facilmente, abandonam este método, expondo-se a uma gravidez não planejada. O preconceito e a não orientação de outros métodos contraceptivos fazem parte deste cenário.

“Eu já passei muito mal com esta pílula, muito enjôo, dor de cabeça, varizes me doendo e por final a menstruação cada vez menos até um dia parou totalmente”(Josefina).

Toda mulher tenta proteger-se contra uma gravidez não desejada e, por isto, usa, normalmente, a contracepção hormonal oral sem conhecer as complicações que, freqüentemente, acompanham esta terapia. XAVIER e ÁVILA (1976) relata que

as mulheres descobrem, tão logo mergulham na própria experiência, que a contracepção não muda seu status enquanto trabalhadoras e cidadãs, que estes métodos estão cada vez mais sob o controle médico e, finalmente, percebem que eles intervêm negativamente em sua saúde, provocando problemas circulatórios, digestivos e nervosos. O discurso médico centraliza a contracepção como um fator da saúde feminina, enquanto as mulheres usuárias identificam-na como um elemento de desequilíbrio de seu bem-estar. Desta forma, a contracepção é vivida como um confronto entre o saber científico e a vivência dos efeitos colaterais das usuárias .

“Desde que estou tomando estes comprimidos que o médico me receitou, muitas coisas ruins já me aconteceram. Fiquei meio inchada e gorda, ando enjoando e até não tenho mais vontade de ter relações com meu marido”(Albânia).

Para aquelas que procuram o médico, para a escolha do método, há um reconhecimento de que este atende muito rápido, e que não explica os efeitos colaterais. Por outro lado, existe, por parte da população, um certo constrangimento em confrontar o saber médico, o que as leva, muitas vezes, a não expressarem suas dúvidas e complicações.

Segundo CARNEIRO e OLIVEIRA (1995b), a hegemonia médica em relação à saúde reprodutiva e a medicalização contraceptiva deverá passar por uma avaliação ética, quando a referência for a integridade, a vida e a saúde das mulheres como bens simbólicos da sociedade.

O fenômeno religioso. Ele aparece como um elemento que interfere no uso da contracepção. Para algumas mulheres, a crença religiosa permite apenas o uso de métodos naturais para o controle da sua fertilidade.

“Venho me cuidando pela tabelinha, as vezes falha, então vem a gravidez, mas minha religião não permite estes métodos artificiais, fui católica e hoje sou pentecostal” (Zênia).

Reverendo algumas questões referentes às crenças religiosas, MACHADO (1994 p.10), em sua tese de doutorado intitulada “Os efeitos da filiação religiosa no exercício da sexualidade e reprodução”, apresenta várias considerações sobre a contracepção dos diferentes segmentos religiosos. Comenta, por exemplo, que há um consenso entre os historiadores de que a tradição sexual cristã foi marcada até os meados do século atual por uma percepção negativa da sexualidade humana, alicerçada na separação de corpo e alma. Na Igreja católica, a revisão da ética sexual tem-se mostrado bastante lenta e polêmica. Observamos isto nas últimas encíclicas: a “*Humanae Vitae*” (Paulo VI, 1968). “*Familiaris Consortium*” (João Paulo II, 1982) e “*Veritatis Splendor*” (João II, 1993), que reiteram a condenação aos métodos contraceptivos artificiais de controle da natalidade. MACHADO (1994) salienta que a Igreja, no Brasil, é bastante dependente do Vaticano, que evitou, por algum tempo, fazer qualquer divulgação favorável à contracepção, mesmo que clérigos europeus já o fizessem. Estes fatores levaram as práticas anticoncepcionais a um nível individual, evitando assim a divulgação de qualquer programa oficial de planejamento familiar, pois dois influentes teólogos da época se pronunciaram, em nome da Igreja, contra esta tendência.

“Sou casada e tenho quatro filhos, e preciso usar um método que me garante não engravidar mais, por isto uso a pílula, mesmo que minha igreja não aceita muito” (Zenilda).

Entre os pentecostais e carismáticos, percebe-se a avaliação positiva da sexualidade dentro do casamento. A opção por métodos contraceptivos naturais aparece num determinado grupo, enquanto outro se mostra favorável aos métodos artificiais, declarando ser muito difícil um planejamento apenas com métodos naturais.

Portanto, quando se trata da questão do fenômeno religioso, apesar de ser um tema amplo e complexo, evidencia-se, através dos exemplos das falas, como as crenças religiosas podem exercer influência quanto à escolha do método contraceptivo.

Reinterpretação do discurso médico. Entre a população estudada, fica evidente que alguns aspectos da orientação do profissional da saúde explicam como a cliente deve iniciar, em cada mês, o uso da pílula, mas não há diálogo com ela para identificar dúvidas, ou perceber de que maneira a cliente interpreta o uso da contracepção.

“Já peguei uma gravidez tomando comprimidos. O médico me explicou para iniciar no 5º dia da menstruação, mas eu tenho medo de engravidar naqueles dias que não tomo o comprimido, porque o perigo de pegar filho é perto da menstruação” (Maura).

Um número significativo de mulheres referem o período fértil na proximidade da menstruação. Assim sendo, elas tomam como referencial a menstruação,

observando o número de dias que ouviram ou receberam do profissional da saúde, para iniciar o uso da pílula, e os deslocam próximos à menstruação. Na maioria das vezes, a informação é reinterpretada e relativizada, tomando outros referencias como mais significativos e capazes de ordenar a lógica da reprodução.

“O doutor disse que ia trocar os comprimidos, acho que eram muito fracos, por isto eu engravidei, além do mais eu não me cuidava nos dias perigosos que é logo depois da menstruação” (Gláucia).

Como se observa na fala de **Gláucia**, a referência a comprimidos “fracos e fortes”, é uma interpretação bastante comum nos segmentos populares e seguem a linha de pensamento em relação às doenças que precisam de remédios fortes para serem curadas, ou apenas de um remédio mais fraco. BOLTANSKI (1989) relata que nestas populações se elenca um verdadeiro repertório de doenças mais severas, quando acompanhadas de febre, e doenças leves, que podem ser curadas através de meios caseiros. Para estas doenças respectivamente existe uma linha de medicamentos como: antibióticos injetáveis, xaropes e aspirinas, tendo efeitos diferenciados.

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciam uma interpretação quanto à potencialidade da pílula, como fraca ou forte, bem como dúvidas relacionadas ao período correto do contraceptivo. Estas colocações podem ser entendidas a partir do referencial de que o período fértil se sobrepõe ou está imediatamente vinculado ao período menstrual.

Para estas mulheres, também carece de significado deixar de tomar os comprimidos exatamente no período menstrual ou nos dias imediatamente

anteriores ou posteriores, pois para elas este é o período em que a mulher engravida.

“As vezes me confundo com o dia que preciso iniciar a pílula e os dias que não preciso tomar, por isto devo ter engravidado. Também ouvi falar que tem comprimidos fracos, que mesmo tomando se pode engravidar” (Warna).

