



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Cristiane da Silva Cabral

**Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade:
agência individual, contextos relacionais e gênero**

Rio de Janeiro
2011

Cristiane da Silva Cabral

**Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade:
agência individual, contextos relacionais e gênero**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Luiza Heilborn

Coorientador: Prof. Dr. Michel Bozon

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

C117 Cabral, Cristiane da Silva.

Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero / Cristiane da Silva Cabral. – 2011. 299f.

Orientadora: Maria Luiza Heilborn.

Coorientador: Michel Bozon.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Anticoncepção – Teses. 2. Anticoncepção – Aspectos sociais – Teses 3. Sexo – Teses. 4. Heterossexualidade – Teses. 5. Relações sexuais – Teses. 6. Juventude – Teses. I. Heilborn, Maria Luiza. II. Bozon, Michel, 1954- III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título

CDU 613.888

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cristiane da Silva Cabral

**Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade:
agência individual, contextos relacionais e gênero**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovado em 18 de abril de 2011.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Luiza Heilborn (Orientadora)
Instituto de Medicina Social (IMS) – UERJ

Prof. Dr. Michel Jean Bozon (Co-orientador)
Institut National d'Études Démographiques (INED-França)

Prof. Dra. Regina Maria Barbosa
Núcleo de Estudos de População (NEPO) – UNICAMP

Prof. Dra. Myriam Moraes Lins de Barros
Escola de Serviço Social (ESS) – UFRJ

Prof. Dra. Adriana de Resende Barreto Vianna
Museu Nacional (PPGAS-MN) – UFRJ

Prof. Dra. Jane Araújo Russo
Instituto de Medicina Social (IMS) – UERJ

Rio de Janeiro

2011

AGRADECIMENTOS

Uma tese é e não é um percurso solitário. Há os momentos de leitura, os de redação e os de reflexão, por vezes muito angustiantes, em que parecemos estar mergulhados num mundo à parte. Períodos de grande introspecção contribuem para a construção de um sentimento de solidão. Na verdade, nunca se está só. Sempre há um interlocutor em algum nível ou lugar: seja o autor daquele texto que você leu e gostou, aquele que você considerou não fazer muito sentido, ou o que não foi muito bem compreendido. Acima de tudo, há os orientadores, que ajudam a montar o esquema tático; professores e colegas, generosos na interlocução, que auxiliam na defesa e no ataque; e uma torcida imensa, empolgada e empolgante, que compõe o time, sendo o décimo segundo jogador. Portanto, uma tese é o resultado de um trabalho de equipe.

Essa jornada foi intensa... e difícil. Há muitos a quem agradecer. Pessoas que, de diversas maneiras, deram carinho, atenção, contribuição e muito mais para que este trabalho pudesse ser realizado.

Meus primeiros agradecimentos dirigem-se à minha querida orientadora Maria Luiza Heilborn, cujo empenho, carinho e convívio intelectual foram para além da orientação. Sou imensamente grata por ela ter acreditado em mim e não ter deixado que eu desistisse. “Isso é uma tese em soluços!” E ela aguentou muitos dos meus soluços. Sou grata pela proximidade acadêmica e pelas diversas oportunidades de trabalho conjunto, que deixaram marcas em mim e foram fundamentais à minha formação enquanto pesquisadora. Obrigada pela parceria em minha trajetória.

Agradecimento especial também é dirigido ao meu co-orientador Michel Bozon, sempre brilhante em suas colocações e, acima de tudo, por ter sabido explorar minha “neurose”: ele sempre me colocou novos desafios, mesmo que no segundo tempo do jogo – eles pareciam intransponíveis. Graças a seu estímulo (e minha persistência), aprendi muito!

Agradeço a Sérgio Carrara e a Tania Salem, que me acompanham desde minha primeira qualificação no Instituto de Medicina Social, por observações sempre críticas, estimulantes e pelo papel de iluminarem possíveis caminhos.

Agradeço a generosidade e disponibilidade dos professores que compõem a banca de avaliação desta tese: Jane Araújo Russo, Adriana Vianna, Myriam Lins de

Barros, Regina Barbosa. Concordo inteiramente com minha orientadora quando ela diz que o momento da defesa é um espaço privilegiado para o aprendizado e a interlocução, possibilitados pelo compromisso e seriedade daqueles que se dispõem a participar desta etapa. Nesse sentido, meus agradecimentos também se estendem são mais que devidos aos professores suplentes: Cláudia Bonan, Cláudia Rezende, Luiz Fernando Dias Duarte e Kenneth Camargo Jr. A todos, agradeço pela possibilidade de renovar os parâmetros de minha reflexão.

Sou grata ao corpo docente do Instituto de Medicina Social, pela acolhida institucional e pela possibilidade de troca fecunda de idéias. Somente em um espaço de vocação multidisciplinar, como o IMS, eu poderia ter “transitado” por outras áreas do saber. Agradeço especialmente aos professores Antônio Ponce de Leon, Cláudia Moraes, Michel Reichenheim, Eduardo Faerstein, Ruben Mattos, com os quais tive o privilégio de ser aluna e/ou obter interlocução.

Meu muito obrigado é devido ao professor Kenneth Camargo Jr., coordenador da Pós-graduação do IMS, e importante ator para desatar “nós” institucionais por mim enfrentados durante o curso.

Agradeço ao Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS e ao Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM), essenciais em minha trajetória e onde pude contar com estrutura física, material e intelectual, necessária à produção desta tese. Meus agradecimentos são extensivos aos coordenadores regionais e demais integrantes das equipes das pesquisas GRAVAD e HEXCA, pelo aprendizado e convívio acadêmico.

Agradeço à CAPES e ao CNPq, pelas bolsas conferidas ao longo do curso, e que viabilizaram minha dedicação ao doutorado e incursão em terra estrangeira.

Agradeço à Simone Bateman, pelo acolhimento de minhas ideias e suas generosas observações. Sou grata à Ângela Xavier de Britto, pela mediação na hora certa. Meus agradecimentos estendem-se também a Michele Ferrand (IRESCO) e Nathalie Bajos (INSERM), pela oportunidade do diálogo. À Miriam Pillar Grossi, pela recepção e apoio no retiro em Paris.

Agradeço o apoio que tive de Caroline Laborde, técnica do INSERM, que gentilmente orientou minha iniciação em um novo *software*. Ao André Caetano (CEDEPLAR) pela ajuda com o banco de dados da PNDS 2006. A Ronir Raggio Luiz (IESC/UFRJ) e a Luiz Felipe Walter Barros (IBGE) pelo apoio nos caminhos da “CHA”.

Agradecimentos são também devidos aos funcionários da secretaria, da biblioteca e do laboratório de informática do Instituto de Medicina Social.

À Rachel Aisengart Menezes, pelos incentivos, pelo diálogo, imensa disponibilidade e esforço concentrado na revisão do texto.

À Silvana De Paula, pela atenção e conselhos imprescindíveis na reta final deste trabalho.

Ao meu querido Antônio Geraldo (“Gerald”) que me deu as condições de escrever a tese no dia em que, graças a ele, compreendi a diferença entre terminar e completar.

À Cláudia Silberman. Ultrapassamos a eficácia simbólica; suas frases “Cris, vai dar certo”, “É possível”, “Acredita em mim” foram mais do que eficientes.

À Elaine Brandão, pelo acolhimento e pela palavra sempre amiga nos momentos difíceis.

À minha querida Alessandra Pinto (Alê), pelas infinitas disponibilidade e amizade em todos os momentos deste percurso.

À Fabíola *Fafá* Cordeiro, pelo carinhoso auxílio de valor inestimável nos momentos em que me encontrei confusa com minhas idéias.

Ao doce amigo Mauro Brigeiro que, mais uma vez, chegou na hora certa!

À Jacqueline Costa, minha “irmã mais velha”, por todo apoio, orações, torcida e confidências. Minha gratidão para sempre.

Aos muitos outros amigos, de quem recebi suporte, torcida e acolhimento em inúmeros momentos. A ordem alfabética parece-me impedir preterição ou ciúme: Acácia Dias (minha baiana), Branca, Lili Vargas (meu ‘test drive’), Maria Gullo, Miriam Miranda, Priscilla Tavares, Rogerio Azize, Sheila Schnaider, Sonize Carneiro (merci beaucoup!), Sylvie Burgnard. Absolutamente impossível nomear tod@s!

Agradeço aos meus amigos e parceiros do CLAM: Andréia Barreto, Fábio Grotz, Fábio Pereira, Josué de Souza, Leila Araújo, Livi Faro, Olívia Hirsch, Vanessa Leite, Washington Castilhos. Sou a “Cris Help” de alguns, mas recebi muitas contradádivas. Não poderia deixar de agradecer a Walney Ramirez e Fábio Lopes, pela prontidão aos meus pedidos remotos de ajuda. À Sandra Infurna, que sempre me disponibilizou “mais um texto só”.

A Lucas Freire e Alessandra Pinto, pela assistência meticulosa no trabalho insano de montar e revisar uma bibliografia.

À Naidinha, pelas orações, carinho imenso, torcida e abrigo, não apenas moral e emocional.

A Flávia e Paulinho Vidal, cujas paciência e amizade “inoxidáveis” foram capazes de superar a ausência que o retiro da redação impôs.

Ao meu irmão Alexandre e à minha cunhada Michelle... Desconfio que eles nunca entenderam o que eu faço, e porque faço, ou o modo como faço, mas tudo bem. A meus familiares, daqui e de além mar.

A meus e adorados pais, Joaquim e Teresinha, que mesmo sem entenderem o “porquê de tanto sofrimento” e ao perguntarem “quando é que *isso* acaba?”, me deram todo o suporte para seguir em frente.

Ao Jaime, pelo encontro e pela paciência da espera.

Agradeço, por fim, às auxiliares de campo, que me conduziram com passos cuidadosos no mundo dos entrevistados. E, principalmente, àquel@s que compartilharam suas experiências e me possibilitaram ter acesso a suas histórias de vida de modo que nunca esquecerei. A est@s, minha especial gratidão e meu muito obrigado.

Bem... eu avisei que uma tese não se faz exatamente só... e que a torcida é grande!

A vida é assim:
Esquenta e esfria
Aperta e afrouxa
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

RESUMO

CABRAL, Cristiane da Silva. *Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A tese versa sobre as grandes questões relativas à contracepção no Brasil. Integra um esforço por analisar condutas referentes à contracepção, segundo lógicas que priorizam a situacionalidade e a relacionalidade de tais fenômenos. As estratégias para gerir a fecundidade são constitutivas da sexualidade heterossexual. Mulheres e homens podem usar ou não contracepção; as razões dessa conduta extrapolam aspectos concernentes a informação e acesso. Busca-se compreender as práticas contraceptivas a partir do processo do aprendizado das lógicas relacionais e de gênero, em diferentes momentos dos percursos biográficos: o início da trajetória afetivo-sexual, os contextos de irrupção de uma gravidez e o encerramento da potencialidade reprodutiva, por meio da esterilização contraceptiva. Este compósito demandou a utilização de materiais empíricos distintos para a construção e análise das etapas eleitas dos percursos biográficos. Enfoca-se, primeiramente, o momento de passagem à sexualidade com parceiro. Problematiza-se a ideia de relaxamento das práticas contraceptivas, a partir da iniciação sexual, concepção corrente na literatura nacional em função do decréscimo de uso de preservativo em relações sexuais posteriores. Aborda-se, em seguida, as atitudes e as questões presentes no processo de construção da prática contraceptiva, no momento em que a vida sexual se torna regular. A proposição da perspectiva da gestão contraceptiva sublinha as posições dos protagonistas, marcadas pelo gênero. Por último, analisa-se as circunstâncias biográficas e os cenários relacionais da esterilização contraceptiva, a qual emerge como uma estratégia de estabilização ou de consolidação de um percurso contraceptivo/reprodutivo. O debate em torno da contracepção no Brasil apresenta a tendência a enfatizar a determinação social para explicar as gestações imprevistas. Contudo, salienta-se, com base em uma literatura crítica, as dimensões de agência individual, ainda que circunscritas por um campo delimitado de possibilidades.

Palavras-chave: Contracepção. Sexualidade. Gênero. Incerteza.

ABSTRACT

The thesis addresses the main issues related to contraception in Brazil. It pursues the analytical effort of looking at contraceptive behaviors through logics that prioritize situational and relational dimensions. Strategies to manage fertility pertain to heterosexual sexuality. Women and men might use contraception or not; and the reasons why they would or would not go beyond their access to information or to proper contraceptive methods. The thesis aims at understanding contraceptive practices from a relational and gender perspective, by focusing on various times within individuals' biographical paths: the beginning of affective and sexual life; the contexts of pregnancy; and the end of fertility by contraceptive sterilization. This composite subject required the use of various empirical data in order to construct and to analyze those trajectories. First we focus on the entering into sexual life with a partner. In this context, the idea of looseness in the use of contraceptive practices after sexual initiation is of great importance. It is a recurrent argument in the literature about sexuality in Brazil, due to the decrease in use of condoms in subsequent sexual intercourses. Next, we address people's behavior and questions related to the building of contraceptive practices when sexual life becomes steady. The idea of a contraceptive management highlights the individuals' positions, influenced by gender. Finally, we analyze the biographical circumstances and the relational scripts of contraceptive sterilization, which emerges as a strategy of stabilizing or consolidating a reproductive/contraceptive path. In Brazil, debate about contraception tends to emphasize social determination in explaining unexpected pregnancies. However, drawing on a critical literature, the thesis highlights the dimensions provided by individual agency, although taking into account that these dimensions are circumscribed to a limited field of possibilities.

Key Words: Contraception. Sexuality. Gender. Uncertainty.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Representação gráfica dos clusters obtidos pela classificação hierárquica ascendente dos dados sobre iniciação sexual de homens entre 18 e 24 anos – Pesquisa Gravada 2002	79
Quadro 1 –	Identificação das jovens entrevistadas	107
Quadro 2 –	Iniciação sexual, abortos e filhos, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas populares de 18 a 27 anos	118
Quadro 3 –	Iniciação sexual, abortos e filhos, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas médias de 18 a 27 anos	118
Quadro 4 –	Parcerias heterossexuais, métodos contraceptivos utilizados e gestações, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas populares de 18 a 27 anos – Rio de Janeiro – Brasil	151
Quadro 5 –	Parcerias heterossexuais, métodos contraceptivos utilizados e gestações, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas médias de 18 a 27 anos – Rio de Janeiro – Brasil ...	152
Quadro 6 –	Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas	174
Quadro 7 –	Iniciação sexual, gestações e esterilização, segundo idade, nas trajetórias das mulheres entrevistadas	199
Quadro 8 –	Elementos da trajetória sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas	200
Quadro 9 –	Cluster H1: Ávidos para transar e se tornar adultos	256
Quadro 10 –	Cluster H2: Interessados em sexo, preparados e pacientes ..	257
Quadro 11 –	Cluster H3: Namorados reservados	258
Quadro 12 –	Cluster H4: Namorados românticos e relacionais	259
Quadro 13 –	Cluster H5: Namorados simétricos	260
Quadro 14 –	Cluster M1: Hedonistas e preparadas	261
Quadro 15 –	Cluster M2: Impacientes pela vida adulta	262
Quadro 16 –	Cluster M3: Namoradas simétricas	263
Quadro 17 –	Cluster M4: Fiéis ao “namoro à antiga”	264
Quadro 18 –	Cluster M5: Interessadas em sexo	265

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de mulheres casadas ou unidas em idade reprodutiva em uso de contracepção, segundo regiões do mundo e/ou países selecionados	51
Tabela 2 – Características e circunstâncias da primeira relação sexual segundo sexo	74
Tabela 3 – Perfil sociodemográfico e elementos da trajetória individual, segundo sexo	76

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 SITUAÇÕES DE GRAVIDEZ E CONTRACEPÇÃO: FENDAS NA EQUAÇÃO IDEAL	25
1.1 Agência feminina: custos e benefícios da contracepção	28
1.2 Contracepção e contexto relacional	34
1.3 Esterilização como método de contracepção	37
1.4 Esterilização contraceptiva no contexto brasileiro	43
2 ENTRADA NA VIDA SEXUAL: TRAJETÓRIAS E ATITUDES EM RELAÇÃO À SEXUALIDADE	54
2.1 O aprendizado do gênero e da sexualidade	55
2.2 A escolha pela classificação hierárquica ascendente (CHA)	62
2.3 Um mesmo leque de perguntas para moças e rapazes	65
2.4 Homens <i>tardios</i> , mulheres <i>interessadas em sexo</i> : resultados da clusterização	78
2.4.1 <u>Subgrupos dos rapazes</u>	79
2.4.2 <u>Subgrupos das moças</u>	83
2.5 Diversificação das trajetórias e experiências sexuais juvenis	86
2.5.1 <u>Homologias na iniciação sexual</u>	87
2.5.2 <u>Aprendizado simétrico e gradual</u>	88
2.5.3 <u>O vigor entre sexualidade e afetividade</u>	90
2.5.4 <u>Sexualidade 'insubordinada' ao afeto</u>	92
2.5.5 <u>Lógicas sanitária e relacional: entre oposição e complementaridade</u>	94
2.6 À guisa de conclusão	97
3 CONTRACEPÇÃO NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS	100
3.1 Considerações sobre o material em exame	102
3.2 Caracterização das entrevistadas	104
3.3 Iniciação sexual: “imprevista” ou “esperada”, quase nunca “preparada”	107
3.4 Quando a gravidez “acontece” - a contracepção em foco	115
3.4.1 <u>Contracepção subordinada ao prazer: oposição entre natural e artificial</u> ..	119
3.4.2 <u>“Deixa prá lá”, “só hoje”: lógicas que antecedem o “aconteceu”</u>	125