Pelo desconhecimento que as mulheres têm em relação ao uso correto da contracepção hormonal oral, bem como sua ação farmacológica, faz com que elas atribuam uma gravidez não planejada à falha de comprimidos. LEAL (1992), em seu estudo feito com um grupo de mulheres das vilas de Porto Alegre, relata que várias delas afirmaram ter engravidado perto da menstruação ou no intervalo dos comprimidos e porque estes eram muito fracos.

Em suma, o uso da contracepção, para as mulheres pesquisadas, é referido, sob diversos enfoques, como sendo um método para preservar-se de um número elevado de filhos, considerando que a maior responsabilidade de controlar a prole recai sobre a mulher. Usar um contraceptivo oral, no seu entendimento, é uma forma fácil e simples de evitar uma gravidez não desejada, pois muitas delas recorrem à automedicação, procurando um profissional da saúde somente quando os efeitos colaterais lhes causam transtornos na saúde. Para algumas mulheres, que buscam a orientação médica no uso da contracepção, confundem-se com os números e dias citados pelo profissional para o uso de mesmo, dando-lhe uma nova interpretação, baseadas na sua cultura, levando-as a fracassarem no uso deste método. A questão relacionada com a crença religiosa é citada como um

elemento complicador, pois sua espiritualidade apenas permite o uso de métodos contraceptivos naturais.

Para uma melhor compreensão das atitudes das mulheres pesquisadas, em relação a uma gravidez não desejada, usando o *aborto* como solução, apresento, a seguir, as diferentes concepções desta prática.

4.5 - Entre a fatalidade e a necessidade, o aborto oferece uma saída adequada

A prática do aborto é encontrada ao longo da história em todas as culturas dos povos, e persiste no atual contexto social sob o manto das mais diversas justificativas. Em nossos diálogos emergiram os motivos que levam as mulheres a praticarem o aborto, como também os questionamentos a respeito desta prática. Neste cenário, as principais citações envolveram os seguintes aspectos: ***O fracasso da contraceção, a dúvida em relação ao material concebido, a ética e a prática, a questão religiosa, o aborto como uma resolução da pressão social, a clandestinidade e o direito à vida.*** Em suas falas é citada com frequência a pobreza, o número elevado de filhos, bem como as questões sociais, entre elas, o status social da mulher, a projeção e o êxito profissional.

Entre as mulheres estudadas, o aborto, em primeira instância, é dito como criminoso, alegando motivos religiosos ou defendendo o direito da criança, porém, ao longo do encontro, entram em contradição frente a situações sócio-econômicas.

Quando as mulheres se deparam com o fracasso dos tradicionais métodos contraceptivos, resultando em gravidez, buscam o aborto para solucionar seu problema, fazendo uso do mesmo como situação limite, ou seja, recorrem ao aborto, em última instância.

O fracasso da contracepção. Para algumas mulheres estudadas, o aborto foi utilizado como um meio para controlar o número de filhos. Entretanto, falar sobre esta prática foi difícil para elas, e exigiu da minha parte bastante clareza na pergunta, deixando transparecer que minha intenção não era saber se alguma delas já tinha provocado aborto.

“Os comprimidos às vezes falham e surge a gravidez, então a gente se vê obrigada a tirar.” (Kamila).

HELMAN (1994) comenta que as diferentes atitudes em relação ao aborto podem ser interpretadas como forma de controlar o número de filhos, e isto parece variar de acordo com a cultura de cada sujeito. Para compreender esta atitude é preciso refletir a partir da perspectiva de uma prática social relacionada à contracepção.

Para compreendermos o aborto como um método contraceptivo, usado nos grupos populares, é preciso refletir sobre sua cultura, crenças e o significado que estas mulheres elaboram em relação a esta prática.

“Os comprimidos fazem mal para mim, então usei a tabelinha, mas volta e meia atrasa a menstruação, ai tomo um chá forte com aspirinas para descer este sangue parado” (Warna).

Frente ao fracasso de um determinado método, a mulher, na maioria das vezes, troca, por conta própria, o método que com frequência falha por uso inadequado, ou pela margem de falhas que oferece, as quais a mulher desconhece.

Concebe-se o quê? Para isto, é importante mergulhar no mundo do entendimento desta população no que se refere diretamente à concepção. Concebe-se uma pessoa, um ser dentro de seu útero ou concebe-se apenas uma entidade biológica? Para as mulheres do estudo, quando esta percepção resulta da existência de um ser em seu ventre, esta constatação é baseada em sinais evidentes em seu corpo que confirmam esta gravidez. Se ao contrário, a concepção não passa de um material apenas biológico, ou seja, um atraso menstrual, e por conseguinte, sem sinais evidentes em seu corpo, não é reconhecida como gravidez.

Na compreensão destas mulheres, não existe gravidez sem sinais evidentes, apenas ocorre uma desordem na natureza ou um atraso menstrual; nestes casos, o aborto é relativizado e com isto ele se torna permissível e tolerável.

*“Tem mulheres que volta e meia atrasam a menstruação por meses e aí precisam tomar um remédio ou chás para fazer uma limpeza no corpo e regular a desordem do seu organismo”
(Zenilda).*

De acordo com seu entendimento em relação a esta concepção, elas elaboram valores diferentes quanto ao material concebido. Assim, até o terceiro mês tem um significado, é um material biológico “uma gosminha”, portanto, não existe vida humana - ser humano, e conseqüentemente, não há nenhum mal ou crime em se livrar deste material.

DURAND (1995) lembra que talvez esta forma de pensar, de julgar, também esteja ligada às suas crenças, pois cada corrente religiosa tem seu entendimento em relação ao aborto, baseado em suas crenças e culturas.

“A gente nem sempre sabe se é gravidez ou se a menstruação não desceu, porque tem mulheres que atrasa alguns meses, mas para tomar a fórmula ou o remédio, para descer o atraso só pode ser até o terceiro mês, depois complica” (Laércia).

Zenáide e Gláucia, quando falam sobre o aborto, acrescentam mais um detalhe, que é o tempo decorrido entre uma suposta concepção e a intervenção para eliminar este atraso. É bastante comum encontrar, nos segmentos populares, a observância do tempo entre a última menstruação e o uso de medicamentos, chás ou outras fórmulas, pois culturalmente, para estas mulheres, isto traz complicações para elas. Em outros segmentos da sociedade, este tempo também tem algum significado, porém, relacionado com suas crenças, acreditando que a partir do terceiro ou quarto mês já exista um ser humano.

“Quando atrasa a menstruação, a gente precisa tomar providência até o terceiro mês, porque tomar remédio depois é perigoso para a mulher” (Zenáide).

“Quando acontece, e precisa tirar, não pode esperar muito tempo, porque depois do quarto mês dizem que já é nenê” (Gláucia).

Outro aspecto importante da fala das mulheres, em relação ao aborto, é quando apenas há ingestão oral e não há nenhuma interferência de outra pessoa. Nestes casos, o ato em si é tolerável e sem recriminação para a mulher. LEAL (1995) salienta que as práticas abortivas, como chás para descer a menstruação, e

às vezes, combinados com elementos químicos ou procedimentos mágicos são homogeneamente difundidos entre os grupos populares. Estas condutas, em relação ao atraso menstrual, não são imediatamente reconhecidos como abortivos, pois sem o reconhecimento social da gravidez não há feto nem embrião e conseqüentemente não se condenam estas atitudes. Para o reconhecimento explícito da gravidez é necessária uma leitura social dos sinais e estado do corpo.