3.4.3	<u>“Toma amor, vamos tomar”: as barganhas no casal em torno da contracepção</u>	130
3.4.4	<u>Incerteza das relações sexuais</u>	137
3.4.5	<u>Dificuldades com a contracepção: um <i>bricolage</i> de situações</u>	143
3.5	Enquadramento da contracepção segundo os contextos relacionais	147
4	ESTERILIZAÇÃO CONTRACEPTIVA E O DOMÍNIO DA REPRODUÇÃO	153
4.1	O trabalho de campo	158
4.2	Mulheres entrevistadas: quem são?	163
4.3	Elementos da trajetória sexual e reprodutiva	176
4.3.1	<u>Idade da iniciação sexual e primeira gravidez</u>	176
4.3.2	<u>Filhos tidos (ou a fecundidade realizada)</u>	181
4.3.3	<u>Aborto e laqueadura</u>	190
4.4	Cenários na “escolha” da laqueadura	201
4.4.1	<u>“Meus dois filhos são de pais diferentes”: acusação moral e pressão familiar</u>	205
4.4.2	<u>“Eu não queria me ver assim igual a elas, acabadas, cheias de filhos”: autodeterminação e auto-imagem</u>	210
4.4.3	<u>“Se eu piscasse estava engravidando”: dificuldades contraceptivas em relevo</u>	213
4.4.4	<u>“Não tira esse filho, vamos ter e eu faço a tua ligadura”: uma díade médica ou conjugal?</u>	216
4.4.5	<u>“Você tem quantos filhos? Por que você não faz a ligadura?: uma alternativa constrita</u>	218
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	223
	REFERÊNCIAS	230
	APÊNDICE A – Quadros com resultados da classificação hierárquica ascendente, segundo subgrupos de homens e de mulheres	255
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa sobre esterilização	266
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado na pesquisa sobre esterilização	274

ANEXO A – Questionário utilizado na Pesquisa GRAVAD (bloco “C” - iniciação sexual)	276
ANEXO B – Roteiro de entrevista utilizado na Pesquisa HEXCA Brasil ...	287
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado na Pesquisa HEXCA – Brasil	298

INTRODUÇÃO

“Um estudo acerca das intrincadas relações entre sexualidade, contracepção e gênero (no Brasil)”: era desta maneira que definia a presente tese enquanto a elaborava. Ao longo de sua construção, deparei-me com uma das encruzilhadas clássicas das ciências sociais: a polaridade entre estrutura social e agência individual. As indagações em torno das margens de manobra dos indivíduos, limites e possibilidades colocados pelos determinantes sociais sempre estiveram presentes em minhas inquietações, como pesquisadora. Não tenho a pretensão de propor novas respostas ao velho dilema, mas sim explicitar a tensão constitutiva entre estes pólos que percorre a tese. Assim, é possível a existência de distintas interpretações em torno dos resultados aqui apresentados, indicando uma maior adesão a um ou outro pólo explicativo em determinados momentos. Entretanto, creio que oscilar entre análises que se apóiam em argumentos de estrutura e outras que valorizam a ação evidencia os embates presentes na temática investigada.

Esta tese compartilha da perspectiva desnaturalizadora ou construtivista relativa a sexualidade e gênero, inscrevendo-se no conjunto de estudos que criticam as concepções essencialistas, segundo as quais ser homem ou mulher está condicionado pela biologia. De acordo com tal ótica, o corpo e as manifestações sexuais constituem expressões de forças ou de impulsos inatos dos indivíduos. A contestação dos essencialismos é oriunda de estudos das ciências sociais que advogam a modelação das condutas, a partir de inscrições culturais. Tal concepção rejeita a ideia de que a sexualidade e o gênero sejam fenômenos universais e idênticos em todos os períodos históricos e contextos culturais (GAGNON; SIMON, 1973; LOYOLA, 1998; VANCE, 1995; WEEKS, 2001; 2002). Ao contrário, ressalta-se seu caráter dinâmico, temporal, histórico e relacional (BOZON, 1999; BOZON; LERIDON, 1993; GAGNON, 2006; LAUMMAN et al., 1994), e apenas uma visão positivista sobre o corpo poderia propor um substrato comum. Indivíduos não são determinados pela biologia, uma vez que são plásticos e modeláveis, imersos em uma complexa teia de marcadores sociais, como gênero, raça, classe social, etnia, idade/geração, região, entre outros elementos que circunscrevem suas biografias. Esta concepção é solidária à premissa do aprendizado cultural dos comportamentos.

A inserção das práticas contraceptivas no âmbito do aprendizado das lógicas do gênero e da sexualidade integra um esforço por analisar condutas referentes à contracepção, segundo esquemas de pensamento que priorizam a situacionalidade e a relacionalidade¹ de tais fenômenos. Busco o entendimento dos comportamentos contraceptivos, a partir do processo do aprendizado das lógicas relacionais e de gênero, em diferentes etapas de um percurso biográfico. Neste, destacam-se três momentos: o início da trajetória afetivo-sexual, os contextos contraceptivos em que uma gravidez imprevista ocorre e o encerramento da carreira reprodutiva, por meio da esterilização contraceptiva.

Muito se tem escrito sobre o tema da contracepção no Brasil, em sua maioria nos campos disciplinares da saúde e da demografia. A abordagem geralmente incide sobre as conquistas em termos do crescente e progressivo acesso das mulheres aos métodos anticoncepcionais, ou em relação aos “fracassos” contraceptivos, tidos como expressão de dificuldades das mulheres quanto ao manejo da vida reprodutiva. Observa-se com frequência um tom que enfatiza a falta de recursos, em função de vários tipos de constrangimentos, sociais, simbólicos, culturais, que associa episódios de gravidez imprevista² com um manejo inadequado da contracepção, por parte das mulheres. Tal inadequação teria suas raízes na precariedade do domínio da informação, dadas as desvantajosas condições sociais e a baixa escolaridade das usuárias, e nas dificuldades de acesso efetivo aos métodos anticoncepcionais. Em outras palavras, é como se o manejo efetivo da contracepção – muitas vezes reduzido à questão da informação e do acesso aos métodos anticoncepcionais – permitisse uma total desvinculação entre sexualidade e reprodução. A resultante desta equação seria a não ocorrência de gravidez imprevista na trajetória feminina.

Outra característica desta literatura é o enfoque quase exclusivo sobre as mulheres, como se gravidez e contracepção não implicassem também os homens. Em parte, isso é efeito da não problematização das condições históricas específicas nas quais ocorre o intenso espraiamento dos anticoncepcionais orais: se, antes da pílula, os métodos eram sobretudo masculinos (preservativo) ou relacionados ao ato

¹ O termo relacionalidade está sendo utilizado no sentido de vínculo da relação ou da interação com o par e/ou membros significantes do meio social.

² A literatura consultada utiliza recorrentemente os termos gravidez ‘não planejada’, ‘indesejada’, ‘acidental’. Adiante teço algumas considerações sobre tais vocábulos, justificando a adoção da expressão gravidez imprevista – ainda pouco empregada pela bibliografia nacional em geral.

sexual (coito interrompido, por exemplo), a partir do final da década de 1960 esta situação muda de forma drástica (LUKER, 1975; OUDSHOORN, 2003): a maioria dos métodos passa a ser dirigida às mulheres. Uma consequência inesperada dessa mudança foi a diminuição da participação masculina nesse cenário. Assume-se que apenas as mulheres estão motivadas para a prática contraceptiva porque somente elas engravidam, obscurecendo-se que a gravidez é um fato social, não restrito à dimensão biológica. O apelo em relação à maior eficácia teórica do método feminino rapidamente desliza para a concepção de que a responsabilidade do controle da fecundidade e seus fracassos são femininos. Os homens tornaram-se espectadores passivos das decisões contraceptivas, pelos mesmos processos (sociais e tecnológicos)³ que tornaram as mulheres agentes por excelência do processo reprodutivo (DARROCH, 2008; EDWARDS, 1994; GRADY, 1996; LUKER, 1975; OUDSHOORN, 2003).

Este cenário cultural de maior responsabilização das mulheres pela contracepção e a correlata minimização da participação dos homens evidencia as assimetrias de gênero na esfera da reprodução. Entretanto, deve-se ter cautela para que o incremento da responsabilização feminina não seja interpretado pelo prisma da vitimização, tampouco do ganho de total autonomia sobre controle da fecundidade. A proposição de uma leitura da gestão contraceptiva a partir do jogo relacional de gênero sublinha as posições dos protagonistas. Pode-se pensar que a assimetria de gênero seja favorável às mulheres em algumas situações, assim como cabe indagar sobre quais seriam as vantagens e desvantagens para o homem, nesse cenário atual de predomínio feminino da contracepção. Por exemplo, o fato de a mulher ter a responsabilidade da contracepção posiciona ou não o homem mais à mercê das decisões dela? Nos contextos de interação sexual, em geral a mulher sabe se o homem está ou não protegido quanto à contracepção (a não ser que ele seja vasectomizado), ao passo que ele pode desconhecer ou não ter certeza acerca da condição da parceira⁴. As situações de aborto induzido também são reveladoras das relações assimétricas de gênero, mesmo quando o parceiro não está presente. Uma vez que a gravidez ocorre no corpo feminino, de quem é a palavra final sobre a

³ Mudanças em termos da tecnologia contraceptiva e do sistema de trocas nos relacionamentos afetivos, do status da mulher, da crescente escolarização e profissionalização das mulheres, da redução do poder de barganha, em face da desvalorização da virgindade feminina, etc.

⁴ Agradeço a Tania Salem pelo comentário sobre as possibilidades de reversão na hierarquia de gênero na esfera da contracepção, observação feita por ocasião da leitura do projeto desta tese.

decisão de abortar? Indo além, quais as implicações na escolha da laqueadura tubária ou da vasectomia para a trajetória sexual dos indivíduos? Se a vasectomia é tida como expressão de maior liberação para o homem, em termos de desvincular sua sexualidade da reprodução, ela não deixa de ser, ao mesmo tempo, uma forma de controle da sexualidade feminina, sobretudo quando ocorre no âmbito da conjugalidade. Então, qual participação dos homens na esfera da contracepção e da reprodução, reclamada nas duas últimas décadas? Há tensões nesse cenário. Enfim, estes são alguns elementos que podem ser elencados a partir da discussão sobre sexualidade, gênero e contracepção. Tais questões serão retomadas adiante, à luz dos dados empíricos aportados nesta tese.

Diversos estudos populacionais, realizados em diferentes países, indicam a predominância das práticas penetrativas nos encontros heterossexuais, nos quais o intercurso vaginal é considerado como componente crucial (BAJOS; BOZON, 2008; HEILBORN, CABRAL, BOZON, 2006; LAUMANN et al. 1994). Por conseguinte, as estratégias para evitar o engravidamento são constitutivas da sexualidade heterossexual e a contracepção se faz necessária. Intimamente relacionadas, sexualidade e contracepção integram os roteiros sexuais aprendidos⁵. Por exemplo, a representação de que os homens possuem mais necessidades sexuais e conseguem controlar menos seus “impulsos” sexuais também reforça a ideia de que a responsabilidade contraceptiva deva ser feminina (HEILBORN, CABRAL, BOZON, 2006; SALEM, 1981; 2004). Acrescente-se a noção de que as mulheres estariam mais propensas ao uso de métodos anticonceptivos, em função do fato da gravidez ocorrer no corpo feminino. Assume-se que as mulheres têm menos necessidades sexuais e, portanto, maior controle de sua sexualidade. Outra representação corrente diz respeito à espontaneidade das relações sexuais: espera-se que os encontros sexuais sejam intensos e espontâneos; o uso de métodos como a pílula e a esterilização, que separam o encontro sexual do ato da contracepção, parece ser bastante adequado a este modelo hegemônico (LOWE, 2005; SPENCER, 1999).

Esta tese aborda as injunções entre sexualidade e reprodução, sobretudo no que concerne o manejo contraceptivo de jovens, de ambos os sexos. O argumento é de que há uma interrelação entre os processos de aprendizado da sexualidade e da contracepção, nos quais a experimentação amorosa e relacional constituem o

⁵ Cf. adiante o capítulo sobre iniciação sexual para definição deste conceito.

cenário que enquadra o exercício e a socialização progressiva para a anticoncepção (BRANDÃO, 2004; BOZON, 1993; HEILBORN et al., 2006). A prática contraceptiva e a trajetória afetivo-sexual são elementos indissociáveis para uma compreensão das biografias de homens e de mulheres. Nesse sentido, o exame das trajetórias biográficas proporciona melhor compreensão dos cenários que enquadram os comportamentos contraceptivos, tendo em vista uma modulação segundo uma dada moralidade sexual e os contextos das relações assimétricas de gênero.

Mulheres e homens podem usar ou não contracepção; as razões dessa conduta extrapolam informação e acesso. É inegável que a falta de conhecimento e/ou as dificuldades de acesso aos métodos são fatores cruciais que impactam, em muito, a possibilidade de controle da fecundidade. Tais recursos, ou sua ausência, são com frequência elencados para caracterização dos contextos de decisões contraceptivas e reprodutivas. Esta tese pretende agregar considerações acerca desse cenário, salientando a existência de outros elementos intervenientes na (não) contracepção, que transcendem a tópica da informação e acesso. Tal posicionamento significa complexificar a equação (ainda) subjacente às políticas públicas, bem como inscrever a sexualidade nas discussões sobre contracepção (HIGGINS; HIRSCH, 2007 e 2008).

A contracepção enquanto prática está inapelavelmente imbricada com a atividade sexual. Tal afirmação pode parecer óbvia, mas não o é. A literatura corrente em saúde pública e demografia caracteriza-se por uma espécie de assepsia sexual: tudo se passa como se a contracepção não estivesse imersa em um contexto de interação de sujeitos, no qual múltiplas facetas de um relacionamento íntimo influenciam nas escolhas e decisões sobre como evitar (ou não) uma gravidez. Por outro lado, no debate em torno do fracasso contraceptivo e da gravidez imprevista, uma parcela considerável da literatura brasileira privilegia aspectos concernentes aos constrangimentos sociais, relacionados à pobreza ou ignorância, pressupondo certo irracionalismo que dificultaria o enquadramento coerente das condutas. Ignora-se ainda que o manejo contraceptivo é um processo de múltiplos níveis. A literatura sobre contracepção raramente se refere a esta tensão, e tende a repetir o discurso da condição precária do sujeito social ignorante ou despossuído de agência, de capital educacional e cultural etc.

Desta forma, busco problematizar certo racionalismo positivista que supõe um sujeito cognoscente, autônomo e reflexivo diante de cada atitude adotada⁶ (CAILLÉ, 1998; DUARTE et al., 1992), aspecto subjacente a muitas das abordagens sobre usos e fracassos contraceptivos. Para tal, a perspectiva socioantropológica parece-me adequada para analisar o fenômeno da contracepção, a partir da ótica do aprendizado da sexualidade e das relações de gênero. Investigações de cunho antropológico têm negligenciado as diversas dimensões envolvidas no exercício da contracepção. Muitos antropólogos têm se dedicado ao exame das questões atinentes à intervenção médica relativa à reprodução, em especial ao impacto sócio-cultural das novas tecnologias reprodutivas (CHAZAN, 2007; LUNA, 2007; NOVAES; SALEM, 1995; PETCHEVSKY, 1987; STRATHERN, 1995). Contudo, há carência de estudos dedicados à análise dos processos e das negociações envolvidos na gestão da vida contraceptiva. A prática contraceptiva, supostamente regular para as mulheres com vida sexual ativa, exprime as circunstâncias das relações de gênero, composição do par, interações familiares, situação de classe, dimensões religiosas e aspectos geracionais, entre outros.

* * *

A tese é composta por quatro capítulos.

O primeiro retoma os argumentos de certas autoras que buscam romper com a análise calcada nos pressupostos racionalistas dos comportamentos contraceptivos. Para tal, salientam os contextos relacionais subjacentes. Trata-se da abordagem de perspectivas teóricas (alternativas) que ampliam a compreensão das práticas contraceptivas, para além de sua tradicional dimensão de (não) uso e acesso. Cabe esclarecer que o capítulo um não pretende ser uma revisão tradicional da literatura sobre contracepção; sua concepção é a de aportar uma mirada de estranhamento e compreensão deste fenômeno no contexto brasileiro⁷.

Os outros três capítulos delineiam uma espécie de percurso biográfico com “início, meio e estabilização⁸” das trajetórias. Cada seção corresponde ao exame de

⁶ Esta concepção é consoante à ideia de individualismo metodológico, o que significa que “as relações sociais podem e devem ser compreendidas como resultante do entrecruzamento dos cálculos efetuados pelos indivíduos” (CAILLÉ, 1998).

⁷ Refiro-me ao exercício antropológico de compreensão de um dado contexto a partir de sua posição relativa ao arranjo geral de outros esquemas culturais (SAHLINS, 2006), ou tal como proposto por Velho (1981), a necessidade de estranhamento do familiar.

⁸ O termo “estabilização” é preferível ao termo “fim”: o encerramento da carreira reprodutiva pode ser compreendido como um momento de estabilização ou de consolidação de um percurso

um momento específico do percurso sexual e contraceptivo: o início da trajetória afetivo-sexual, os contextos de irrupção de uma gravidez e o encerramento da carreira reprodutiva, por meio da esterilização contraceptiva. Este compósito resultou de revisitação de materiais quantitativos e qualitativos produzidos por equipes de pesquisadores e por investigações de campo por mim conduzidas. São utilizados materiais empíricos distintos para a construção e análise das etapas eleitas dos percursos biográficos.

O capítulo dois dedica-se ao exame da entrada na vida sexual com parceiro. Além de ser um demarcador da biografia sexual (BOZON, 1993; 2008), este evento produz uma determinada coorte de interesse para os fins desta tese – os vínculos entre contracepção e sexualidade. Nesta seção são utilizados os dados quantitativos da pesquisa GRAVAD⁹ – inquérito domiciliar, com amostra probabilística estratificada em três estágios, com jovens de 18 a 24 anos, de ambos os sexos e moradores de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. São descritos cenários de iniciação sexual para moças e rapazes, por intermédio da conjugação de elementos que dizem respeito ao ambiente familiar em que os jovens viviam à época contígua à primeira vez, caracterização da primeira parceria sexual, descrição do contexto da primeira relação sexual propriamente dita, bem como de valores e opiniões dos jovens acerca da sexualidade.

O capítulo três aborda o manejo dos métodos contraceptivos utilizados por mulheres que têm ao menos um episódio de interrupção voluntária de gravidez em suas trajetórias. O material empírico é proveniente de um estudo qualitativo, baseado em cotas de entrevistas com mulheres e homens de distintos segmentos sociais e gerações – pesquisa HEXCA (Heterossexualidades, Contracepção e Aborto no Brasil)¹⁰. Nesse capítulo, o exame da contracepção é realizado somente a

contraceptivo/reprodutivo, e não seu “fim”. A esterilização não representa necessariamente o final de uma trajetória reprodutiva tendo em vista a existência de técnicas de reversão de laqueadura e de vasectomia, bem como das novas tecnologias reprodutivas. Agradeço ao colega e amigo Mauro Brigeiro desta ideia de estabilização ou de consolidação das estratégias reprodutivas, oriunda de nossas discussões sobre curso da vida.

⁹ A pesquisa GRAVAD (“Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil”) é um estudo socioantropológico que reúne informações qualitativas e quantitativas sobre comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens de 18 a 24 anos, de ambos os sexos e moradores das cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. Cf. Heilborn et al., 2006. Fiz parte da equipe de pesquisadores deste estudo, participando de sua etapa qualitativa de investigação, bem como do período dedicado à análise dos dados quantitativos e à produção do livro coletivo com os resultados gerais da pesquisa (HEILBORN et al., 2006). Além disso, minha dissertação de mestrado sobre paternidade na adolescência, realizada junto a rapazes moradores de uma comunidade favelada no Rio de Janeiro, foi um dos desdobramentos no âmbito deste estudo maior (CABRAL, 2002).

¹⁰ A pesquisa HEXCA, coordenada pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, vem sendo desenvolvida desde

partir das trajetórias juvenis femininas. Explora-se o argumento da forte vinculação entre tipo e uso de método contraceptivo ao fato de estar ou não em parceria, sobretudo se a parceria é considerada estável. Examinam-se as práticas contraceptivas segundo aspectos contextuais e relacionais imbricados no (não)uso de métodos contraceptivos.

O último capítulo se detém sobre o tema da antecipação do fim da vida reprodutiva (ou da potencialidade reprodutiva), por meio da esterilização e os contextos de sua realização. Empreendi um trabalho de campo específico, no Rio de Janeiro, com entrevistas individuais em profundidade, com mulheres e homens esterilizados¹¹. Mais do que um método que garante a limitação da prole, a esterilização permite desvincular reprodução e sexualidade, além de liberar as mulheres da angústia de uma gravidez imprevista no curso de suas trajetórias afetivo-sexuais. Certas questões me motivaram a realizar mais uma investigação: em primeiro lugar, a esterilização feminina ainda é um fenômeno de grande magnitude no Brasil, e não se pode negligenciar tal aspecto ao tratar do tema da contracepção; em segundo lugar, tinha a indagação sobre em que medida aborto e esterilização poderiam estar imbricados, ou seja, uma das perguntas era se a esterilização seria uma alternativa em um contexto no qual o aborto é proibido¹².

A existência de muitas questões em comum nos roteiros das três pesquisas mencionadas permitiu a constituição de um *corpus* de dados empírico convergente em grande parte dos tópicos abordados. As entrevistas foram estruturadas a partir da reconstrução da trajetória biográfica dos informantes, sobretudo no que concerne aos eventos da vida afetivo-sexual e reprodutiva. Essa estratégia foi utilizada na pesquisa Gravad, e orientou tanto a composição do roteiro qualitativo quanto o questionário da etapa do *survey*. Posteriormente, o tema da composição das parcerias afetivo-sexuais e eventos de gravidez (especialmente os casos de aborto provocado) foram explorados detalhadamente na pesquisa HEXCA. No último

2007, nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Bogotá e Buenos Aires, em parceria com a Universidad Nacional da Colômbia e Centro de Estudios del Estado y Sociedad, na Argentina. Nesta investigação, estive presente desde sua concepção, participando também do trabalho de campo (seja nas funções de entrevistadora ou na de supervisão do material empírico produzido) e da etapa de análise dos dados.

¹¹ Decisão tomada a partir da qualificação do projeto de tese, em maio de 2009.

¹² No Brasil a prática do aborto é objeto de criminalização, com exceção nos casos de estupro e de risco para a vida da gestante.

estudo, perguntas atinentes ao processo de esterilização foram acrescentadas ao roteiro previamente desenvolvido nas investigações anteriores¹³.

Um comentário faz-se aqui necessário: é inegável que o aporte de materiais empíricos oriundos de pesquisas com mulheres e homens enriqueceria sobremaneira as discussões sobre sexualidade e contracepção no âmbito das relações de gênero. O ponto de vista comparativo é mais do que salutar em qualquer investigação, ainda mais quando se objetiva nuançar os contextos relacionais. Contudo, escolhas precisam ser efetuadas e o critério tempo/prazo necessário para finalização de um trabalho de pós-graduação não é secundário. O capítulo dois traz material que trata de homens e de mulheres; nos dois outros (capítulos três e quatro) foram enfocadas as trajetórias femininas, ficando as entrevistas masculinas como objeto de análises futuras. Assim, numa primeira aproximação poder-se-ia dizer que esta tese acaba deslizando, tal como boa parte da literatura que trata de contracepção, e que, em função das escolhas feitas, iria ao encontro da concepção comum de que contracepção/reprodução é um “negócio de mulheres”. Entretanto, o momento atual representa apenas mais uma etapa de um percurso amplo, iniciado no mestrado, no qual minhas preocupações com a perspectiva de gênero e, sobretudo as concepções masculinas sobre reprodução (e família) nunca deixaram de estar presentes. Defendo a ideia de que os homens estão contemplados nesta tese, ainda que tangencialmente: eles não são os protagonistas dos discursos, mas estão enfocados a partir da ótica das mulheres entrevistadas e de suas narrativas. Além disso, a remissão à literatura sobre masculinidades e reprodução pode, talvez, compensar a falta de informações empíricas nos dois últimos capítulos sobre os homens. Nesse sentido, reitero a importância e a possibilidade de manter um prisma relacional nas análises empreendidas.

Por fim, gostaria de salientar o esforço, às vezes para mim mesma surpreendente, nesta tese, de conjugar diferentes materiais empíricos, de natureza diversa, o que por sua vez espelham a especificidade de meu percurso pessoal enquanto pesquisadora. Trata-se de uma produção realizada no âmbito das ciências sociais e saúde, uma subárea da saúde coletiva, em que o diálogo interdisciplinar é

¹³ Os trabalhos de campo dessas três investigações foram realizados em momentos distintos: GRAVAD, entre 2000 e 2002; HEXCA: entre 2007 e 2008; esterilização, final de 2009 ao início de 2010. A decalagem temporal não inviabilizou a utilização de tais estudos; ao contrário, pode-se mesmo pensar que algumas informantes, entrevistadas em 2001-2002 pela pesquisa GRAVAD já estariam em idade semelhante a das entrevistadas em 2009-2010 no estudo sobre esterilização. Além disso, as mudanças em termos de normas, representações e condutas se processam de modo devagar (BOZON, 2004).

incentivado. Estas observações servem ao leitor como uma salvaguarda das contribuições aportadas, ao mesmo tempo em que limitações e lacunas certamente estarão presentes nas páginas que se seguem¹⁴.

¹⁴ Este texto procurou incorporar as regras resultantes do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, vigente a partir de 2009. Portanto, eventuais ausências de acento e trema, além de palavras sem hífen não constituem erro de digitação, mas sim tentativa de adaptação às novas regras linguísticas.

1 SITUAÇÕES DE GRAVIDEZ E CONTRACEPÇÃO: FENDAS NA EQUAÇÃO IDEAL

O advento tecnológico da pílula hormonal trouxe inúmeras transformações para a gestão da vida contraceptiva. Esta inovação permitiu às mulheres maior controle sobre a reprodução e foi interpretada como importante conquista no processo de busca de igualdade entre os sexos, pois as libertaria da maternidade compulsória. Autoras proeminentes como Françoise Héritier (1996; 1999; 2002) e Simone de Beauvoir (1987) argumentaram que a redução das diferenças entre homens e mulheres seria uma questão de estágio, propiciada pela contracepção medicalizada¹⁵. Outras autoras contestam que os procedimentos hormonais de controle da fecundidade tenham diminuído as diferenças de gênero (BAJOS; FERRAND, 2004)¹⁶. O fato dos homens atualmente poderem se abster dos cuidados contraceptivos resultou na maior responsabilização feminina e na construção de um ideal de maternidade desejada e bem planejada.

Com o advento da contracepção medicalizada, as necessidades contraceptivas se transformaram: do espaçamento entre os nascimentos passou-se à demanda por evitar nascimentos. Neste contexto, a gravidez e maternidade tornaram-se algo desejável, planejável e/ou previsível, ao menos teoricamente. Avolumam-se, então, estudos que visam identificar fatores vinculados à ocorrência de gravidezes não planejadas e delinear o perfil das mulheres que engravidam “sem querer”. A contracepção é tratada como simples decisão individual ou do casal, associada à vontade de não gerar. Entretanto, a abordagem socioantropológica busca demonstrar que a prática contraceptiva compreende uma série de decisões e lógicas complexas entranhadas em múltiplos domínios da vida, requerendo análise acerca de práticas e representações sociais de contracepção, maternidade, conjugalidade, família, vinculação com sexualidade, sem deixar de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta contraceptiva (disponibilidade de serviços

¹⁵ O argumento remonta à idéia de que a reprodução biológica, ao ocorrer no corpo feminino, estabeleceria um “fardo” para as mulheres. Afinal isso teria levado Beauvoir (1987) a dizer que a biologia não era um destino, desde que controlada pela gestão eficaz da fecundidade, o que, em última instância subverteria o substrato da dominação masculina.

¹⁶ As autoras utilizam o termo contracepção medicalizada, sobretudo em referência aos métodos hormonais e ao DIU. Adiante apresento uma discussão sobre a pluralidade de formas de classificar os recursos contraceptivos.

e de métodos) (BAJOS et al., 2002; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985; LUKER, 1975).

As contribuições sociológicas da socióloga norte-americana Kristin Luker (1975) e de algumas pesquisadoras da França são eleitas no presente trabalho como principais interlocutoras: a primeira, por seu trabalho pioneiro e ainda atual sobre processos decisórios acerca da contracepção; as segundas, em função de amplo material empírico e dos interessantes debates travados em seus respectivos estudos no âmbito da sociologia e da antropologia (BAJOS et al., 2002; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985). Embora haja diferenças teóricas entre as interpretações propostas, é possível fazê-las convergir.

Gravidez imprevista

A categorização dos contextos de gravidez não é empreitada simples. O termo gravidez imprevista (ou “não prevista”) foi cunhado em oposição às dimensões de planejamento e desejabilidade de uma gestação, presentes nas demais formas de classificação¹⁷. A designação “desejada” é limitada por não abarcar a multiplicidade de situações em que uma gestação ocorre. Nas situações de pesquisa, excetuando-se os casos de aborto, as declarações são efetuadas a partir da perspectiva do nascimento da criança e, portanto, pode ser difícil enunciar que a criança não tenha sido desejada¹⁸. Além disso, uma gravidez inicialmente indesejada e/ou não planejada pode se tornar um bebê desejado. A expressão “acidental” é redutora e, muitas vezes, usada de forma pejorativa. A dicotomia “planejado *versus* não planejado” reduz a complexidade da questão, fazendo sobressair uma noção explícita de programação e controle do curso da vida.

Tais distinções ganham espaço na literatura por meio da problematização da gestação “precoce”, muitas vezes tratada indevidamente, como sinônimo de indesejada ou não planejada. Ao abordarem o tema da gravidez na adolescência, alguns autores (LE VAN, 1998; LUKER, 1996; VILAR, GASPARG, 1999) contestam as categorias “(não) desejada”, “(não) planejada”, e ponderam que o “desejar” deve ser considerado em contexto de possíveis escolhas dos jovens. Esta literatura sustenta que uma gravidez pode se *tornar desejada*, por intermédio de um “processo de assimilação”, de modo a ser aceita tanto pelos jovens quanto por seus círculos

¹⁷ Proposição feita por Bajos et al., 2002.

¹⁸ Uma gravidez inicialmente desejada pode, em seu curso, passar a ser rejeitada e ter o aborto provocado como desfecho (HEILBORN; CABRAL; BRANDÃO, 2010).

sociais. Le Van (1998) critica veementemente as dicotomias desejada vs. não desejada, e planejada vs. não planejada. Ela formula uma tipologia das gestações em seu estudo sobre gravidez na adolescência, sustentando que uma gestação pode carrear outros significados, que relativizariam a concepção de planejamento e/ou desejo¹⁹. Estas ponderações não são exclusivas para situações de engravidamento entre os mais jovens.

Ainda que o termo “gravidez imprevista” aluda à idéia de programação, ele é mais amplo do que os demais, que buscam designar os contextos que escapam ao controle deliberado da fecundidade. Bajos et al. (2002, p. 3) utilizam a rubrica “non prévue” para as situações nas quais uma gestação resulta de relação sexual sem contracepção, de esquecimento da contracepção ou do “fracasso” da contracepção. Luker (1975) discute os contextos de ocorrência de uma gravidez, a partir das perspectivas dos custos e benefícios da contracepção e da reprodução, e enfatiza a operacionalidade da categoria “incerteza”²⁰.

Entre a situação de uma gravidez deliberadamente planejada, em que há manutenção de relações sexuais sem uso de método contraceptivo com o objetivo de engravidar, e uma gestação imprevista, que inclui falhas no uso de método, há uma gama de nuances que escapam da polaridade acima mencionada e tampouco pode ser pejorativamente qualificado como *descuido*²¹. As categorias éticas (as do pesquisador) nem sempre são suficientes para dar conta da pluralidade da realidade, tampouco da polissemia de sentidos presentes. Contudo, ainda que não seja englobante (pois toda classificação é parcial), o termo “imprevisto” é preferível e aqui adotado. Nos capítulos seguintes será abordada a diversidade de situações nas quais uma gestação “acontece”²².

Desejo e planejamento

¹⁹ Le Van (1998), trabalhando sobre o contexto francês, concebe a gravidez na adolescência como uma questão de reconhecimento social ligado à lógica de inserção social das moças em quatro instâncias: trabalho-escola, família, relação conjugal, ambiente extra-familiar (amigos). Ela propõe cinco tipos de gravidez “precoce”: “rito de iniciação”; “SOS”; “inserção”; “identitária”; “acidental”.

²⁰ Luker (1975) diferencia os termos *risk* e *uncertainty*.

²¹ Por exemplo, uma gravidez pode ser imprevista para um dos protagonistas, e não para o outro; esta potencialidade ilumina um dos aspectos centrais da análise sobre a gravidez, que é justamente a relevância da dimensão relacional que ela sempre comporta. O termo também não dá conta das situações de forte ambivalência quanto à reprodução / parentalidade. A hipótese socioantropológica de que alguns contextos de gravidez estariam ancorados na falta de perspectivas estruturantes da vida das moças também relativiza os comportamentos contraceptivos adotados e a própria hipótese de “imprevista”.

²² O termo “aconteceu” é uma categoria nativa, amplamente usada, para fazer referência ao momento em que uma gravidez ocorre sem ter sido deliberadamente planejada.