Como a maioria das mulheres estudadas são cristãs católicas, citaram o aborto como um crime, um assassinato. Por outro lado, ficou evidente que tomar chás e remédios para descer esta menstruação atrasada, não tem conotação de crime.

“Em princípio sou contra, mas quando uma família é pobre e já tem muitos filhos, é o único jeito.” (Vicentina).

A ética e a prática. Estas mulheres fazem uma superposição entre uma regra e a estratégia. Assim, a estratégia seria a questão norteadora de sua prática a nível de indivíduo, mesmo que esta seja oposta a valores e julgamentos morais, ditos por elas como princípios.

Desta forma, nota-se um descompasso entre o que é dito como ético e a prática efetiva usada como contracepção, ou seja, o aborto.

“Acho que isto é muito errado, mas a vida está tão difícil que a mulher se sente obrigada a tirar porque o marido assim exige” (Bruna).

Conforme MACHADO (1994), muitas mulheres justificam esta atitude alegando a dificuldade financeira, o desemprego do companheiro ou sua baixa remuneração.

CARNEIRO e OLIVEIRA (1995b) referem que a hierarquia ativo-passivo se estende à esfera da relação marido-mulher e se reflete na relação sujeito/objeto, na qual a mulher se torna submissa aos ditames do companheiro, caindo na armadilha do individual fragmentado e mutilado, sem o direito primeiro de questionar sua saúde física e mental.

“Quando já se tem muitos filhos, mesmo sabendo que não é muito certo, bate o desespero, e então se dá um jeito com chá forte ou café preto com aspirina” (Albânia).

Outro fato a ser considerado é como se dá o processo da decisão sobre a interrupção da gravidez, isto é, o confronto diante das crenças, princípios religiosos e valores que, até o momento da decisão, permanecem inquestionáveis. VIANNA (1990) salienta que isto representa um impacto emocional e sócio-moral que propiciam o sentimento de culpa na mulher. Apesar disso, ela leva a cabo sua decisão, quando considera que o aborto é a única alternativa.

“Como sou católica, acho que é um crime, mas nem todos pensam assim tem algumas religiões e seitas que dizem que não pode mais tirar depois de quatro meses” (Kalista).

A questão religiosa. VARGA (1990) coloca que, desde a antigüidade até hoje, o aborto foi empregado como método de controle da natalidade. Ele consegue o controle da natalidade, não pelo impedimento da concepção, mas pela morte da vida recém concebida. Sob o ponto de vista de sua moralidade, as atitudes variam de acordo com as culturas e crenças religiosas. Ao longo de toda a história de humanidade, o assunto “aborto” sempre levou os diversos segmentos religiosos e as diferentes culturas a emitirem pareceres controvertidos em relação a sua

moralidade. Encontramos entre vários autores, cristãos e não cristãos, já citados anteriormente, FEINER (1978) *"El origen del hombre"*; GRISEZ (1978) *"El aborto, mitos, realidades y argumentos"*; HARING (1978) *"Medicina e moral"*; DURAND (1995) *"A bioética"*, com os mais diversos argumentos em relação ao aborto. Entretanto, há um consenso entre eles ao questionarem "quando a vida humana começa".

Conforme VARGA (1990), a igreja católica, por seguir a linha concepcionista, considera o início da vida humana no momento da concepção. Entretanto, encontramos em VIDAL (1978), que analisa diferentes crenças de cristãos não católicos, como judaísmo, budismo, islamismo, entre outros, diversas concepções em relação ao início da vida humana. Portanto, entre as mulheres estudadas, a questão religiosa também está presente, deixando, em algumas, um sentimento de culpa, embora cada uma relate agir de acordo com seus princípios.

O aborto, para elas, se caracteriza como criminoso apenas quando há intervenção de uma outra pessoa, (aquela que tira), ou quando ocorre intervenção de um especialista. **Gregória** deixa isto claro quando cita o caso de uma adolescente de sua vila.

"Ela não se cuida ou as vezes toma comprimidos e quando falham ela sempre manda tirar, uma vez complicou e teve que ir para o hospital"(**Gregória**).

Avaliando os diversos níveis de legitimidade das práticas abortivas, é importante estabelecer algumas distinções - os abortos praticados apenas com ingestões orais não são considerados como culposos, se praticados até o terceiro

ou quarto mês. Entretanto, aqueles praticados com a intervenção de outra pessoa são considerados condenáveis, portanto, há também uma culpabilidade da mulher por cometer um ato ilícito e susceptível de castigo.

LEAL (1995) salienta que esta forma de pensar e agir, na maioria destas mulheres, tem origem no desconhecimento de seu corpo e, sobretudo, há limitações quanto ao entendimento das etapas do processo gestacional.

Como resolução da pressão social. A questão social, em relação ao aborto, apresenta suas várias facetas, ora é o estado civil, outras vezes, a pobreza, ou o status da profissão, como também a interferência do próprio companheiro. Isto aparece na colocação da **Gregória**.

“Quando a gente é solteira e os comprimidos falham, só tem uma saída, tirar o quanto antes, tem colegas que perderam o emprego por isso” (Gregória).

As mulheres jovens, solteiras e aquelas sem estabilidade conjugal, recorrem ao aborto provocado, por se sentirem ameaçadas pelo próprio contexto social em que vivem. Na maioria das vezes, negam o fato quando questionadas. Para SILVA (1996), é flagrante o paradoxo de uma sociedade que de um lado pressiona à prática do aborto, buscando impedir que determinadas gestações cheguem a termo, mas, por outro lado, condenam a mesma prática.

“As vezes falta dinheiro e daí o homem manda tirar ou porque não quer mais filhos ou porque aconteceu com a amante” (Vicentina).

Segundo ROTANIA (1994), as mulheres, além de enfrentarem a pressão financeira, enfrentam outro tipo de pressão, que é a do homem, levada a extremos, quando são vistos como donos do corpo da mulher e donos da criança, desde sua concepção. Este princípio é interiorizado pelas mulheres que se sentem culpadas diante da gravidez, suscitando conflitos em relação ao aborto, envolvendo não só o componente metafísico, da existência ou não de vida do feto, mas também as questões das tradições, dos costumes e comportamentos, profundamente arraigados na sociedade, de que compete ao homem o sustento da família e, como tal, tem poderes superiores aos da mulher.

Para as mulheres estudadas, os fatores sócio-econômicos são, na maioria da vezes, os dois elementos que influenciam a mulher a buscar a clandestinidade do aborto.

“A vida é muito difícil, as vezes a mulher se sente forçada a tirar, mas também tem pessoas com a cabeça leviana, não se cuidam, e depois não podem aparecer grávidas no emprego para não serem demitidas” (Zenáide).

SILVA (1996), analisando os determinantes do aborto e os fatores associados, sugere que a diferença básica entre os dois grandes cenários comportamentais reside no fato de que, num deles, os motivos alegados para recorrer ao aborto clandestino são fundamentalmente: pobreza, dificuldades econômicas e a ilegalidade. Nos segmentos sociais de maior posse, começam a aparecer razões de ordem existencial, como o êxito profissional, um projeto de vida ou mesmo outras formas de realização, distintas da maternidade.

A questão ética do aborto também é colocada como um ato leviano, tanto por parte das adolescentes quanto de mulheres adultas, considerando que atualmente os meios contraceptivos estão disponíveis tanto nos postos de atendimento da rede pública quanto no comércio.

*“Hoje em dia isto anda meio solto entre a juventude, estas gurias começam muito cedo e não se cuidam ou esquecem de tomar a pílula, Mas isto também acontece com mulher casada. Aí elas compram remédios na farmácia ou fazem aqueles chás fortes que matam o bebê. Acho que se fez tem que assumir”
(Luíza).*

As mulheres estudadas colocam que as fórmulas, os remédios e os chás preparados e usados para provocar o aborto são elaboradas com vários tipos de ervas fortes, ou café preto com dez aspirinas, e uma dose da cachaça, servidos quentes para alcançarem sua eficácia. Além disso, circula entre elas quais os tipos de medicamentos que se adquire na farmácia, bem como de que forma devem ser ingeridos, para surgir o efeito desejado.

BOLTANSKI (1989) relata que entre as mulheres das classes populares existe uma classificação de remédios fortes, usados para destruir, matar os micróbios, e os outros são mais leves, que ajudam o organismo a se fortalecer contra pequenos males. Nesta linearidade de raciocínio, são usados os medicamentos e fórmulas para realizar o aborto, que, na maioria das vezes, vêm acompanhadas de algum ritual mágico que, em si, não compromete a eficácia do procedimento abortivo, mas auxilia a desfazer aquilo que é complexo e, neste sentido, um tanto mágico.

A questão do “fez, deve assumir”, como uma responsabilidade, está clara na colocação da cliente e traz a conotação da responsabilidade de seus atos. A idéia

de assumir remete a uma ordem cultural de construção da pessoa, nos segmentos populares identificados e citados por LEAL (1995). Em primeiro nível, a regra moral do assumir vem acompanhada de uma ontologia substancialista que reconhece uma criança - pessoa desde a concepção. No entanto, a regra refere-se antes ao dever de assumir do que à proibição de não interromper a gestação.

“Quando acontece a gravidez a pessoa deve assumir, afinal tem uma criança a caminho, mesmo que o homem manda tirar. Eu já passei por isso, criei os quatro com dificuldade, mas não me arrependo” (Inocência).

VÍCTORA (1991) discute, em sua pesquisa, a noção e as circunstâncias do assumir entre as classes populares urbanas, apontando para a relativização operacional desta noção. Neste caso, o assumir tem um carácter valorativo, e este valor implica num dever. MORAES (1996) refere que o ato sexual estabelece vínculos parentais - o homem e a mulher podem ou não ser cônjuges, mas, independente disso, são o pai e a mãe biológicos desta criança. Este triângulo biológico tem uma noção social simbólica que é o contrato sexual, pelo qual homem e mulher se permitem relações carnais, podendo ou não supor um contrato familiar, lembrando que o fantasma da gravidez está sempre presente no ato sexual.

A clandestinidade, uma violência contra a mulher. O cotidiano profissional nos mostra que há um grande número de abortos que são provocados, usando os mais diversos instrumentos como: agulhas de croché, talos de vegetais, canetas, bem como as fórmulas, por elas preparadas, que já foram citadas, e os medicamentos. Também há um número considerável de abortos que são provocados em locais insalubres e por pessoas não qualificadas, causando danos à

saúde física e psicológica da mulher, e, à vezes, a morte por hemorragias. Este contingente de mulheres não poucas vezes chegam ao hospital com um quadro infeccioso, mostrando a agressão a que foi submetido o organismo, causando-lhes também traumas psicológicos.

Este cenário não é privilégio, em nosso meio, pois SILVA (1996), referindo-se aos estudos realizados em São Paulo, revela que via de regra os abortos são provocados por pessoas não qualificadas, e não raras vezes provocados em condições pouco higiênicas, imprimindo agravos à saúde da mulher, inclusive óbito. No relato de **Maura** transparece esta situação.

“O aborto não é legal para a mulher, uma amiga minha provocou o aborto porque o namorado deixou dela depois que soube de sua gravidez. Até hoje ela me fala desta criança e diz que sonha com ela, acho que nunca mais vai se livrar disso. A gente também sabe que várias mulheres morreram porque mandaram tirar” (Maura).

As conseqüências físicas e psíquicas que acompanham o aborto, de maneira geral, causam danos à qualidade de vida desta mulher, porque, as vezes, é praticado contra sua vontade, ou por se sentirem sozinhas para assumir um filho, carecendo também de recursos financeiros.

Tenho o direito de viver? Como a maioria do universo que compõe o grupo de estudos, professam o catolicismo, pronunciaram-se contra o aborto por entenderem que isto é uma agressão contra um ser humano indefeso e, portanto, um crime. Mesmo diante de situações difíceis como pobreza, número elevado de filhos, estupro, as mulheres que não têm uma aliança estável, não deve ser praticado o aborto porque há em seu ventre uma vida humana que deve ser

respeitada. Para este grupo de mulheres, quando ocorre uma gravidez não desejada, a mulher não tem o direito de provocar o aborto, pois, isto é matar. Neste caso, ela deve procurar uma outra alternativa, como adoção por famílias que desejam filhos ou recorrer a alguma instituição que acolha estas crianças. **Zenáide** faz o seguinte depoimento.

“Provocar um aborto é igual a matar um inocente. Se ninguém tem o direito de matar um adulto, então também não pode matar um criança, porque isto é pior”(**Zenáide**).

Para **Zenáide** está claro que existindo uma gravidez, está presente uma nova vida humana que não poderá ser agredida e morta, pois seus direitos devem ser preservados. Portanto, atentar contra alguém absolutamente indefeso, torna-o covarde e abominável. O direito à vida é citado como um bem e contra a qual ninguém pode usar meios para impedir sua continuidade. O princípio do respeito pela vida humana repousa principalmente em não tirar a vida de uma pessoa.

Kamila quando se refere ao aborto diz:

“É uma criança que está aí, mesmo pequenino, é gente. Eu criei três filhos com dificuldade e não faria um aborto se me acontecesse uma nova gravidez”(**Kamila**).

Mesmo frente às dificuldades, **Kamila** não permitiria provocar um aborto, pois mostra ter consciência de que está diante de uma vida humana, embora não visível e perceptível, mas que representa um valor não afiançável. CAPALBO (1995) diz que o respeito pela vida constitui o princípio ao qual se faz freqüentes referências na cultura ocidental, justificando normas morais e regras do direito de práticas

sociais. Este princípio tem sua origem em tempos antigos, nos povos orientais como no induísmo e na tradição judaico-cristã bem como foi prestigiado no juramento de Hipócrates. Esta postura não perdeu sua importância quando a moral e o direito se separaram da religião.