É recorrente, tanto na literatura quanto no imaginário social, a ideia de que uma gravidez imprevista resulta da falta de perícia contraceptiva dos sujeitos. Assim, a gestação não planejada teria suas raízes na falta de informação. Tal hipótese ainda persiste, apesar da suposição de que os nascimentos imprevistos poderiam ser prevenidos, caso a mulher usasse efetivamente a contracepção²³.

Esta concepção data de algumas décadas, quando estavam em curso interdições para a disseminação das informações sobre o controle da natalidade, seja por sua estreita vinculação à sexualidade e os tabus a ela relativos, ou em função de contextos político-ideológicos pró-natalistas, em que a divulgação ou propaganda de métodos anticonceptivos eram proibidos²⁴. Uma consequência direta dessa abordagem foi a presunção de que a solução do problema ocorreria também em âmbito informativo: ampliar a informação, incrementando os níveis de educação contraceptiva e aconselhamento das mulheres conduziria à diminuição correlata do número de gestações não planejadas.

Outra perspectiva valoriza ou realça o caráter inconsciente do desejo de maternidade. Este tipo de interpretação ancora-se na difusão dos saberes psi e enfatiza uma espécie de conflito interno, ao qual também está subjacente a concepção de que a gravidez deve ser planejada e, sobretudo, desejada. A ocorrência inesperada de uma gestação seria o resultado de um comportamento intencional ou volitivo de fracasso contraceptivo (LUKER, 1975). Embora seja difícil determinar se houve falha do método ou do usuário, em geral a ênfase no aspecto intencional dos sujeitos desliza para uma concepção tautológica do tipo 'não existe gravidez indesejada porque, se uma mulher está grávida, ela deve ter desejado'.

Tais posições marcaram a literatura das décadas de 50 e 60, inseridas em um cenário marcadamente pronatalista. Gestações não previstas tendiam a ser tidas como um fracasso do usuário e não do método em si, e o conflito tendia a ser considerado como primariamente intrapsíquico, escapando do domínio consciente do sujeito (LUKER, 1975, p. 27).

1.1 Agência feminina: custos e benefícios da contracepção

²³ Idem: a correlação estabelecida entre contracepção e aborto: quanto mais eficaz é a primeira, menor seria a quantidade do segundo. Mas estas são concepções simplistas (RÉGNIER-LOILLIER; LERIDON, 2007).

O trabalho de Kristin Luker (1975) parece-me até hoje rentável para a discussão dos nexos entre sexualidade e contracepção. A análise empreendida pela autora situa-se no momento de efervescência do movimento feminista nos Estados Unidos. O estudo realizado em uma clínica de aborto legal na Califórnia enquadra-se em um projeto político de repensar as capacidades femininas de autonomia e reflexão. O tema, altamente controverso, de que o aborto seria o desfecho de um “comportamento irracional” das mulheres é o foco de sua análise.

Luker (1975) refuta a ideia de que a gravidez imprevista decorra da falta de habilidade contraceptiva ou da ausência de recursos para obter os métodos anticoncepcionais. Para ela, a gestação não prevista deve ser tratada sob a perspectiva de uma ponderação efetuada pelo sujeito, acerca dos riscos e benefícios envolvidos, tanto na contracepção quanto na reprodução. A autora introduz o tema da agência feminina, até então ausente no debate, ao afirmar que as mulheres sabem dos riscos que correm, ao não usarem determinados métodos ou ao adotarem métodos menos eficazes²⁵.

A autora recorre às teorias acerca do processo de tomada de decisão, para argumentar em torno da existência tanto de racionalidade quanto de informação no contexto de uma gravidez imprevista: “women are both informed and rational” (LUKER, 1975, p. 31). Para ela, a gravidez não prevista resulta de um processo decisório, em que há uma sequência de eventos e de “riscos”²⁶, e nas quais as mulheres buscam atingir outros objetivos, mais difusos, do que simplesmente prevenir a gravidez²⁷.

O argumento central concerne à existência de custos e benefícios, tanto em torno da contracepção quanto da gravidez. Por um lado, a contracepção apresenta custos sociais, emocionais, financeiros e físicos, mas inteligíveis no contexto em que ocorrem. Por outro lado, as gestações imprevistas, inclusive aquelas com desfecho em aborto, possuem benefícios conscientes, sociais e igualmente inteligíveis, dado o

²⁴ No Brasil, o anúncio de meios contraceptivos permaneceu proibido até 1979 (VIANNA; LACERDA, 2004).

²⁵ Segundo a autora, o uso inconsistente seria caracterizado pela utilização de método sabidamente menos eficaz, como o coito interrompido ou tabela, e/ou uso errático ou inexistente do recurso (LUKER, 1975, p.24).

²⁶ O termo “taking chances”, título de seu livro, é adotado pela autora (LUKER, 1975). O mesmo remete para a ideia de correr riscos, lidar com a sorte ou com a imponderabilidade das situações, cuja probabilidade é desconhecida (“uncertainty”).

²⁷ Luker (1975) argumenta que a dinâmica contraceptiva seria composta por vários níveis, noção também desenvolvida pela literatura francesa a esse respeito (BAJOS et al., 2002; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985).

contexto no qual ocorrem. Tal perspectiva rompe com a representação hegemônica de que só há benefícios na gestão da contracepção e que uma gravidez imprevista é sempre indesejada ou negativa. A autora adverte que a avaliação de custos e benefícios (da contracepção e da gravidez) não significa considerar o sujeito da ação como exemplo cabal do cálculo racional. A dimensão da subjetividade abarca as intencionalidades, mas também as ambivalências (LUKER, 1975).

A avaliação diferencial dos custos e dos benefícios do par contracepção/gravidez, segundo os diferentes atores neste cenário social, é enriquecedora. Os elementos não são avaliados pelos mesmos termos: ao diferenciar os conceitos de risco e incerteza, em que o primeiro teria sua magnitude conhecida e o segundo não, a autora argumenta que, para as mulheres, ficar grávida é uma incerteza (“uncertainty”), enquanto para estatísticos, médicos e planejadores de políticas públicas, ficar grávida é um risco (“risk”) de conhecida magnitude²⁸.

Na contramão da concepção hegemônica, Luker (1975) se dedica a explicitar os custos associados à contracepção, dividindo-os em quatro grandes categorias: 1. os advindos dos significados sociais e culturais da contracepção; 2. aqueles que derivam de problemas estruturais em relação à contracepção; 3. os associados à manutenção da atividade contraceptiva (temporalidade); 4. os custos relacionados aos aspectos médicos e biológicos da contracepção. Ela argumenta que, na contabilidade de custos e benefícios, as mulheres tendem a sopesar os custos atuais ou vigentes da contracepção, em relação às incertezas de uma gravidez que está no porvir.

A contracepção, por sua íntima conexão com o sexo, carrega muitos significados da sexualidade, socialmente construída a partir de convenções culturais (leia-se também morais). Nesse sentido, a prática contraceptiva pode expressar a condição de pessoa sexualmente ativa, denotar planejamento do intercurso sexual, aludir à disponibilidade sexual feminina, quando a contracepção é realizada de forma contínua. As avaliações de gênero podem incidir de forma negativa sobre o

²⁸ A autora compara os discursos das informantes e constata que há ênfases diferenciais nas narrativas das mulheres, segundo seus interlocutores (assistentes sociais, médicos ou pesquisadoras de campo), no que concerne ao manejo contraceptivo e ao contexto do engravidamento. Como assinala Peretti-Watel (2010), a saúde pública é refém das condições particulares do saber epidemiológico, que privilegia a significância estatística em detrimento da compreensão dos fenômenos (p. 17). Indo além, argumenta que a noção de risco, de uso cada vez mais corrente, aparece como uma categoria redutora das incertezas (PERETTI-WATEL, 2010, p. 19).

comportamento contraceptivo. A valorização do sexo como algo natural, fluido e espontâneo também pode imprimir dificuldades no manejo contraceptivo, seja para os homens ou para as mulheres. Não é incomum encontrar a representação (frequente em justificativas nativas, segundo dados etnográficos) de que a relação sexual sem contracepção é “pura”, “natural”. Assim, a ideia de que a contracepção implicaria planejamento e de que o sexo pertenceria ao domínio da espontaneidade seriam concorrentes. A adoção de medidas de proteção prévias ao ato sexual poderia significar que a relação sexual está sendo esperada; em decorrência, o “calor” (termo de Luker, 1975) que derivaria de sua imprevisibilidade e espontaneidade seria reduzido, em função do cálculo racional implicado na contracepção.

Estes elementos remetem para os custos da contracepção e ilustram dificuldades que as moças podem enfrentar, sobretudo no início de suas trajetórias afetivo-sexuais. Por exemplo, reconhecer que se é sexualmente ativa implica abrir mão da imagem de mulher ingênua e passiva, em prol de uma possível avaliação de que não se é mais virgem, e portanto “experiente”. A mulher pode “recusar” a contracepção, para evitar transparecer a imagem do ‘tipo’ disponível para o sexo. São recorrentes nas narrativas das jovens a enunciação dos obstáculos em adotar de forma contínua e consistente o uso da pílula anticoncepcional, por temerem que os pais, ao encontrarem a cartela de contraceptivo, descubram que já não são mais virgens e têm exercício sexual regular.

Manter a contracepção após o rompimento de um relacionamento afetivo-sexual também esbarra em estereótipos de gênero: pode significar que a mulher tem a intenção de permanecer sexualmente ativa, a despeito do término da relação²⁹. Isto dá inteligibilidade ao fato das mulheres possuírem padrões contraceptivos vinculados a cada tipo de relacionamento (“relationship-specific contraceptive pattern”). Assim, continuar com a contracepção fora de um relacionamento afetivo-sexual pode ser custoso. As expectativas de gênero estabelecem para as mulheres ter relações sexuais em relacionamentos com algum grau de compromisso; insinuar também que ela já estaria pronta para iniciar de imediato outro relacionamento. Segundo Luker (1975), é difícil para a mulher reconhecer, em

²⁹ Esta perspectiva se faz presente no estudo de Bajos et al. (2002). As autoras também dão especial atenção, no contexto francês, aos momentos de mudanças contraceptivas, em função do término de uma relação e alteração de parceria. Cf. também Beltzer; Bajos, 2008.

função de ideais de afeto e relacionamento³⁰, que esteja disponível para o exercício da sexualidade. A autora sustenta que tal disponibilidade pode representar uma perda em termos de barganha na relação amorosa que, para algumas mulheres, ultrapassa os benefícios da contracepção³¹.

Os significados culturais e sociais conferidos à sexualidade podem fazer com que a contracepção tenha custos elevados a curto prazo. Quando o uso da contracepção implica o reconhecimento de que a mulher é sexualmente ativa, uma planejadora fria e calculista, uma mulher com pouco ou nenhum sentimento romântico (em sua alma) e que talvez ela seja ativa demais (sexualmente) para ser uma dama, não é de se surpreender que as mulheres optem por evitar a contracepção do que correr o risco de ter que lidar com estas concepções/imagens desagradáveis. (LUKER, 1975, p. 51).³²

As limitações enfrentadas pelas mulheres no Brasil, sobretudo as mais pobres e menos escolarizadas, em obter acesso aos métodos contraceptivos modernos/medicalizados persistem. Apresentam-se dificuldades de diversas ordens para acesso a um atendimento específico. A escolha do método anticoncepcional é frequentemente mediada pela experiência de amigas ou de parentes. As farmácias privadas permanecem como principal fonte de obtenção de métodos reversíveis, a despeito dos esforços governamentais nessa esfera. Não são desprezíveis os efeitos colaterais associados a determinados métodos, como a pílula e o DIU, que acarretam custos biológicos e físicos nas trajetórias contraceptivas femininas. Esses aspectos constituem as justificativas comuns para interrupções e mudanças de métodos.

Em contraposição, uma gravidez não prevista pode assumir significados positivos, como: aquisição feminina de maior status social em função do valor cultural da maternidade; teste da capacidade reprodutiva³³; demanda de ajuda e/ou atenção dirigida a figuras parentais. Luker (1975) argumenta ainda que gravidez e

³⁰ Cf. Beltzer; Bajos, (2008); Beltzer; Bozon, (2008).

³¹ A dinâmica de custos/benefícios da prática contraceptiva envolve ainda outros aspectos. Por exemplo, há que se considerar a possibilidade do par conjugal começar a correr riscos (de engravidar) de forma reiterada, após longo período de contracepção efetiva. No decorrer de um relacionamento, um ou ambos os parceiros podem sentir necessidade de afirmar espontaneidade e romance, ou de demonstrar claramente até que ponto estão ou não comprometidos. Uma gravidez poderia funcionar então como meio de atualização/reafirmção do vínculo amoroso.

³² Texto no original: "The larger social and cultural meanings that society assigns to sexuality can often make the use of contraception seem costly in the short run. When using a contraceptive socially proclaims the user to be a sexually active woman, a 'cold-blooded' planner, a hard-eyed realist with no romance in her soul, and a woman who is perhaps too sexually active to be a 'lady', it is not surprising that women often prefer to avoid contraception rather than run the risk of having to deal with unpleasant 'social halos'" (LUKER, 1975, P. 51).

³³ Luker observou que, após longo período de prática contraceptiva consistente, há certo relaxamento e uma gravidez pode sobrevir, em função do anseio feminino de saber se é capaz ou não de engravidar. Em suas palavras: "fertilidade é como dinheiro no banco: é bom saber que ele está lá, mesmo se não tem planos imediatos de uso" (p.69). Simone Bateman Novaes (1979-1980) também sinaliza que o surgimento de dúvida

conjugalidade estariam associadas: os riscos contraceptivos (“contraceptive risk-taking”) seriam aumentados, face à possibilidade de constituição do par conjugal (maternidade englobada pela conjugalidade)³⁴. Assim, correr o risco de engravidar pode ser uma prova de feminilidade, um meio de elaboração identitária e de valorização de si, prova da fertilidade, oportunidade para diferentes interações, seja com um parceiro sexual ou outras pessoas, como os pais³⁵.

Todavia, nenhum fator isolado conta com um potencial suficiente para engendrar contextos de risco contraceptivo. Os benefícios da gravidez estão, em geral, interconectados com os custos da contracepção e vice-versa (LUKER, 1975, p. 77). O processo passível de resultar em uma “gravidez não prevista” contém uma série de decisões conjunturais, nas quais as mulheres atribuem valores a certas alternativas e planejam seu comportamento. Os indivíduos percebem as opções, atribuem valores às várias possibilidades, escolhem uma em detrimento de outras, em dado momento e, então, atuam segundo tal escolha. Contudo, a autora adverte que o uso da palavra racional para descrever o processo de tomada de decisão de correr o risco contraceptivo não significa que as escolhas sejam necessariamente explícitas ou articuladas, em um plano totalmente consciente (LUKER, 1975). Os contextos de risco contraceptivo são caracterizados por uma ponderação em que, não raro, é atribuído baixo valor ou restrita probabilidade de ocorrência à gravidez.

Luker (1975) considera que todas as mulheres terão passado por pelo menos uma situação de risco contraceptivo, ao longo de suas trajetórias. Diferentes situações sociais ensejam contabilidades distintas de custo/benefício contraceptivo. Na avaliação dos prós e contras da gravidez e da contracepção, não há pessoas bem ou mal sucedidas. Há um processo de tomada de decisão de correr riscos que todas as mulheres vivenciam, mas nem sempre a resultante é uma “gravidez indesejada”.

O mérito de Luker (1975), a meu ver, é complexificar a abordagem da equação idealizada de que informação e acesso adequados conduziriam necessariamente para a diminuição ou, até, da inexistência de gravidez imprevista³⁶.

quanto à capacidade de procriar pode se tornar um peso para a prática contraceptiva das mulheres, constituindo-se em um dos cenários possíveis de ocorrência de gravidez. Cf. também Le Van, 1998.

³⁴ Embora Luker (1975) esteja se referindo a mulheres adultas na metade da década de 70, é preciso enfatizar que a ideia de que há relaxamento das regras contraceptivas diante da possibilidade de constituição de um par conjugal (seja em comum acordo com o parceiro ou por decisão da moça) é um dos argumentos frequentemente arrolados na atualidade para a situação de gravidez na adolescência.

³⁵ Cf. Le Van, 1998; Luker, 1996; Vilar; Gaspar, 1999.

³⁶ Como bem assinala Peretti-Watel (2010), risco zero não existe.

A autora rompe com este modelo, argumentando em termos de níveis diferenciados e de elementos difusos no contexto da contracepção. Todavia, é possível argumentar que sua análise acaba deslizando para certo racionalismo do sujeito quando trata da reincidência de gestações imprevistas. Ela propõe que o processo de decisão que conduz à tomada de risco pode permanecer obscuro nas trajetórias femininas. Defende que mulheres e profissionais de saúde precisam descortinar todos os elementos constituintes dos riscos contraceptivos, por considerar que a compreensão de tais processos, a princípio, evitaria a ocorrência de (outras) gestações não previstas³⁷.