O valor de uma vida humana e o respeito que lhe é devido são apontados pelas mulheres como algo superior às dificuldades sócio-econômicas, portanto, não são motivos suficientemente fortes para se interromper uma gravidez. **Luíza**, quando se refere às famílias com falta de recursos, lembra:

“Mesmo quando a pobreza é muito grande e vem outro filho, a mulher não deve se desesperar e fazer um aborto, porque ser mãe é sempre uma bênção, e porque tem outras famílias que querem adotar um filho porque a mulher não consegue engravidar” (Luíza).

Pela fala de **Luíza**, mesmo quando a falta de recursos materiais assola uma família e surge uma outra gravidez, esta não deve ser destruída. A maneira de pensar, que cada filho que vem é uma bênção de Deus, e portanto, todos devem ser aceitos, é próprio de alguns cristãos católicos.

Em algumas citações, as mulheres estudadas se referiam ao poder do homem sobre a mulher, quando este não aceita a gravidez. Mesmo que a mulher tentasse manter a gravidez, vinha sofrendo contínuas ameaças para realizar o aborto. Este quadro se complica quando a mulher depende economicamente do marido e, por questões culturais, se sente obrigada a obedecer ao mesmo. **Eugênia** relata esta experiência pela convivência de sua vizinha.

“A mulher nem sempre é culpada de fazer um aborto. Quando o marido não quer mais filhos manda tirar de qualquer jeito, até ameaças faz. Mesmo que ela quisesse o filho, não tem como, porque ela depende dele, então tem que fazer o que ele manda. Por isto que estas mulheres ficam depois com a cabeça fraca”(Eugênia).

Esta é uma situação que ocorre no cotidiano das mulheres; ora isto se configura em uma união estável, na qual a mulher se julga inferior ao homem e, portanto, lhe presta submissão, ora em situações nas quais a mulher não tem emprego formal e depende financeiramente de seu companheiro. As duas situações agridem os direitos da mulher, sobretudo pela postura do poder do homem, que impõe à mulher uma atitude de violência à sua integridade física, moral e espiritual, sem medir as conseqüências nefastas que podem causar a seu psiquismo e mesmo ao risco de vida a que fica exposta.

Reverendo a trajetória histórica da humanidade, nas suas diferentes culturas e crenças, o aborto sempre se fez presente, sendo por alguns povos aceito como forma de limitar seu contingente populacional, com o fim de manter o equilíbrio econômico; outros povos o rejeitam e recriminam-no por considerar esta prática uma atitude que fere os princípios éticos, contra a natureza humana. Entretanto, sua justificativa apresenta um variado elenco de motivos, colocando, de um lado, a preocupação em proteger o sistema econômico e financeiro, enquanto, do outro, é enumerada uma gama de transtornos sociais, como o crescente número de crianças abandonadas, desnutridas e sujeitas futuramente à delinqüência, bem como o aumento de desemprego, agravando a pobreza.

Sabe-se que o aborto é um recurso utilizado em todos os tempos e seria uma ingenuidade supor que tal prática possa ser erradicada. SCAVONE et al. (1996) salientam que é surpreendente encontrar, no atual estágio da medicina, as mulheres recorrerem, com considerável freqüência, ao aborto perigoso e, até mesmo, se exporem aos riscos potenciais desta prática.

Na população pesquisada, esta postura também é observada, colocando o aborto como uma solução nos casos em que fracassa a contracepção, alegando a falta evidente de sinais de gravidez, usando, então, práticas abortivas com a finalidade de proceder rituais de limpeza no corpo. Para algumas destas mulheres, a situação econômica, a pobreza, o desemprego e o número elevado de filhos, assim como a projeção profissional e seu status social justificam esta conduta, pois, desta forma, evitariam uma geração de crianças sem perspectivas de futuro, como também uma maneira de proteger seu direito, como mulher, em ascender profissionalmente, sem denegrir sua imagem social por causa de uma gravidez inoportuna. Por outro lado, algumas mulheres referem o aborto como uma conduta criminosa, imoral, uma violência contra um ser desprotegido, mas também porque esta prática fere seus princípios religiosos e agride a integridade global da mulher, uma vez que a maioria dos abortos são praticados na clandestinidade, podendo ocasionar prejuízos físicos e psíquicos irreversíveis.

Esta situação, certamente, reflete uma elevada ocorrência de gravidez indesejada, e talvez, em decorrência da demanda reprimida de métodos anticoncepcionais seguros, eficazes e aceitáveis. A favor ou contra o aborto, a opinião das mulheres pesquisadas é que esta experiência não é desejada por

nenhuma mulher diante dos riscos, complicações, seqüelas e até a morte, a que ficam sujeitas. Portanto, há uma necessidade de realizar um trabalho de investigação mais profundo sobre as razões pela quais as mulheres não praticam a anticoncepção ou falham no uso dela.

4.6 - Uma oportunidade para falar sobre assuntos confidenciais e adquirir novos conhecimentos

É importante registrar que nossos encontros se caracterizavam por trocas mútuas e que as mulheres, sujeitos desta pesquisa, se diziam enriquecidas por novos conhecimentos e pela oportunidade impar de esclarecer dúvidas, pois, estas vinham acompanhando suas vidas desde a adolescência. O fato de pertencerem à classes populares e com formação, na maioria delas, de primeiro grau incompleto, fez esta população, em algumas situações, alimentarem sentimentos de inferioridade e por isto, se sentirem menos capazes para questionar junto aos profissionais da saúde sobre sexualidade e contracepção. Este sentimento fez delas vítimas do desconhecimento sobre a fisiologia de seu próprio corpo e, conseqüentemente, interpretavam seu período fértil e contracepção de maneira duvidosa. Estas mulheres viviam sua sexualidade histórico-sócio-culturalmente, atrelada aos conhecimentos transmitidos pelos seus ancestrais. Entretanto, percebi em nosso diálogo, a abertura e o desejo de saber algo mais sobre a fisiologia de seu corpo. Creio que talvez fosse o clima criado e minha disponibilidade em dialogar, que motivou nestas mulheres a vontade de saber o significado de certos

sinais em seu corpo, tentando relacioná-los com o período fértil e compreender, assim, de que forma age o contraceptivo em seu corpo. Conforme FREIRE (1994b), o ser humano se torna hábil e curiosamente toma distância de si mesmo, da vida que viveu até agora, para dispor-se a saber mais em torno dela. O que não podemos é parar de aprender e buscar a razão de ser dos acontecimentos. Não posso entender os homens e as mulheres a não ser construindo e vivendo histórico, cultural e socialmente sua vida, fazedores de seu caminho.

No encontro dialogal, as mulheres se surpreendiam em relação ao desconhecimento do próprio corpo, mas mostravam interesse para saber *o porquê* destes fenômenos que ocorriam em determinados momentos do ciclo menstrual.

Josefina, durante o diálogo diz:

“Me envergonho, sou uma mulher de trinta e oito anos e tenho quatro filhos mas nunca pensei que tivesse um dia ou hora para engravidar. Para mim isto podia acontecer a qualquer dia. Mas como a senhora está explicando, entendi que a gente pode saber o dia fértil. Isto é muito bom para a mulher porque ela precisa saber isto, para se cuidar” (Josefina).

Esta observação mostra que estas mulheres se conduzem normalmente pelos conhecimentos e orientações dadas pelas mães ou pelas amigas e, raras vezes, questionavam, por si sós, sobre estes ensinamentos. É preciso dar-lhes uma oportunidade para que expressem o que buscam saber, e tomem a coragem de expor dúvidas crônicas, que só conseguem ser verbalizadas em um clima confidencial. **Inocência** recordando sua história, relata:

“Vivi todos estes anos me preocupando cada vez que a menstruação atrasava um pouco, pensando que tinha engravidado. Mesmo tomando a pílula achava que podia engravidar nos dias antes da menstruação. Assim como a

senhora fala e explica tenho vontade de lhe perguntar outras dúvidas”(Inocência).

Creio que o diálogo sincero leva as pessoas a formarem um ambiente de mútua confiança, sem se igualarem, mas mantendo uma democrática posição entre o profissional e a cliente. Segundo FREIRE (1994b), o diálogo tem significação porque os sujeitos dialógicos não apenas conservam sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro. Por isto, o diálogo não nivela nem reduz um ao outro. Implica, ao contrário, um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados. A relação dialógica possibilita o ato de ensinar, que se completa e se sela no outro que aprende, e ambos se tornam verdadeiros quando aquele que ensina não freia o pensamento inquieto e curioso de quem deseja aprender. Desta forma, o diálogo não se converte num bate-papo desobrigado entre os sujeitos.

Outro aspecto importante que ocorreu nestes encontros foi a minha familiarização com este grupo de mulheres, procurando entender o sentido de sua cultura, valores e crenças, de uma forma respeitosa, numa perspectiva dialética e não apenas como se isto fosse expressão pura de sua alienação. **Vicentina**, no seu relato, mostra o quanto a cultura manteve forte influência em sua vida.

“ A gente se surpreende como hoje em dia se fala tudo tão abertamente. Na época em que fiquei moça e mesmo noiva não se falava nada e até hoje não sei me defender para falar sobre estas coisas. O mundo da gente era muito diferente do que se vê hoje”(Vicentina).

É importante fazer a leitura de seu mundo, a forma como se conduz dentro de sua cultura e seus valores, a maneira de perceber os acontecimentos, de entender

suas manhas para se engajar, por inteiro, nesta cultura popular e, desta forma, chegar a momentos frutíferos.

Observando a postura de algumas mulheres, frente ao desafio de assimilar novos conhecimentos que emergiam em nosso diálogo, percebi o impacto positivo que isto gerava nelas, sentindo-se valorizadas pela forma como os fatos eram tratados. Dentro do possível, tentei restaurar seus conhecimentos em relação à sexualidade e contracepção, procurando valorizar aquilo que culturalmente traziam por tradição. Em alguns casos, foi necessário pedir esclarecimentos em relação a princípios e crenças que norteavam suas vidas, pois os mesmos se apresentavam, obscuros. **Zênia**, ao longo do encontro refere:

“É a primeira vez que tenho a oportunidade de falar sobre meus problemas de mulher. Quando se vai ao médico, tudo sempre é muito rápido. Hoje aprendi muitas coisas importantes que até posso ensinar para minhas filhas. Como a gente tem pouco estudo e poucas oportunidades, guarda-se aquilo que se aprende em casa o que nem sempre é certo” (Zênia).

A socialização de assuntos que se referem à saúde reprodutiva ocorrem, com frequência, entre amigas, pessoas de confiança e no grupo de trabalho, pois, é no dia a dia que esta temática se faz presente em suas conversações como algo que é próprio da mulher. **Warna** relata estes momentos como um aprendizado:

“No meu tempo de moça e mesmo quando casei, recebi pouca orientação em casa. Eu fui aprendendo as coisas sobre gravidez e como evitar filhos com minhas colegas de trabalho. Sempre tem uma colega que já passou por isso e sabe explicar para as outras, e é nos intervalos que a gente aproveita para conversar. Ela não tem o estudo como você, por isso vir aqui é uma ocasião de conhecer novas coisas” (Warna).

O convívio com seu grupo, a troca de idéias e experiências vividas também funcionam como uma escola de aprendizagem. MOSCOVICI (1985) diz que o ensinar e aprender faz parte do nosso cotidiano, pois, nas relações de trabalho comum, também se estabelecem vínculos de confiança mútua, permitindo a atualização do saber popular. BRANDÃO (1995) relata que tudo que se sabe, aos poucos se adquiriu por viver muitas e diferentes situações de trocas entre as pessoas. As pessoas convivem umas com as outras, e o saber flui, pelos atos de quem sabe-e-faz para quem não sabe-e-aprende. Por isto, a educação pode ser livre. Ela pode ser uma das maneiras que as pessoas criam, para tornar comum o saber, uma idéia, ou crença, enfim, aquilo que é comunitário como um bem.

Para algumas mulheres, este aprendizado ocorreu justamente no grupo de sua família e referem, com certa freqüência, que estes conhecimentos se passavam das irmãs mais velhas para as mais novas, e às vezes, a madrinha também ensinava.

*“Assuntos sobre menstruação, casamento gravidez e como se cuidar para não ter filhos, aprendi com minhas irmãs mais velhas e também com a madrinha. Mas hoje as mulheres tem mais recursos para evitar filhos, naquela época praticamente ninguém tomava pílula. Achei muito bom as palestras que você deu e agora também se pode esclarecer outras dúvidas”
(Inocência).*

É comum encontrar, entre as mulheres estudadas, o que chamamos de *socialização domiciliar*, pois é no grupo familiar que os conhecimentos de tradição são socializados, dos membros mais velhos para as gerações mais novas. Esta forma de ensinar também transmite, de geração em geração, seus mitos, tabus e

crenças, alicerçadas na sua cultura. BRANDÃO (1995) refere que o ensinar e educar são como as outras coisa na vida; é uma fração do modo de viver dos grupos sociais que criam e recriam, entre tantas outras invenções de sua cultura, em sua sociedade. Esta é a forma de produzir e praticar a educação entre todos, ou seja, o ensinar e o aprender. Este saber atravessa as gerações, com seus códigos sociais de conduta, suas regras de trabalho, seus segredos e sua religião, porque é através destas trocas, que existem dentro de seu mundo social, que se mantém acesos os conhecimentos.

Portanto, oportunizar para a mulher um espaço onde ela possa expor suas dúvidas, dialogar sobre seus conhecimentos empíricos, é, de certa forma, promover sua saúde reprodutiva. FREIRE (1994a) diz que homens e mulheres, ao longo da história, tentam a possibilidade de se libertar na medida em que se tornam capazes de se perceberem como seres limitados, inconclusos e condicionados historicamente. Creio também que a pura percepção desta limitação não basta, é preciso juntar a ela a luta pela transformação. Portanto, a libertação do indivíduo só adquire profundo significado quando alcança sua própria transformação.