1.2 Contracepção e contexto relacional

Uma considerável produção da literatura francesa posiciona-se contra a abordagem individualista da contracepção³⁸. O exame das práticas e representações sociais em torno da sexualidade, da reprodução e das relações de gênero é o foco para compreender a complexa lógica subjacente, nomeada de prática contraceptiva. Argumenta-se que a gestão ou o controle da fecundidade ocorre no entroncamento de diversas normas sociais, devendo ser analisada segundo distintos níveis, para que seja possível o entendimento da maneira como as mulheres gerenciam normas eventualmente contraditórias (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002, p. 35). O foco sai da agência feminina para a ideia de campo de possibilidades.

Bajos et al. (2002) advogam que o contexto francês expressa a passagem de um modelo no qual a maternidade era “suportada”, para um modelo em que a maternidade passa a ser “voluntária” e, teoricamente, controlada. Tal mudança foi possível pela instituição de uma “norma contraceptiva”. O surgimento da contracepção moderna, com o advento dos anticoncepcionais orais, permitiu a montagem de um novo cenário em que o nascimento de uma criança deve estar

³⁷ Cf. Bateman-Novaes (1982b) para uma problematização sobre o tema da reincidência de gravidez imprevista e aborto.

³⁸ Este processo não está livre de contradições. Como é possível, no seio de uma cultura erigida em torno do individualismo com um forte movimento feminista, que nos anos de 1970 tem como lema “nosso corpo nos pertence”, orquestrar-se uma norma que dita o comportamento contraceptivo de modo tão estrito? Este é o foco da análise empreendida por Bajos et al. (2002), qual seja, o de demonstrar que apesar dos avanços do igualitarismo, em inúmeras searas espocam resíduos de hierarquia (HEILBORN, 2004), reatualizando-se as assimetrias de gênero.

vinculado ao momento em que seus pais a desejam. A norma contraceptiva caracteriza-se assim pela ampla difusão de métodos teoricamente eficazes de contracepção, em que a banalização do uso da pílula é um de seus corolários, e pelo estrito planejamento da prole.

O processo político e sócio-histórico na França que enseja tais mudanças tem como atores centrais não só o movimento feminista, mas também o corpo médico na constituição, difusão e consolidação da norma contraceptiva; as mulheres que não usam contraceptivos modernos e não desejam ficar grávidas passam a ser 'desviantes'. Este modelo ideal e hegemônico também prescreve métodos contraceptivos para cada fase da trajetória sexual. Com a epidemia de HIV/AIDS, incorporou-se o uso do preservativo no início dos relacionamentos afetivo-sexuais; passa-se a utilizar a pílula tão logo a relação se estabilize. O término da carreira reprodutiva é caracterizado pela utilização do DIU, assim que o número de filhos desejados é alcançado. O Brasil apresenta um panorama distinto, com amplo recurso à esterilização feminina como método contraceptivo final – discussão abordada adiante³⁹.

No cenário francês, o recurso ao aborto pode aparecer como uma estratégia feminina de retorno à “normalidade” e adequação à “norma procriativa” (BAJOS; FERRAND, 2006; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985), sobretudo se a gravidez ocorre no início ou no final do ciclo reprodutivo (SIHVO et al., 2003)⁴⁰. Ferrand (2008) argumenta que o aborto, legalizado na França desde 1975, não gerou uma queda na taxa de fecundidade do país e tampouco foi banalizado. Ele não substituiu a contracepção e as mulheres continuam a considerá-lo como último recurso. A autora afirma que a maternidade permanece preponderantemente pensada e vivida no quadro da conjugalidade, e que as mulheres não desejam ter filhos sozinhas. Portanto, a contracepção mantém estreito vínculo com modelos de família e conjugalidade vigentes na França⁴¹.

³⁹ O aborto é permitido na França e integra a norma contraceptiva vigente. No Brasil, diferentemente, este recurso é criminalizado, ainda que seja cogitado e/ou praticado.

⁴⁰ Com o objetivo de investigar o aborto na trajetória feminina, um grupo de pesquisadores do INSERM (Instituto Nacional de Saúde e Pesquisas Médicas) e do INED (Instituto Nacional de Estudos Demográficos) desenvolveu um estudo em duas etapas. A primeira, qualitativa (pesquisa GINE), foi realizada em 1999 e 2000, com entrevistas biográficas com 80 mulheres que haviam tido uma gravidez não planejada nos últimos cinco anos. Em seguida, de 2002 a 2005, realizou-se um inquérito, com aplicação de questionário a sete mil mulheres por telefone, sobre o itinerário contraceptivo e reprodutivo. A pesquisa se deteve em três grandes eixos de análise: (a) acesso à contracepção e às falhas contraceptivas; (b) processos de decisão diante de uma gravidez não prevista; (c) eventuais desigualdades de acesso aos cuidados, nos casos de aborto.

⁴¹ Cf. também Bateman-Novaes, 1979-1980; 1982a; 1985.

Essa literatura sublinha as dificuldades das mulheres de praticar uma contracepção cotidiana ao longo de toda a vida – mesmo em uma sociedade com uma norma contraceptiva prescrita, consolidada e internalizada. Argumenta-se que, se por um lado, o ato sexual está dissociado de suas consequências reprodutivas, por outro lado o recurso à contracepção e a gestão da prática contraceptiva permanecem ligadas às representações dos indivíduos sobre sexualidade (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002, p. 42) – argumento que as aproxima de algumas reflexões empreendidas por Luker (1975) 30 anos antes.

Além disso, nem todas as mulheres possuem uma situação de domínio ou de plena gestão de suas vidas. O posicionamento em relação à norma contraceptiva depende da inserção social, da fase da trajetória de vida e do contexto relacional que vivenciam. As autoras criticam de forma veemente as perspectivas que buscam delinear os perfis das mulheres em risco de engravidar sem planejamento, postulando que se trata, de fato, de buscar entendimento acerca dos momentos de vulnerabilidade aos quais as mulheres estão submetidas (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002), e nos quais uma gestação pode sobrevir. Em suma, os eventos reprodutivos devem ser compreendidos segundo um determinado contexto social e relacional.

Dessa forma, a gravidez imprevista pode ser uma consequência direta da dinâmica relacional: as mulheres correriam riscos, não por serem irracionais, mas por haver uma racionalidade intrínseca aos relacionamentos. E, mais do que estarem submetidas a constrangimentos culturais e determinações sociais, é preciso considerar as experiências relacionais concretas vividas pelas mulheres para compreensão das gestações não previstas. Correr riscos remete a uma dimensão relacional (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002, p. 43). Sob o ponto de vista sanitário, este risco seria classificado como irracional, ininteligível, enquanto sob a ótica sociológica tal risco pode ter sentido, racionalidade e envolver benefícios, sendo fundamental considerar a mediação biográfica, das experiências concretas das escolhas dos indivíduos.

Em suma, as reflexões de Luker (1975) e a literatura sociológica francesa (BAJOS et al., 2002; BAJOS; FERRAND, 2006; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985) sobre o tema da contracepção oferecem interpretações alternativas para o entendimento das gestações imprevistas, problematizando a equação ideal e redutora de que estas seriam resultantes ora da falta de informação e/ou acesso

adequado aos métodos contraceptivos, ora reflexo da restrita racionalidade e/ou responsabilidade dos sujeitos em relação à vida contraceptiva. Ambas as vertentes produzem fendas na matriz interpretativa, seja pela defesa da racionalidade das ações e introdução do aspecto de agência individual, seja pela ponderação das assimetrias de gênero e das mediações biográficas e contextuais subjacentes aos processos que engendram um evento reprodutivo. Essas análises introduzem a perspectiva do exercício da sexualidade e sua conexão com a gestão da vida contraceptiva.

Compreender as diversas dimensões da vida imbricadas na prática contraceptiva, sobretudo seu entranhamento com as diferenças de gênero e a sexualidade é um dos intentos desta tese. No contexto brasileiro é fundamental investigar a esterilização, por se tratar de um método de relevância na dinâmica da gestão da fecundidade, em especial entre os segmentos menos favorecidos da população. Assim, a presente tese também aborda o tema da esterilização como parte das discussões sobre as injunções entre contracepção e sexualidade.

1.3 Esterilização como método de contracepção

A esterilização com finalidade contraceptiva é o meio de regulação da fecundidade mais utilizado em todo o mundo: em média, ela concerne a um em cada cinco casais em idade reprodutiva, podendo alcançar um terço do total de casais, em certas localidades (GIAMI; LERIDON, 2000, p. 2). Em alguns países este método permanece inacessível, enquanto em outros integra o conjunto de técnicas oferecidas por políticas oficiais de planejamento reprodutivo. De modo geral, a esterilização se apresenta como um procedimento preferencial para aqueles que consideram possuir o número desejado de filhos ou que não querem mais tê-los⁴².

Não há consenso na literatura sobre a abordagem da esterilização como método anticoncepcional (BATEMAN-NOVAES, 2000; 2007; GIAMI; LERIDON, 2000; PIROTTA; SCHOR, 1998). Para alguns ela é excluída do conjunto de meios para regulação da fecundidade, sendo considerados somente aqueles com caráter

⁴² O número de filhos tidos não necessariamente corresponde ao ideal desejado. Essa discussão será abordada no capítulo 4.

de suspensão temporária ou de reversibilidade da fertilidade. Para outros, a esterilização compõe o rol de métodos para lidar com a reprodução e controlar se, *quanto e quando* ter filho.

Decerto, a esterilização não é uma forma de contracepção como as demais. Ela implica a supressão definitiva da capacidade de procriar, enquanto os outros métodos o fazem de modo pontual ou temporário. Ainda que seja possível se referir à reversibilidade da laqueadura ou da vasectomia, tais procedimentos são delicados, complexos e não há garantias de sua consecução. Trata-se, portanto, não somente de um modo de contracepção, mas de um método que importa no encerramento, quase sempre definitivo, da potencialidade reprodutiva.

O termo esterilização contraceptiva é aqui adotado no sentido de um procedimento específico, com o objetivo de alcançar um estado de infecundidade definitiva. Tal designação é preferível ao termo esterilização voluntária, tendo em vista que nem sempre essas expressões guardam o mesmo significado em diferentes situações. Por exemplo, há casos em que a esterilização feminina é realizada por indicação terapêutica, para prevenir futuros agravos à saúde da mulher, resultantes de novas gestações. Trata-se de uma situação ambígua, na qual um procedimento tanto pode ser usado para fins preventivos quanto terapêuticos⁴³. A ressalva faz-se necessária para diferenciar os contextos aqui examinados, em comparação com procedimentos compulsórios, de cunho eugenista⁴⁴.

Ressalta-se uma característica que permanece na história da esterilização: sua estreita ligação com a sexualidade. A esterilização estava inserida em contexto moral e político, no qual a prática sexual deveria ser neutralizada (como nos casos de castração), seja por ser considerada desviante ou como um problema. Por intermédio desse procedimento, deficientes físicos ou mentais eram impedidos de gerar descendentes. Inicialmente utilizada com finalidade eugenista, na atualidade a esterilização se situa no âmbito dos direitos individuais, de administração da

⁴³ O termo “esterilização cirúrgica” também já não satisfaz todas as condições em que um estado de infecundidade é obtido, pois já existe no mercado biomédico a possibilidade de atingir um estado de contracepção permanente e irreversível sem recurso a procedimentos cirúrgicos. Esta, por exemplo, é a ideia veiculada pela propaganda do “essure” – procedimento de esterilização permanente, desenvolvido pela Conceptus Inc. e aprovado para uso nos Estados Unidos em 2002. Ele promete ser um método “sem cortes, cauterização ou cicatrizes, sem anestesia geral, sem hormônios, com riscos mínimos”, levando “apenas dez minutos para ser realizado”. Trata-se de “microimplantes macios e flexíveis” inseridos “pelas vias naturais do corpo (vagina, colo do útero e útero) até as trompas de falópio”; durante algumas semanas o “corpo e os microimplantes trabalham juntos para formar uma barreira natural que impede que o esperma alcance o óvulo”. Cf. <http://essure.com.pt/>, acessado em 10 de março de 2010.

⁴⁴ A história da esterilização, sobretudo a feminina, é marcada por períodos com forte cunho eugenista, principalmente nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, até a Segunda Guerra Mundial (cf. ERLICH,

fecundidade, contexto em que a prática sexual é considerada como condição para satisfação do indivíduo. Assim, o vínculo entre sexualidade e esterilização é mais explícito, quando a decisão é totalmente voluntária.

As distintas formas de classificar a esterilização sinalizam a multiplicidade de modos de categorizar os métodos contraceptivos. Por exemplo, se o critério privilegiado é o desenvolvimento histórico das técnicas de controle da reprodução, é possível distinguir entre meios tradicionais e modernos. Esta perspectiva evidencia duas noções relevantes: eficácia (que, por sua vez, remete à ideia de probabilidade estatística) e medicalização. Os métodos modernos são frequentemente utilizados como sinônimos de maior eficácia, e geralmente demandam alguma intervenção médica. Pode-se também adotar a rubrica reversível *versus* não reversível, salientada pela esterilização. Acrescente-se que ainda é possível efetuar uma diferença entre os procedimentos, de acordo com o sexo daquele que o utiliza ou de quem detém seu controle (métodos femininos ou masculinos)⁴⁵.

A importante transformação produzida pelo advento da pílula anticoncepcional, com maior possibilidade de controle da reprodução, passou a ser o padrão segundo o qual os demais métodos são comparados. Desde então, a pílula e os outros recursos hormonais tendem a ser tidos como altamente eficazes (ou mais eficazes), enquanto os demais teriam maiores taxas de falha ou insucesso⁴⁶.

2000; HEMMINKI et al., 1997; JÜTTE, 2008; LENNERHED, 1997; SCHOEN, 2005).

⁴⁵ Spencer (1999) problematiza a identificação dos métodos a partir de tal designação. Ela discute sobretudo a ideia do preservativo como método masculino. A autora recupera a classificação proposta por Diller e Hembree, em trabalho datado de 1977, no qual os autores propõem a distinção entre a pessoa que inicia o método (“male-female initiated”), a pessoa sobre a qual a fisiologia do método deve agir (“male-female directed”) e aquela que deve dar seu consentimento, para o sucesso do método (“male-female complied”). Utilizando seu exemplo: os espermicidas seriam um método “feminino”, em termos de consentimento, mas “masculino”, quanto à sua ação fisiológica. Quanto ao preservativo, ele pode ser comprado, proposto ou colocado pela mulher, pelo homem ou por ambos os parceiros (SPENCER, 1999, p. 32).

⁴⁶ Carvalho e Schor (2005) apresentam a taxa de falha dos métodos contraceptivos, baseada em documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro. São descritos os seguintes valores para insucesso dos métodos contraceptivos (taxa expressa em número de gravidez por 100 mulheres no primeiro ano de uso):

Método	Taxa de falha
Tabela (Ogino Knaus)	9 a 20
Billings	3 a 20
Preservativo masculino	3 a 14
Preservativo feminino	1,6 a 21
Diafragma	2,1 a 20
Espermicidas	6 a 26
Pílulas combinadas	0,1 a 6-8
Pílula estrogênio puro + lactação	0,5 a 1
Injetáveis trimestrais	0,3
Injetáveis mensais combinados	0,1 a 0,6
Vasectomia	0,1 a 0,15
Laqueadura tubária	0,5

Ressalta-se, contudo, que há diferentes critérios de escolha da contracepção, e que nem sempre a perspectiva do usuário coincide com a tônica dominante.

A lógica médico-sanitária tende a valorizar o critério de eficácia do método. Conforme dito, esta concepção tende a hierarquizar os diferentes métodos, segundo suas taxas de insucesso. Entretanto, a noção de eficácia de recursos contraceptivos pode ser relativizada, pois ela não só remete ao aspecto da probabilidade estatística do sucesso/fracasso (eficácia teórica mensurada em condições artificiais), como também à experiência pessoal dos indivíduos com cada método (eficácia prática). Portanto, é possível optar pelo uso de um método contraceptivo estatisticamente pouco eficaz, que se revela muito satisfatório na trajetória contraceptiva pessoal⁴⁷. Exemplificando: os métodos tradicionais são geralmente retratados como possuidores de menor eficácia prática. Entretanto, alguns estudos evidenciam sua expressiva eficácia, quando utilizados por casais que declaram não desejar gravidez, e não passam por situações decorrentes de falha do método (BAJOS et al, 2002). Outros autores argumentam que indivíduos ambivalentes quanto ao desejo de gravidez tenderiam a usar métodos associados ao ato sexual (também tidos como estatisticamente menos eficazes), pois favoreceriam a expressão dessa ambivalência (BAJOS et al., 2002; HIGGINS; HIRSCH; TRUSSELL, 2008; ORTAYLI, 2005).

Bateman-Novaes (1979-1980; 1982a; 1982b; 2007) aponta que o critério de eficácia não é a única referência a presidir a opção por um método contraceptivo no plano individual⁴⁸. A escolha pode ser motivada pelo favorecimento ou não do prazer nas relações sexuais – seja pela conexão com a espontaneidade no ato sexual, quando é descartada a interrupção das práticas para o uso de um método, seja pela ideia de total disponibilidade para o sexo, em que a abstinência periódica não constitui uma opção. Assim, uma sexualidade sem entraves consistira em critério relevante de escolha do método de contracepção⁴⁹.