Neste sentido, nossos encontros se caracterizavam por verdadeiros momentos dialógicos, numa relação horizontal e num clima de confiança. Esta relação estabeleceu-se anteriormente, nas palestras e encontros com os grupos, quando percebi nelas o desejo e a necessidade de terem uma oportunidade para um encontro individual e confidencial. Este espaço individual foi muito valorizado por cada uma delas, no sentido de serem ouvidas e esclarecidas em suas dúvidas, resultando também em novos conhecimentos em relação à sua sexualidade e

saúde reprodutiva. Esta mútua confiança estabeleceu laços de simpatia e empatia, tornando possível a comunicação. FREIRE (1994b) diz que quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor e fé um no outro, acontece a busca de algo novo e desconhecido, e que isto, mais cedo ou mais tarde, torna-se ação. Creio que o diálogo, assim revestido pela fé no próprio homem, oferece o caminho indispensável, através do estímulo, e da possibilidade de apropriar-se de novos conhecimentos e não apenas acontecer uma justaposição de informes, mas um verdadeiro aprendizado e incorporação de saberes, tornando estas mulheres sujeitos dinâmicos e participativos de sua própria transformação.

Estes encontros foram socializados entre o próprio grupo e assim se criou uma expectativa pela oportunidade que se apresentava para cada uma delas. Identifiquei praticamente, em cada uma das mulheres, pela sua fala, seus gestos e reações e pelo silêncio, porém, de profundo significado, que esta pessoa, que a mim se dirigia, também acreditava e apostava na profissional que, como mulher, certamente se identificava com cada uma nas questões de gênero, o que reforçou nossa aliança. Neste sentido gostaria de lembrar um pensamento de SAVIANI (1986 p.82), que diz:

“Construir novos saberes são características e aspirações de cada ser humano e através de seu esforço transcender a si mesmo e a sua história; e como tal marca aquilo que deve ser em contraposição àquilo que é”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresento os pontos que julgo importantes de serem resgatados sobre a experiência vivenciada pelo mundo feminino quanto ao entendimento de seu corpo e sua sexualidade, nas diferentes etapas da vida

A menarca, sem dúvida, é um marco de grande significado na vida da mulher, pois traz impactos positivos que confirmam sua feminilidade e a possibilidade de realizar a função reprodutora, legado que a sociedade lhe passou, o de ser mãe. Embora este assunto quase sempre seja tratado com mistério e sigilo, carecendo de orientações sobre o processo biológico, pois as mesmas se restringem a informações proibitivas e comportamentais, para preservar saúde e honra, constituir uma nova família e ser mãe é um dos papéis valorizados por estas mulheres.

A partir dos anos 60, com o advento da contracepção hormonal oral, o relacionamento sexual sofreu uma profunda mudança, separando a atividade sexual da função biológica, permitindo que a mulher vivesse sua sexualidade não atrelada à reprodução. Nesta mesma década, o movimento feminista contesta o conceito que a sociedade atribuiu à questão sexual, vista como mera definição biológica.

A oportunidade dada às mulheres para controlar sua prole, através da contracepção, também lhes trouxe alguns inconvenientes, como os efeitos colaterais e sua intolerância. O acesso a estes métodos se apresenta como uma etapa emancipatória para as mulheres, porém, surge, junto com eles, um agravante originário da própria mulher, pois ela não entende, com clareza, seu período fértil, e a ação do anticoncepcional hormonal oral, durante o ciclo menstrual.

É interessante destacar como elas se referem ao funcionamento de seu corpo, pois algumas identificam o período fértil imediatamente anterior ou posterior à menstruação, enquanto outras acreditam que a fertilidade está presente todos os dias, basta ter relação, ou que o ato sexual é sempre determinante para engravidar, havendo, porém, necessidade de várias relações.

Embora este grupo de mulheres estudadas sejam da geração dos anos 60-70, demonstraram dificuldade para falarem sobre seu corpo, sua sexualidade, ou sinais de fertilidade, pois essa é uma área conflitante para ser verbalizada, mesmo que tenham vivenciado estes fatos.

Frente a isto, constatei, entre as mulheres estudadas, que o uso da contracepção, em alguns casos, ocorre de forma inadequada, pelos motivos acima citados e por questões culturais, ocasionando uma gravidez não planejada a qual, geralmente, culmina em aborto, realizado na clandestinidade.

Para as mulheres que experienciaram uma gravidez não desejada, por questões sociais ou econômicas, usam, até o quarto mês de gravidez, meios para

impedir sua evolução, pois não reconhecem quando não há sinais físicos evidentes da mesma. É importante observar como estas mulheres percebem a concepção, ou seja, estar grávida, de fato, ou estar com alguma desordem da natureza. A primeira situação é aceita quando há sinais evidentes de gravidez, e interferir na sua evolução seria um aborto criminoso. No segundo caso, quando os sinais de gravidez não são evidentes, trata-se de uma desordem da natureza, um atraso menstrual, portanto, o uso de medicamentos e fórmulas preparadas com ervas, para eliminar esta desordem, é totalmente aceita.

O aborto se apresenta como um tema de controvérsia e conflito, pois ele é usado como contraceptivo em sua forma limite. Para algumas mulheres, esta atitude leviana e irresponsável constitui um crime contra um ser inocente, enquanto, para as outras mulheres, é apenas uma forma de realizar uma limpeza em seu corpo.

Esta percepção que as mulheres têm sobre a saúde reprodutiva confirma a necessidade de um processo educativo, esclarecedor, através de um espaço dialogal, capaz de superar estes dados concretos, em seu cotidiano, em relação a sua sexualidade, contracepção e à própria questão do aborto. Este momento deve ser facilitado pela enfermeira educadora, por meio de uma autêntica interlocução, permitindo às mulheres trazerem sua trajetória de vida, a fim de compreender seu contexto atual. Esta postura vem ao encontro da colocação de (FREIRE 1988, p.143), quando cita: *“Minha insistência de conhecer a partir de sua descrição, sobre suas experiências da vida diária, baseia-se na possibilidade de começar a partir do concreto do senso comum para chegar a uma compreensão rigorosa da realidade”*.

É importante destacar que a educação, no processo histórico, é um elemento inerente ao ser humano, pois ela existe em toda parte, mesmo onde não há escola, no cotidiano do nosso trabalho, no convívio com as diferentes pessoas, onde é importante valorizarmos suas falas, seus saberes em torno da saúde, de seu corpo, da sexualidade, pois em qualquer caso, sempre haverá a necessidade de preservar o que de melhor existe no conhecimento do saber popular. O envolvimento pessoal, a abordagem humana e a sensibilidade às necessidades culturais, sociais e espirituais devem estar presentes neste processo, porque, mesmo que estas mulheres tenham acesso às modernas tecnologias e métodos contraceptivos, necessitarão da orientação profissional que facilite a compreensão de sua função e de seu uso adequado, satisfazendo, assim, as necessidades da saúde reprodutiva, e permitindo que elas participem na mudança de sua própria história cultural. FREIRE (1986, p. 67), ao tecer algumas considerações quanto à participação da pessoa, no processo da educação, faz a seguinte colocação:

"Foi reinventando a si mesmo, experimentando ou sofrendo a tensa relação entre o que herda e o que recebe ou adquire do contexto social que cria e o que recria, que o ser humano veio se tornando este ser que, para ser, tem que estar sendo. Este ser histórico e cultural não pode ser explicado somente pela biologia ou pela genética, nem tão pouco apenas pela cultura. Este ser social e histórico que somos, condicionados, mas podendo reconhecer-se como tal e daí poder superar os limites do próprio condicionamento, pois, não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança, portanto não existe utopia verdadeira fora da tensão entre a denúncia de um presente cada vez mais intolerável e o anúncio de um futuro a ser criado e construído, por nós, homens e mulheres".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BASSO, Stella. Salud y sexualidade desde una perspectiva de género. In: **GÉNERO, mujer y salud en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 124-128.
- 2 BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução Centro Bíblico Católico. 15. ed. São Paulo: Ave Maria, 1970.
- 3 BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro : Graal, 1989.
- 4 BRANDÃO, C. **O que é educação**. 32. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. Brasília, 1982.
- 6 CAPALBO, Creusa. Ética social e ética pública. R. **Enferm.**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.223-226, out. 1995.
- 7 CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1983.
- 8 CARNEIRO, F. OLIVEIRA, R. A ética e o poder: a sacralidade da vida humana. Seminário de Teologia e Direitos Reprodutivos. R. **Estudos Femininos**, Rio Janeiro : ISER, 1995a.
- 9 _____. O eros escondido: aspectos éticos da contracepção. R. **Estudos Femininos**, Rio de Janeiro : ISER, 1995b.
- 10 CARVALHO, Anésia. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem metodológica. Rio de Janeiro : Agir, 1987.
- 11 CAIRO. Conferência da Saúde da Mulher. **Saúde reprodutiva e justiça**. Rio de Janeiro, 1994.
- 12 DURAND, Guy. **A bioética, natureza e princípios**. São Paulo: Paulus, 1995.

- 13 DURHAM, Eunice. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E.; TAYLOR, J. **Perspectivas antropológicas de mulher**. Rio de Janeiro : Zahar, 1983.
- 14 FATHALLA, M. **Reproductive Realth in the world**. Cartagena, Colômbia, 1993.
- 15 FEINER, J. El Origen del hombre. In: VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes - ética da pessoa**. São Paulo : Santuário, 1978. p. 219.
- 16 FOUCAULT, M. **O cuidado de si: história da sexualidade III**. Rio de Janeiro: Relógio D'Água Ed., 1994.
- 17 _____. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 18 FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade: 5. ed.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1981.
- 19 _____. **Educação e mudança: 11. ed.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1986.
- 20 _____. **Educação como prática da liberdade. 22. ed.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994 (b).
- 21 _____. **Pedagogia da esperança: um encontro com a pedagogia do oprimido. 2. ed.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994 (a).
- 22 _____. **Pedagogia do oprimido: 18. ed.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.
- 23 _____. **Política em saúde: ensaios**. São Paulo : Cortez, 1993.
- 24 GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo : Epu, 1983.
- 25 GIFFIN, Karen. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, abr./jun. 1991.
- 26 _____. A modernidade perversa e reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M.C. et al. **Saúde reprodutiva, ambiente e desenvolvimento**. São Paulo : Hiatic, 1992.
- 27 GRISEZ, F. El aborto, mitos, realidades y argumentos. In: VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes: ética da pessoa**. São Paulo : Santuário, 1978. p. 224.
- 28 HANFT, R. COE, G. El uso de la tecnología en la atención de la salud de la mujer. Revisión de la literatura. In: **GÉNERO, mujer y salud en las Américas**. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1993, p.213-223.
- 29 HÄRING, O. Moral e Medicina. In: VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes: ética da pessoa**. São Paulo: Santuário, 1978.

- 30 HELMAN, Cecil. **Gênero e reprodução: cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
- 31 LEAL, Ondina. "Benzedeiras e bruxas: sexo, gênero e sistema de cura tradicional". **Cadernos de Antropologia**, Porto Alegre, PPGAS-UFRGS, 1992.
- 32 _____. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, Ondina. (Org). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p.57-75.
- 33 _____. Sangue, fertilidade e práticas abortivas. In: LEAL, Ondina (Org). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, 1995, p 13-35.
- 34 LEJEUNE, Jérôme. **¿Cuándo comienza la vida humana?** In: EL ABORTO: implicaciones médicas, sociales, económicas y políticas. Santafé de Bogotá: PROCODES, [1996?].
- 35 LEININGER, M. **Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York : Madeleine M. Leininger Editor, 1985.
- 36 LUZ, Anna M. H. da. **A vida cotidiana da mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade**. Porto Alegre: PUCRS, 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- 37 MACHADO, Maria. Os efeitos da filiação religiosa no exercício da sexualidade e reprodução. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 38 MINAYO, C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis,RJ : Vozes, 1996a.
- 39 MINAYO, C. **O desafio de conhecimento**. 4. ed. São Paulo, Rio de Janeiro : Hucitec-Abrasco, 1996b.
- 40 MORAES, M. O aborto do ponto de vista da criança: o direito de ser amada. In: SCAVONE, L. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- 41 MOSCOVICI, Feia. **Desenvolvimento interpessoal**. Rio de Janeiro: LCT, 1985.
- 42 OREM, D. Conceitos do autocuidado. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 43 PEY, Maria Oly. **A escola e o discurso pedagógico**. São Paulo: Cortez, 1988.

- 44 POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- 45 ROACH, Simone. Perspectivas de teoria do ato humano de cuidar. **Servir**, v. 43, n. 1, p. 4-8, 1995.
- 46 ROTANIA, A. **Biologia moderna, feminismo e ética**. Trabalho apresentado no Congresso Mundial de Bioética, Buenos Aires, 1994.
- 47 SAVIANI, Dermeval. **Do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo : Cortez, 1986.
- 48 SCAVONE, L.; BRETIN, H.; THEBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais. análise comparativa franco brasileira. **Revista de Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v.2, p.357-372, 1996.
- 49 SILVA, R. **Aborto na América Latina**. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo : Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 135-147. (Seminários & Debates)
- 50 TAVARES, M. Tecnologias reprodutivas: implicações na saúde da mulher. In : SCAVONE, L. **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- 51 VARGA, Andrew C. **Problemas de bioética**. Tradução de Guido Edgar Wenzel. São Leopoldo : UNISINOS, 1990.
- 52 VIANNA, L. **A epidemiologia do aborto**. São Paulo, USP, 1990. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- 53 VÍCTORA, Ceres. **Mulher sexualidade e reprodução: representações do corpo em uma vila de classes populares de Porto Alegre**. Porto Alegre: UFRGS, 1991. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande de Sul.
- 54 VIDAL, Marciano. **Moral de atitudes: ética da pessoa**. São Paulo : Santuário, 1978.
- 55 XAVIER, D. ÁVILA, M. Questões femininas e o conceito de saúde integral. In: EHRENREICH, Bárbara. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. São Paulo: Labra, 1976.
- 56 ZIMBALIST, Michelle; LAMPHERE, Louise. **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.