⁴⁷ A literatura epidemiológica efetua uma distinção entre os termos eficácia, eficiência e efetividade. Segue uma definição possível: “Eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano. Eficiência implica uma análise da relação custos e consequências, podendo ser medida sob condições próximas do ideal ou na prática diária (...) refere-se aos efeitos alcançados em relação ao esforço empreendido, em termos de custos, recursos e tempo que foram gastos para alcançá-los.” (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2002, p.365).

⁴⁸ Simone Bateman [Novaes] (1979-1980; 1982a; 1982b; 1985) entrevistou 70 de mulheres na França, em fins da década de 1970, que demandavam a interrupção da gestação.

⁴⁹ Higgins e Hirsch (2008, p. 1803) empreenderam um estudo qualitativo com 24 mulheres e 12 homens (Atlanta, Estados Unidos), com o propósito de discutir em que medida a contracepção afeta o prazer sexual e vice-versa,

A avaliação em torno da pessoa que assume a responsabilidade da contracepção se configura como mais um aspecto essencial na tomada de decisão sobre o tipo de método a ser utilizado. Ainda que seja corrente a representação de que a responsabilidade das questões contraceptivas e reprodutivas é feminina, há mulheres, homens ou casais, para os quais a autonomia da vida reprodutiva é um tema importante. De acordo com essa perspectiva, o uso do preservativo masculino ou do coito interrompido poderia sinalizar maior agenciamento masculino sobre o controle da reprodução, enquanto a pílula anticoncepcional ou o diafragma estariam remetidos ao protagonismo feminino nessa esfera. Bateman-Novaes (1979-1980; 1982a) considera que, nos casos em que a contracepção é assegurada por quem não detém a responsabilidade direta do uso do método, ele/a pode participar do cenário, ocupando-se das providências necessárias. Cita-se como exemplo as situações em que o parceiro compra o contraceptivo para a mulher ou fornece o dinheiro para sua aquisição, o que é frequentemente reportado por estudos qualitativos sobre contracepção no Brasil (CABRAL, 2003; CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2000).

A necessidade de controle médico ou não, e de acompanhamento especializado periódico, também pode influenciar os critérios de escolha do método contraceptivo. Para algumas mulheres, o seguimento pode adquirir uma conotação negativa, sobretudo no caso de situações nas quais o acesso aos dispositivos institucionais de saúde é difícil – seja em função de constrangimentos econômicos, sociais ou por outras razões. Conforme será visto adiante, este elemento está presente em parte dos discursos que revelam, no contexto brasileiro, forte rejeição ao DIU, o aprendizado do uso da pílula com amigas e a obtenção do contraceptivo diretamente em balcão de farmácia ou, ainda, a opção pela esterilização, que encerraria um ciclo de dependência da mulher com os serviços de saúde. Bateman-Novaes (2007) indica que o binômio passividade vs. atividade é outro aspecto que circunscreve o uso de método contraceptivo, em que a possibilidade da iniciativa permite ao sujeito uma postura ativa (tomar a pílula, usar a camisinha, colocar o diafragma) ou, ao contrário, não implica qualquer gesto particular. Por fim, os

e como tais fatores interferem na escolha e uso de método contraceptivo. Afirmam que a noção de prazer é polissêmica e comporta diversos aspectos, sendo a dimensão física (prazer físico) apenas um, dentre outros. Eles sustentam que o prazer consiste em relevante critério ("pleasure matters"), e que as formas de prazer que os sujeitos buscam e as práticas contraceptivas estão conectadas (busca por prazer físico, espontaneidade, proximidade/intimidade, segurança, etc.). Por fim, os autores indicam a existência de uma interseção entre a dimensão do prazer e as condicionantes sociais: gênero e classe social são importantes esferas que modulam as

métodos contraceptivos podem ser classificados de acordo com a concepção de natural ou artificial. Bateman-Novaes (1979-1980; 1982a; 2007) pondera que tal percepção varia bastante, mas a ideia central que motiva a escolha segundo esse tipo de critério é que não se deve impor ao corpo um método que altere seu funcionamento ou sua integridade⁵⁰. Nas palavras da autora:

Se a pílula é o método de predileção daquelas de desejam maior eficácia ou disponibilidade total nas relações sexuais, ela é a antítese para aquelas que querem um meio de contracepção “natural” ou daquelas que tentam evitar os consultórios médicos. O diafragma e os preservativos, mal vistos por aqueles que desejam a espontaneidade do ato sexual, são valorizados por aqueles que reivindicam autonomia na relação. (BATEMAN-NOVAES, 2007, p. 216).⁵¹

A diversidade de atitudes ou de preferências pelos métodos indica que o uso da contracepção significa muito mais do que o desejo de evitar gestações. O comportamento contraceptivo se refere a escolhas de mulheres ou de homens, concernentes à vida sexual. Ao focar as trajetórias femininas, Bateman-Novaes (1979-1980) argumenta que “não querer ter um filho” não consiste em motivação suficiente para a escolha e uso de determinado recurso contraceptivo. Nesse cenário incorrem outros fatores, como: se ela deseja ter relações sexuais e com que frequência; a auto-imagem da mulher (autônoma, ativa, passiva, disponível para o sexo, etc.); o tipo de relacionamento em que está inserida, seu meio social e a indicação da instituição médica.

Em certa medida, esta argumentação se aproxima das reflexões de Luker (1975) acerca dos custos e benefícios da contracepção e da reprodução⁵². O comportamento contraceptivo diz respeito não apenas ao controle da fecundidade; possui significados sociais e culturais, associados ao que a autora designa como objetivos difusos (“diffused goals”). Em outras palavras, lógicas e racionalidades diversas se apresentam na contracepção. Tais perspectivas não se restringem ao objetivo de evitar uma gravidez e a escolha do método não é pautada somente por um critério. Portanto, a contracepção está entranhada em um conjunto de relações sociais (BATEMAN-NOVAES, 1979-1980).

preferências sexuais e contraceptivas. Ver também: Higgins e Hirsch, 2007.

⁵⁰ Bajos et al. (2002, p. 37) apontam que este argumento é cada vez mais acionado no contexto francês, pelas gerações mais jovens, para justificar a rejeição ao uso da pílula anticoncepcional.

⁵¹ Texto no original: « Ainsi, si la pilule est la méthode de prédilection de celles qui souhaitent la plus grande efficacité ou la disponibilité totale dans les relations sexuelles, elle est la hantise de celles que veulent un moyen de contraception « naturel » ou de celles qui cherchent à éviter le cabinet médical. Le diaphragme et les préservatifs, mal vu de ceux qui souhaitent la spontanéité de l'acte sexuel, sont valorisés par ceux qui revendiquent l'autonomie dans leur relation » (BATEMAN-NOVAES, 2007, p. 216).

⁵² Cf. também: HIGGINS; HIRSCH; TRUSSELL, 2008.

A prática contraceptiva e a seleção de um recurso específico constituem o produto de uma pluralidade de fatores interconectados. Neles estão imiscuídos elementos da trajetória individual; determinantes sociais e culturais; políticas públicas que incidem de forma mais ou menos direta sobre a regulação da fecundidade (por exemplo, acesso e tipos de métodos disponibilizados à população, políticas explícitas de controle de natalidade, como na China), dentre outros. Assim, vários são os fatores que conformam determinado perfil contraceptivo com que os países são retratados, e diversos são os esforços, na literatura, para dar conta desta dimensão. Muitos textos apresentam os contrastes entre países e/ou regiões do mundo, a partir das taxas de prevalência de uso de métodos, caracterizando-os desta forma (AMORIM; BONIFÁCIO, 2010; AMORIN et al., 2008; CAVENAGHI; ALVES, 2009; SEIBER et al., 2007; UNITED NATIONS, 2009). Sob esta ótica, o Brasil consta como um dos países com as maiores taxas de laqueadura tubária do mundo, sem que este perfil seja produto de uma política governamental específica.

1.4 Esterilização contraceptiva no contexto brasileiro

Apesar da estreita correlação, a socialização para a sexualidade não é acompanhada por uma socialização contraceptiva. Observa-se um descompasso entre estas duas dimensões. Argumento em prol da existência de uma gama de fatores sociais, culturais e estruturais, que incidem sobre a forma diferencial com que homens e mulheres se acercam da contracepção. Questões de gênero atuam sinergicamente nesse cenário, uma vez que a perspectiva da contracepção e a responsabilidade sobre esta é reiteradamente atribuída às mulheres. As consequências dos atos sexuais em termos da fecundidade e seu controle pertencem a um cenário cultural, no qual esses temas são percebidos e representados como assunto feminino (ARILHA, 1998), deixando excluídos os homens (GARCIA, 1998; OUDSHOORN, 1999; 2003)⁵³.

⁵³ Minha dissertação de mestrado está inserida em um conjunto de produções, que enfatizam a necessidade de incorporar o ponto de vista masculino na esfera da reprodução (CABRAL, 2002; Cabral, 2003). Essa perspectiva é devedora do florescimento do tema das masculinidades no âmbito dos estudos de gênero e sexualidade. Essa produção advoga a importância de busca de compreensão dos modos como a construção social do gênero masculino tem impactado a esfera da saúde reprodutiva, da sexualidade, da organização da família, entre outras

O cenário francês é aqui utilizado como contraponto por caracterizar-se pela presença de uma “norma contraceptiva” que organiza a biografia sexual dos sujeitos. A prática contraceptiva generalizada na França não é recente. Em fins do século XVIII, ocorre a chamada primeira transição demográfica, atribuída pelos especialistas à prática do coito interrompido (LERIDON et al., 2002; WALLE, 2005). Neste país, a prevalência de contracepção é considerada bastante alta, com preponderância dos ditos métodos modernos de contracepção, sobretudo da pílula anticoncepcional (LERIDON et al., 2002; RÉGNIER-LOILIER; LERIDON, 2007; ROSSIER et al., 2004). Contudo, o uso da esterilização para fins contraceptivos foi regulamentado na França apenas em julho de 2001. Até então, tal procedimento era considerado um delito (atentado à integridade do corpo humano), passível de sanção penal (BELLIVIER, 2007, p. 902)⁵⁴.

Bajos e colaboradoras (2002) argumentam que o advento da contracepção medicalizada conduziu a uma separação entre as esferas da sexualidade e da reprodução. Prescreve-se o bom momento para a mulher se tornar mãe, em um cenário fortemente modelado pelas referências éticas, conjugais e sociais (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002; BATEMAN-NOVAES, 1982b). À cada etapa da vida afetivo-sexual prescreve-se o uso de um método específico: inicia-se com o preservativo, passa-se para o anticonceptivo oral em relacionamentos estáveis, e o DIU é adotado como meio preferencial para o encerramento da carreira reprodutiva, após a consecução da prole desejada. A constituição desse comportamento típico e ideal é resultante de um processo político e sócio-histórico naquele país. A estreita associação entre o movimento de mulheres com o aparato médico é apontada como relevante aspecto nessa configuração. A aquisição de contraceptivos hormonais é efetuada somente mediante prescrição médica, o que atesta o controle médico sobre esta esfera. As autoras defendem que a norma contraceptiva, por um lado, organiza a vida sexual, enquanto, por outro lado, se apresenta como um fardo para as mulheres (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002; BAJOS; FERRAND, 2006).

No Brasil, o debate recente sobre contracepção está inserido no âmbito das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos. Ênfase é concedida ao

(ARILHA, 1998; 1999; GARCIA, 1998; HEILBORN; CARRARA, 1998; LYRA, 1998; OLIVEIRA, 1998; VALDÉS; OLAVARRÍA, 1998).

⁵⁴ Em um contexto no qual o aborto passou a ser legalizado desde 1975, a regulamentação da esterilização para fins contraceptivos emerge como um elemento que condensa conquistas anteriores, no âmbito dos direitos individuais concernentes à esfera da saúde sexual e reprodutiva. Interessante constatar que, só três décadas após a conquista do direito à contracepção e ao aborto, as mulheres francesas obtêm o direito à esterilização

planejamento familiar⁵⁵, sobretudo no que tange aos aspectos sobre conhecimento e difusão dos métodos contraceptivos, e a responsabilização pela reprodução é tratada como encargo feminino (BRASIL 2004; 2005). Argumentos do tipo “engravidou porque quis”, pois “hoje em dia todos sabem dos métodos para evitar filhos” denotam a atribuição de responsabilidade sobre as mulheres que engravidam, sobretudo as adolescentes e/ou as mais pobres.

O cenário brasileiro, com suas singularidades, propicia a indagação acerca da possibilidade de referência à normatividade nas condutas contraceptivas. A queda da fecundidade no Brasil não é resultado de uma política populacional, com este objetivo (MARTINE, 1996). As aspirações das mulheres, por menor número de filhos, se implantaram de modo informal, com restrita participação dos parceiros. Acrescente-se a existência de uma forma de *bricolage* oferecida pelo sistema de saúde (em suas distintas fases de constituição) e pelo mercado, inclusive com contraceptivos orais de baixo custo e a esterilização feminina (BERQUÓ, 1993; 1999; BOZON, 2005; FONSECA SOBRINHO, 1993). Decerto, há outros elementos que atuaram – e ainda atuam – de forma indireta, na queda rápida das taxas de fecundidade brasileira (SIMÕES, 2006), como a ampliação do acesso à educação feminina, o forte ingresso das mulheres no mercado de trabalho, a divulgação de um modelo de família sem uma prole numerosa pela mídia televisiva nacional, as aspirações de consumo por parte de uma classe média em ascensão social, etc. (VIEIRA, 2003).

Em um estudo clássico na área da demografia, Vilmar Faria (1989) argumenta sobre efeitos não antecipados de quatro políticas públicas brasileiras específicas, não dirigidas ao controle populacional, que influenciaram a queda da fecundidade no país. São elas: crédito direto ao consumidor; telecomunicações e mídia; política de atenção à saúde e processo de medicalização; expansão da previdência social. Outros autores (ALVES, 2006; JANNOTTI, 2002; FONSECA SOBRINHO, 1993) formulam uma periodização do quadro político e institucional do país das últimas cinco décadas, da evolução dos debates sobre população e desenvolvimento e seus efeitos, tanto esperados quanto não previstos, sobre a fecundidade no país. A

como meio de contracepção (BELLIVIER, 2007, p. 902).

⁵⁵ Estudos recentes indicam a importância de substituição do termo “planejamento familiar” por “planejamento reprodutivo”, sobretudo no âmbito das políticas públicas. Ressalta-se que não se trata da proposição de uma simples troca de nomenclatura. De fato, o termo “planejamento reprodutivo” explicita a possibilidade de englobamento de não apenas mulheres e homens em união conjugal, mas também aquelas@s fora de união, com

trajetória do debate político no campo da reprodução se caracteriza por três enfoques principais, que se alternaram na hegemonia das discussões: enfoque sobre o controle demográfico, em torno das políticas de saúde materno-infantil e, por fim, dos direitos sexuais e reprodutivos (GAUTIER, 2002).

Diante da indagação em torno da existência de uma “norma contraceptiva” no Brasil, sobre seus contornos ou de que forma ela organizaria a biografia dos sujeitos, ainda não é possível formular uma resposta. Contudo, ressaltam-se os embates em torno da gravidez na adolescência, por exemplo, que a constituíram como um “problema social” nas duas últimas décadas. A dissonância produzida pelo fenômeno da reprodução juvenil sinaliza a existência de uma temporalidade ideal ou esperada, para a reprodução/parentalidade.

A transição demográfica é um dos elementos acionados com frequência para explicar a constituição de um panorama, no qual a reprodução em idades mais jovens passa a ser um “problema social”. A estrutura etária da população brasileira tem passado por rápidas transformações, a partir da queda da fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer nas últimas décadas. Tradicionalmente, as mais altas taxas de fecundidade (taxa de fecundidade específica por idade) apresentavam-se em mulheres de 25 a 29 anos ou 30 a 34 anos, constituindo-se no chamado padrão tardio de fecundidade. A partir dos anos 80, observa-se um crescimento relativo nas taxas de fecundidade do grupo composto por mulheres de 15 a 19 anos, cujos índices ganham peso, quando comparados ao concomitante decréscimo, que ocorre nas taxas dos demais grupos etários (BERQUÓ, CAVENAGHI, 2005; CAMARANO, 1998). Este deslocamento seria então responsável pelo delineamento de um padrão tipicamente jovem na estrutura da fecundidade por grupos de idade no Brasil, diferentemente do perfil de fecundidade encontrado em países desenvolvidos. Esta tendência é em geral utilizada para compor a imagem de uma “epidemia” de gravidez na adolescência, que estaria assolando os setores mais pobres da população (BOMBA RELÓGIO, 2005; OLIVEIRA, 2005; VIEIRA, 2005). Ainda está em curso o debate acerca das razões da taxa de reprodução entre mulheres mais jovens (15 a 19 anos e 20 a 24 anos) não ter acompanhado a tendência de queda, observada para as demais faixas etárias no país (HEILBORN et al., 2006).

atividade sexual sem parcerias estáveis ou, ainda, daquel@s que se preparam para iniciar a vida sexual (HEILBORN et al. 2006; HEILBORN et al., 2009).

As discussões acerca das taxas de fecundidade mais elevadas entre as mulheres mais pobres e/ou menos escolarizadas também são citadas nesse debate. A reprodução em tais grupos é, de forma semelhante à gravidez na adolescência, retratada como desvio, apesar de uma literatura específica insistir sobre a tendência geral de queda da fecundidade, observada em todas as regiões do país e em todos os níveis de escolaridade (MS, 2008)⁵⁶.

Ainda que não seja possível a referência em termos de uma norma contraceptiva/reprodutiva, parece haver expectativas constituídas em torno do “bom momento” para engravidar e das condições “ideais” para tal. Os dois exemplos mencionados constam da pauta dos discursos políticos que reclamam por programas de planejamento reprodutivo que “controlem” a fecundidade destes grupos. Não é incomum observar, nesses discursos, a atribuição da responsabilidade do tamanho das famílias aos altos índices de pobreza existentes no país (BOMBA RELÓGIO, 2005; OLIVEIRA, 2005; VIEIRA, 2005).

A esterilização feminina é elemento central no debate acerca da regulação da fecundidade no Brasil. Esta técnica é largamente utilizada por todos os grupos sociais, como recurso contraceptivo por excelência (BERQUÓ, 1999). Ressalta-se, contudo, que a esterilização com fins contraceptivos, realizada em unidades hospitalares públicas, somente foi legalizada no país no final da década de 90. Até então, era aceita do ponto de vista jurídico em casos de gravidez de risco e sob indicação médica. As alternativas escassas de métodos contraceptivos reversíveis e a alta prevalência da laqueadura na sociedade brasileira foram alguns dos elementos que levaram Berquó a cunhar o termo “cultura da esterilização”, para designar o processo no qual a realização da laqueadura tubária havia se tornado tão “natural que leva todos os anos coortes de mulheres na idade reprodutiva a encerrarem definitivamente sua capacidade reprodutiva” (BERQUÓ, 1999, p. 124)⁵⁷.

⁵⁶ Nos últimos 40 anos os níveis de fecundidade no Brasil decaem de forma rápida e acentuada (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006; SIMÕES, 2006). O decréscimo ocorre inicialmente nos estados do Centro-Sul do Brasil e, 20 anos depois, nas áreas menos desenvolvidas social e economicamente, como os estados do Norte e Nordeste. A taxa de fecundidade total (TFT), segundo o censo demográfico de 1970, era de 5,76 filhos por mulher, alcançando 2,38 em 2000 (SIMÕES, 2006). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS 2006) apresenta o valor referente a 1,81 filhos por mulher (MS, 2008). Embora menores, permanecem diferenças nas taxas de fecundidade, quando analisadas por região, faixa etária e anos de estudos da mulher (MS, 2008). Os ritmos diferentes de declínio observados segundo região estão fortemente relacionados ao processo de urbanização do país, às mudanças culturais que interferem na regulação da fecundidade, além da difusão e do uso de métodos contraceptivos, dentre eles a esterilização (BERQUÓ, 1993; 1999; MARTINE, 1996).

⁵⁷ Para composição de um quadro histórico da laqueadura tubária no Brasil, conferir Berquó (1993; 1999); Barroso (1984); Caetano (2010); Vieira (2000; 2002), dentre vários outros.

Os resultados da pesquisa sobre demografia e saúde (PNDS), realizada pela BEMFAM em 1996, indicam que sete em cada dez mulheres usavam algum método contraceptivo moderno, e que a esterilização constituía a escolha majoritária. Houve importante aumento na proporção de esterilização, no intervalo de dez anos entre os dois inquéritos realizados, passando de 26,9% na investigação de 1986, para 40% na PNDS de 1996 (SOCIEDADE..., 1997; VIEIRA, 2003). A pílula consistia no segundo método anticonceptivo mais utilizado, com predomínio entre mulheres de 25 a 29 anos; a esterilização era o método prevalente para as faixas de idade subsequentes.

A recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (Ministério da Saúde, 2008) contém dados surpreendentes no que tange o uso atual de contracepção no país. A prevalência da esterilização feminina decresce para o patamar de 21,8%, inclusive entre as mulheres unidas (29,1%). Não se observa tanta variação quanto ao uso da pílula: entre as unidas, o percentual era de 25,2% em 1986, 20,7% em 1996, e 24,7% em 2006. Alterações notáveis são referidas quanto ao uso do preservativo (1,7%, 4,4% e 12,2% para os respectivos períodos) e de esterilização masculina (0,8%, 2,6% e 5,1% respectivamente)⁵⁸ (VIEIRA, 2003; MS, 2008).

Este cenário revela que, embora o uso de métodos contraceptivos modernos seja prevalente entre as mulheres, há diferenças em torno do tipo de método segundo faixa etária, anos de escolaridade e região do país. A pílula e a camisinha são os meios anticonceptivos preponderantes entre as mais jovens. Ainda que a esterilização contraceptiva predomine entre as mais velhas, mais de 50% realizaram tal procedimento antes dos 30 anos de idade. O percentual de esterilização feminina é maior entre as menos escolarizadas⁵⁹ e entre as residentes nas regiões Norte e Nordeste. Declaração sobre camisinha e esterilização masculina está mais presente entre os segmentos sociais mais escolarizados (MS, 2008).

Esses dados podem indicar a permanência da desigualdade de acesso aos métodos contraceptivos, segundo a inserção social – a despeito dos recentes esforços governamentais, em termos de oferta de métodos e incentivo ao

⁵⁸ Na PNDS 2006 foram entrevistadas mulheres entre 15 e 49 anos; os dados sobre vasectomia dizem respeito às respostas sobre os parceiros (MS, 2008).

⁵⁹ Constata-se a mudança de perfil das mulheres que utilizam a esterilização como método contraceptivo: inicialmente, são as mulheres de meios mais abastados que a utilizam em maior proporção; com o tempo, o recurso à esterilização torna-se corrente entre as mulheres de classes menos favorecidas (PIROTTA; SCHOR, 1998).

planejamento reprodutivo. Podem ainda ser reflexo dos modos distintos de se acercar da gestão da sexualidade e da contracepção, de acordo com o capital social e cultural. Há que se considerar os efeitos da bem sucedida política de prevenção de DST/AIDS do governo brasileiro, o que certamente se reflete na elevação dos percentuais de uso de preservativo: bastante superior, por exemplo, entre as não unidas sexualmente ativas do que entre as unidas (26% vs. 12,2%)⁶⁰.

Este quadro também deve ser analisado à luz dos efeitos da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de 1996) e das disposições decorrentes. A esterilização voluntária no Brasil é permitida nas seguintes condições:

Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou, pelo menos, dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. (BRASIL, 1997).

Nesse contexto, apresentam-se algumas indagações relativas a forma com que a Lei do Planejamento Familiar é compreendida e aplicada pelos serviços de saúde. Pode-se supor que o decréscimo da esterilização na última década seja um efeito não previsto da regulamentação efetuada pela Portaria 144 de 1997 (BRASIL, 1997) e da Portaria 048 de 1999 (BRASIL, 1999), que teria restringido o acesso à laqueadura no período. Berquó e Cavenaghi (2003) indicam, a partir do estudo em estabelecimentos públicos de saúde ou conveniados com o SUS, em seis cidades brasileiras, que os serviços de saúde não seguem o disposto pelas portarias ministeriais. Os profissionais de saúde criam regras próprias, que acabam por restringir ainda mais o acesso às esterilizações masculina e feminina do que o disposto pela lei. Por exemplo, a partícula “ou” passa a ser compreendida como “e”; a idade de 25 anos é considerada muito precoce, e alguns serviços impõem “30 anos” como a idade mínima para obtenção do procedimento; não se concede o procedimento a quem não conta com parceiro/a estável, apesar dos critérios acerca da idade ou do número de filhos tidos serem suficientes⁶¹.

⁶⁰ A literatura em saúde pública tende a efetuar uma conexão entre esterilização e DST/AIDS. Argumenta-se que as mulheres esterilizadas seriam mais suscetíveis à infecção por alguma doença sexualmente transmissível, uma vez que, juntamente com o aspecto contraceptivo (que deixaria de ser uma questão), elas também colocariam de lado os cuidados preventivos quanto às DST/AIDS. Este é um tipo de discurso que contribui para a não percepção da esterilização como um direito, seja ela feminina ou masculina. Para uma problematização e complexificação deste debate, ver Barbosa e Villela, 1995.

⁶¹ Sobre o debate em torno do acesso à esterilização, ver: CARVALHO et al., 2007; LUIZ; CITELI, 2000; POTTER et al., 2003; VIEIRA; SOUZA, 2009.

Embora não integre o conjunto de objetivos desta tese, nem se trate aqui de resolver as seguintes questões, algumas perguntas se impõem, em face do cenário de aumento do número de vasectomias e da queda dos percentuais de laqueadura: haveria um menor acesso à laqueadura? Estaríamos diante de mudanças nas práticas contraceptivas?

A oscilação da prevalência da laqueadura, observada nas três pesquisas sobre demografia e saúde, realizadas no Brasil (1986, 1996, 2006), mereceu um estudo por Caetano (2010). O autor analisa a influência nas informações de idade, período e coorte, sobre a probabilidade de esterilização no período de ascensão e queda do emprego desse método contraceptivo. Ele acredita ser prematuro considerar o decréscimo da prevalência da laqueadura tubária como reflexo de “alguma mudança estrutural”⁶². Caetano (2010) arrola alguns fatores: primeiro, as chances de laqueadura tubária para as mulheres de 15 a 44 anos, unidas e com pelo menos dois filhos nascidos vivos são significativamente superiores em 2006; segundo, uma proporção significativa das mulheres entrevistadas em 2006 ainda não possuía idade com maior probabilidade de ter o segundo filho (e a laqueadura é em grande medida efetuada após o segundo filho, no mínimo), ou já havia passado por esses eventos, antes das mudanças introduzidas pela lei do planejamento familiar.

Caetano (2010) reconhece a ocorrência de uma “descontração do mix contraceptivo brasileiro”, em que o aumento da vasectomia é um exemplo, mas é cauteloso quanto a afirmar a existência de mudanças estruturais, a partir da observação de uma medida de período (prevalência da laqueadura tubária em um dado momento). Argumenta que “há que se levar em conta a composição etária e a estrutura de coortes, além de se estabelecer uma população de maior exposição ao evento de interesse” (CAETANO, 2010, p. 15), para que seja possível uma conclusão em torno de tais oscilações.

A despeito da queda observada na última PNDS 2006, cabe observar que o Brasil ainda conta com taxas altas de esterilização feminina, em comparação com outros contextos nacionais⁶³. Dados sintéticos por regiões do mundo e alguns países selecionados podem ser observados no quadro abaixo.

⁶² Seria possível também aventar a hipótese de alteração da preferência feminina e escolha por outros métodos contraceptivos; mudança nas relações entre os gêneros e maior participação masculina no controle da reprodução; restrição do acesso ao procedimento definitivo nos serviços de saúde; dentre outros.

⁶³ Cf. CAVENAGHI; ALVES, 2009; CENEP/UNFPA, 2008.

Tabela 1: Percentual de mulheres casadas ou unidas em idade reprodutiva em uso de contracepção, segundo regiões do mundo e/ou países selecionados

LOCAL	Ano	Prevalência de contracepção			
		Qualquer método	Somente métodos modernos ⁶⁴	Esterilização	
				Feminina	Masculina
MUNDO	2007	62.9	56.1	20.3	2.8
África	2007	28.0	21.9	1.5	0.0
Ásia	2007	67.0	61.1	25.2	3.1
China	2001	86.9	86.2	33.1	6.9
Japão	2005	54.3	44.4	1.5	0.4
Europa	2007	70.5	56.3	3.8	2.6
Leste Europeu	2007	71.7	48.6	1.9	1.0
Europa Ocidental	2007	69.9	68.9	5.5	1.6
América Latina e Caribe	2007	71.7	64.3	29.5	1.3
Caribe	2007	62.3	57.7	22.8	0.5
América Central	2007	68.4	63.3	33.9	0.8
América do Sul	2007	73.9	65.4	28.4	1.6
Brasil ⁽⁶⁵⁾	1996	76.7	70.3	40.1	2.6
	2004/0				
Colômbia	5	78.2	67.6	31.2	1.8
Paraguai	2008	79.4	70.1	9.9	0.1
Uruguai	2004	77.0	75.0	5.5	0.4
América do Norte	2007	72.9	68.5	20.1	11.0
Canadá	2002	74.0	72.0	11.0	22.0
Estados Unidos	2002	72.8	68.1	21.2	9.7
Oceania	2007	58.6	52.5	12.1	9.9
Austrália/Nova Zelândia	2007	71.7	65.6	14.2	13.5
Melanésia/Micronésia/Polinésia	2007	27.2	21.0	7.6	0.3

Fonte: United Nations, World Contraceptive Use 2009.

⁶⁴ No referido documento (UN, 2009) são apresentados como métodos modernos: esterilização (feminina ou masculina), pílula, implantes hormonais, injetáveis, DIU, preservativo (*condom*), diafragma e demais métodos de barreira vaginal, contracepção de emergência, preservativo feminino. Os principais recursos tradicionais arrolados são: tabela (abstinência periódica), coito interrompido, amamentação, ducha vaginal.

⁶⁵ Relembrando que o dado mais recente, aportado pela PNDS 2006, corresponde a 29,1% de esterilização entre mulheres unidas (MS, 2008).

Determinados argumentos são recorrentes na literatura sobre esterilização quando se trata dos motivos que conduziriam as mulheres à opção pela laqueadura: alta eficácia do método; dificuldades de acesso contínuo à pílula, de adaptação ao método em uso, em especial a pílula e, em menor proporção, ao DIU; problemas na negociação do preservativo com o parceiro; interdição legal do aborto; questões de saúde; entre outros (BERQUÓ, 1999; CARVALHO; SCHOR, 2005; MINELLA, 1998; VIEIRA et al., 2005). Quanto aos homens, entre os principais motivos arrolados na escolha pela vasectomia está a não adaptação da parceira aos métodos femininos de anticoncepção. Diante da cogitação da esterilização, a escolha pela vasectomia ganha força, em face do argumento tecnológico acerca do procedimento: menos invasivo que o feminino, mais barato e de recuperação pós-cirúrgica mais rápida (BARONE et al., 2004; MARCHI et al., 2003; MILLER; SHAIN; PASTA, 1991; MUMFORD, 1983; VIVEROS, 2009; VIVEROS et al., 1998). Cabe salientar uma sutil diferença de foco nas abordagens sobre esterilização feminina e masculina. Quando se trata da laqueadura tubária, a ênfase incide sobre as mulheres, suas dificuldades com a contracepção e, raras vezes, a possibilidade de domínio feminino sobre seu corpo. No entanto, quando o tema é vasectomia, a literatura traz a dimensão da conjugalidade e aborda o aspecto relacional da contracepção.

Apesar de extensa literatura sobre esterilização, sobretudo a feminina, e dos perfis dos sujeitos que se submetem ao seu uso, é raro o exame dos processos de negociação e de decisão em torno da adoção do procedimento. Não costumam ser abordados outros atores envolvidos que não as próprias mulheres. Faz-se necessário contemplar suas redes de relações, os recursos acionados e as justificativas nativas. Trata-se de um momento específico do percurso contraceptivo – seu encerramento. É possível descrever e compreender, sob a ótica dos sujeitos sociais, como são construídas as conexões entre sexualidade, reprodução e contracepção, de maneira a configurar a opção pelo encerramento antecipado da potencialidade reprodutiva, tanto de homens quanto de mulheres. É lícito questionar se a esterilização seria a via de promoção de separação entre sexualidade e reprodução, de modo a possibilitar uma experiência autônoma na esfera da sexualidade, livre dos constrangimentos impostos pela reprodução. Pode-se aventar o seguinte paralelismo: se a norma contraceptiva francesa, na qual se insere o acesso legal ao aborto, “libera” as mulheres da angústia de uma gravidez

indesejada, talvez a “opção” pela esterilização se configure como o correlato brasileiro dessa situação.

Cabe salientar ainda que os nexos entre contracepção e sexualidade estão ausentes nas reflexões de pesquisadores, sejam eles da área da demografia ou das ciências sociais. Diversas questões podem ser colocadas: a esterilização concede maior ou menor poder de negociação sexual com o/a parceiro/a? Que razões justificam o encerramento da possibilidade reprodutiva? Quais os processos que culminam na esterilização? O que ocorre na vida sexual após a esterilização?

* * *

Em resumo, as reflexões sociológicas de Luker (1975) e a literatura francesa (BAJOS et al., 2002; BAJOS; FERRAND, 2006; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985) sobre o tema da contracepção oferecem chaves de interpretação para o entendimento dos percursos contraceptivos. A partir desses enfoques torna-se possível problematizar a equação simplista entre gestações imprevistas e falta de informação e/ou acesso adequado aos métodos contraceptivos, ou ainda, reflexo de uma suposta restrita racionalidade e/ou responsabilidade dos sujeitos em relação à vida contraceptiva. As abordagens acima mencionadas rompem com esta matriz interpretativa tradicional, seja pela defesa da racionalidade das ações e ênfase na agência individual, seja pela ponderação das assimetrias de gênero e das mediações biográficas e contextuais subjacentes aos processos que engendram um evento reprodutivo. Mais do que isso, estas análises introduzem discussões sobre sexualidade e sua conexão com a forma com que as pessoas lidam com a reprodução. Ampliam e complexificam a ideia de uso coerente e consistente ou não da contracepção, pois o cotidiano é plural e variável. Contracepção integra a gestão da sexualidade heterossexual. Estas reflexões são profícuas para interpretação das práticas contraceptivas e dos eventos reprodutivos.

2 ENTRADA NA VIDA SEXUAL: TRAJETÓRIAS E ATITUDES EM RELAÇÃO À SEXUALIDADE

O presente capítulo descreve a entrada na vida sexual com parceiro. Este evento não é somente um demarcador de uma carreira ou biografia sexual, mas consiste em produtor de uma coorte de interesse para os fins desta tese: jovens com atividade sexual. Nesta seção é utilizada a base de dados quantitativos da pesquisa GRAVAD - “Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil”. Trata-se de uma investigação socioantropológica sobre comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens brasileiros. O estudo combina técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa e foi desenvolvido em duas etapas: uma inicial, qualitativa, com a realização de 123 entrevistas em profundidade (ocorrida entre 1999-2000), e outra, quantitativa, abrangendo 4.634 indivíduos, em um inquérito populacional com amostra aleatória e estratificada, levado a termo entre outubro de 2001 e janeiro de 2002. A pesquisa ocorreu em três grandes capitais – Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador – situadas em regiões distintas (Sul, Sudeste e Nordeste). Em ambas as etapas foram entrevistados face a face homens e mulheres entre 18 e 24 anos, com um mesmo elenco de questões⁶⁶.

Um primeiro conjunto de análises descritivas sobre a iniciação sexual com dados quantitativos da pesquisa Gravada já foi empreendido em trabalho anterior (BOZON; HEILBORN, 2006). A partir desses achados é fornecida nesta parte da tese uma descrição abrangente da passagem à sexualidade com parceiro, de acordo com a composição de determinados cenários ou configurações⁶⁷ de iniciação sexual de moças e rapazes. São apresentados cenários de iniciação sexual nos quais articulam-se certas questões, referentes ao ambiente familiar dos jovens, por ocasião da primeira vez, elementos caracterizadores da primeira parceria sexual,

⁶⁶ Diversas dissertações de mestrado, teses de doutorado, capítulos de livros e artigos em periódicos científicos foram elaborados a partir do fecundo *corpus* empírico produzido pela pesquisa Gravada. O livro “O aprendizado da sexualidade” é uma obra coletiva, na qual estão reunidos os principais resultados da etapa quantitativa do estudo (HEILBORN et al., 2006). Em <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=4362&sid=1> é possível o acesso à lista completa de publicações realizadas a partir dos dados produzidos por esta investigação.

⁶⁷ Os termos cenário e configuração são utilizados de forma indistinta. Considera-se que tal designação permite a conjugação de representações, normas, opiniões, práticas, que conformam determinado contexto.

descritores do contexto da primeira relação sexual propriamente dita, bem como valores/opiniões dos jovens acerca da sexualidade. Considera-se a existência de uma diversificação de modos de iniciação sexual, para além dos arranjos majoritários já apresentados (BOZON; HEILBORN, 2006). A escolha pela classificação hierárquica ascendente (CHA), como técnica estatística para o manejo dos dados empíricos utilizados nesta seção, representa a possibilidade de examinar permanências, transformações e variações de atributos da interação entre parceiros, dos *scripts sexuais* e dos roteiros de gênero.

2.1 O aprendizado do gênero e da sexualidade

A iniciação sexual é um relevante marco na trajetória de vida dos sujeitos. Consiste em um dos elementos centrais do processo de aprendizado das trocas afetivas e amorosas, no âmbito de um par. Seu exame permite o contraste de trajetórias e cenários sexuais, pelo prisma das relações sociais de sexo⁶⁸. É um evento quase universalmente vivido, sobre o qual os sujeitos têm boa memória (BOZON, 1993; 2008). A partir desse acontecimento é possível observar as condições e os contextos de socialização para a sexualidade: reminiscências concernentes à familiaridade em torno do tema sexo, formas de interação entre os gêneros, desempenho e influência de determinadas redes sociais e instituições, como rede de pares, escola, mídias, família (BOZON, 2008; LE GALL; LE VAN, 2007).

Alguns autores defendem a perspectiva de um processo de aprendizado, lento e gradual, sobre as formas de interação que se estabelecem entre os parceiros, em um relacionamento afetivo e sexual (AZEVEDO, 1981; BOZON, 1993 e 2004; BRANDÃO, 2004; HEILBORN, 1999; HEILBORN et al., 2006; GIAMI; SCHILTZ, 2004). Nesse sentido, a sexualidade com parceiro depende de uma contínua decifração de códigos de conduta, gestos, leitura das intenções dos envolvidos e de um processo de negociação em torno dos significados (BERGER;

⁶⁸ A expressão relações sociais de sexo foi cunhada por estudiosas francesas acerca das relações sobre mulher e trabalho nos anos 1970. O termo gênero advém da literatura anglo-americana. Conferir o clássico artigo de Joan Scott (1990) para distinção de tais termos.

KELLNER, 1964; GAGNON; SIMON, 1973). Esta ótica é devedora do pressuposto de que há um processo de aprendizado gradual da sexualidade, introduzido pela teoria dos roteiros sexuais (*sexual scripts*) de Gagnon e Simon (1973).

A concepção de roteiros sexuais foi formalizada na célebre obra *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality* (Gagnon e Simon), originalmente publicada em 1973. Ela representa uma matriz de pensamento marcante na área das ciências sociais, dedicada à sexualidade, nas últimas décadas do século XX. *Sexual Conduct* não alcançou grande repercussão à época em que foi publicado, tendo sido redescoberto em estudos sobre sexualidade na década de 1980, com o advento da epidemia de HIV/AIDS. Contudo, seu conteúdo representa um ponto de inflexão, no campo das investigações sobre sexualidade (ESCOFFIER, 2006)⁶⁹.

A teoria dos *sexual scripts* integra o investimento dos autores em demonstrar que é possível tornar a sexualidade um objeto sociológico – por exemplo, a argumentação de que se trata de um domínio da vida social, como qualquer outro. Sob a orientação teórica do interacionismo simbólico, os autores defendem a possibilidade de estudar os vínculos entre o sexual e o não sexual. Argumentam que as origens e as formas de funcionamento da sexualidade podem ser explicadas por uma teoria da ação e da interação. As condutas sexuais e os significados a ela vinculados somente adquirem sentido no bojo dos cenários culturais em que se desenrolam (BOZON; GIAMI, 1999; GAGNON, 2006). Este é um aspecto central, no que tange à diferenciação entre estes autores e os estudos até então desenvolvidos sobre sexualidade humana. Tal perspectiva contribui sobremaneira para a concepção de que os comportamentos sexuais não são universais nem atemporais. Segundo Gagnon e Simon (1973), todas as experiências sexuais são construídas como *scripts* (roteiros), no sentido de que elas decorrem de aprendizados sociais das maneiras de interação e organização das relações no domínio da sexualidade. Nesse processo os sujeitos adquirem a capacidade de perceber estados do corpo e de reconhecer situações sexuais. Desse modo, a sociedade é o princípio indispensável de produção das condutas sexuais e dos significados a elas vinculados. Nas palavras do autor:

Todos os tipos de conduta sexual, não importa como sejam estudados, têm de ser entendidos como fenômenos locais, com sentidos e propósitos específicos em contextos cultural-históricos particulares. As comparações transculturais devem ser

⁶⁹ A obra é contemporânea à aparição do livro de Michel Foucault (1977 [1976]), “História da sexualidade I – a vontade de saber”, que obteve uma enorme repercussão.

sempre abordadas com extrema cautela e são citadas, primordialmente, para sugerir a variabilidade e não as semelhanças de conduta. (GAGNON, 2006, p. 215-16).

Os roteiros sexuais são definidos como comportamentos aprendidos, codificados e estruturados, compostos por três níveis: o intrapsíquico, o interpessoal e os cenários culturais. Estes últimos são “guias de instrução que existem no plano da vida coletiva”, tais como os que são veiculados pelas instituições. Os roteiros interpessoais funcionam ao nível da interação social, na qual o indivíduo “é um ator que atende às expectativas de outras pessoas e norteia sua conduta em termos da conduta alheia”, enquanto os roteiros intrapsíquicos representam o conteúdo da vida mental, e são “em parte resultante do conteúdo dos cenários culturais e das demandas de interação e, em parte, independente destes” (GAGNON, 2006, p. 225). Vale frisar a constante articulação entre os diferentes níveis de roteirização, que não são estáticos. A conexão entre os cenários culturais, os *scripts* interpessoais e os *scripts* intrapsíquicos é complexa e difere de acordo com o espaço, o tempo, e de um indivíduo a outro.

A ideia de interação entre estes três níveis é capital para a compreensão da perspectiva dos roteiros sexuais. Ainda que os *scripts* conformem uma espécie de guia de conduta capaz de conduzir à codificação, identificação e interpretação dos componentes sexuais da vida social (o que poderia sugerir uma determinação dos indivíduos a partir dos cenários culturais), enfatizo que Gagnon e Simon (1973) deixam espaço para a ação do indivíduo, ao sublinharem sua capacidade de adaptação, possibilidade de aprendizado e potencialidade de improvisação mental. Uma das grandes contribuições destes autores trata-se da possibilidade de análise das inter-relações entre práticas, conteúdos mentais, interações sociais e conteúdos culturais das condutas sociais. Tal concepção é sintetizada pela frase “todos os comportamentos sociais são roteirizados” (GAGNON, 2006, p. 264). Assim, “os roteiros organizam sequências complexas de eventos e estimulam a abordagem do engajamento na sexualidade como um processo de aprendizagem, de reconhecimento, de negociação e também de improvisação” (BOZON; GIAMI, 1999, p. 72).

Sexualidade e gênero constituem dimensões inter-relacionadas. O conceito de gênero é exemplar para iluminar os distintos padrões em que homens e mulheres são socializados (HEILBORN, 1999). Os roteiros de gênero informam, desde cedo, como meninos e meninas devem se comportar, ou antes, qual o comportamento

cultural mais adequado a cada gênero⁷⁰. Tais roteiros de gênero carregam concepções morais e elencam práticas sociais, que modelam e orientam desejos e maneiras de viver a sexualidade. Durante a adolescência e a juventude se intensificam complexos processos de aprendizagem cultural em torno da sexualidade, intimamente vinculados às expectativas de gênero vigentes nos contextos culturais em que os sujeitos estão inseridos (HEILBORN et al., 2006). Nesse período, ocorrem processos de autonomização: os jovens experimentam relações afetivas que ampliam seu universo de vínculos para além da família e da rede de amigos. Mais ainda, é neste momento do ciclo de vida e, sobretudo no processo que culmina com a passagem à sexualidade com parceiro, em que a incorporação dos roteiros de gênero se intensifica, período também de forte demarcação e vigilância dos comportamentos sociais e sexuais de moças e rapazes.

Argumentar sobre a conexão entre sexualidade e gênero implica admitir que o processo de aprendizagem dos roteiros sexuais é, simultaneamente, um intenso processo de socialização de gênero. Neste, as regras, as expectativas, os atributos e as diferentes formas de relação de gênero são internalizadas e consolidadas. Ocorre, portanto, uma elaboração e re-elaboração dos roteiros de gênero, no desenrolar da passagem à sexualidade com parceiro. Trata-se de um momento crucial no aprendizado dos jogos assimétricos entre homens e mulheres. O processo é marcado pela incorporação das regras vigentes, pelo aprendizado dos códigos morais, pela decifração das condutas adequadas e dos elementos atribuídos (e percebidos como atinentes) a cada um dos sexos. Em suma, é mediante a experiência da sexualidade com parceiro que os jovens intensificam o aprendizado do jogo relacional (marcadamente desigual), no qual as convenções sobre masculino e feminino estão vinculadas⁷¹.

Mudanças e permanências no domínio da sexualidade e do gênero podem ser observadas por meio do exame da iniciação sexual, vivida em algum momento da biografia pela quase totalidade dos indivíduos. Trata-se de um evento de especial interesse para a compreensão das interações interpessoais e dos cenários culturais. Assim, não se trata somente do início da biografia sexual, mas de um momento peculiar, que permite uma mirada privilegiada acerca das transformações,

⁷⁰ Pode-se extrapolar e sugerir que também haja roteiros geracionais ou etários, por exemplo, nos quais são prescritas as condutas mais adequadas a cada idade.

⁷¹ Os contextos são geralmente a iniciação sexual com parceiro/a de sexo oposto.

permanências e variações em torno da construção social da sexualidade e do gênero (BOZON, 2008).

A iniciação sexual não se reduz ao primeiro ato sexual. Contudo, a idade com que acontece a primeira relação sexual (entendida como sexo penetrativo) consiste em um clássico indicador, muito utilizado na abordagem do tema⁷². Alguns estudos apontam a tendência a uma redução da diferença das idades da iniciação sexual de moças e rapazes, o que exprimiria, de certo modo, aproximação das experiências ou diminuição das assimetrias entre os gêneros (ao menos, no tocante a esta característica) (BOZON, 2003; 2005). A possibilidade de experimentação sexual pré-conjugal das moças, sobretudo em países em que a iniciação sexual masculina é tradicionalmente descrita como anterior à feminina (como os do sul da Europa e os da América Latina), é um corolário neste cenário.

A atual forma de passagem à sexualidade com parceiro, frequentemente vivida na adolescência e juventude, é tomada como exemplo de um intrincado processo de mudanças e permanências nos costumes sexuais e nas relações de gênero no Brasil. O marco da iniciação sexual, detidamente analisado na pesquisa *Gravad*, ressalta modificações que vêm se processando nas convenções em torno da sexualidade no Brasil (PISCITELLI; GREGORI; CARRARA, 2004), sobretudo no que concerne à sexualidade feminina (BOZON; HEILBORN, 2006). Os dados também revelam que determinadas concepções resistem às mudanças, tanto no plano dos valores quanto das condutas (HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006). Alguns exemplos são apresentados a seguir.

A temporalidade mais curta para a sexualização do namoro e de outras formas de relacionamento juvenis constitui uma transformação recente de relevância. A prática de relações sexuais no namoro passou a ser usual para rapazes e moças. Se antes assumia o sentido de uma etapa preparatória para a conjugalidade, hoje se configura como uma fase de experimentação afetiva e sexual para jovens de ambos os sexos. Assim, a sexualidade juvenil, em especial a feminina, é uma novidade nesse cenário. A iniciação sexual masculina não ocorre

⁷² Os termos *passagem à sexualidade com parceiro*, *primeira vez*, *primeira relação sexual* são usados de modo indistinto neste texto, para se referir à iniciação sexual. Contudo, reconheço a possibilidade de existência de diferenças no uso desta expressão, pelos informantes de pesquisas qualitativas, sobretudo ao se tratar da descrição desse processo. Para alguns, as primeiras trocas físicas sem investimento afetivo podem não ser consideradas como a primeira vez; a primeira relação sexual através de coerção, por exemplo, pode não ser identificada como iniciação sexual; embora com reduzida frequência, há informantes que não conseguem precisar uma idade ou data da passagem à sexualidade com parceiro, em função da ocorrência em diversos pequenos momentos. Cf. Bozon; Heilborn, 1996; Le Gall e Le Van, 2007.

mais preferencialmente com prostitutas, mas com parceiras estáveis ou 'ficantes'. No caso das moças, passou a ser aceitável o fato de que elas iniciem sua vida sexual antes do casamento. Este dado é expresso, por exemplo, pela queda da idade média de iniciação sexual feminina, enquanto a dos homens se manteve relativamente estável nas últimas décadas (BOZON, 2005).

Contudo, há elementos que atestam a permanência de diferenças estruturantes na maneira de viver a passagem à sexualidade com parceiro. Destaca-se o valor diferencial atribuído à sexualidade e às relações afetivas: enquanto para os homens a iniciação sexual reveste-se de um caráter de aprendizado técnico da prática sexual, para as mulheres enquadra-se em lógicas relacionais e/ou conjugais (HEILBORN, 1999). Essa é uma perspectiva arraigada das concepções acerca de gênero e sexualidade, que constituem domínios distintivos a cada um dos sexos, indicadores da demarcação de fronteiras entre masculino e feminino (BAJOS; FERRAND; ANDRO, 2008; HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006; SALEM, 2004). A iniciação sexual feminina integra-se a um processo de construção de um primeiro relacionamento estável (BOZON; HEILBORN, 2006). Trata-se de um aspecto que atesta a persistência de uma categorização tradicional sobre o gênero feminino, expresso na expectativa de vínculo conjugal. Este cenário é propício para a ocorrência de reprodução imprevista, uma vez que as mudanças nos comportamentos não foram acompanhadas de ações significativas nas políticas contraceptivas dirigidas aos jovens no Brasil, que continuam direcionadas às mulheres com vida conjugal. Em um contexto heteronormativo, os rapazes estariam submetidos a uma forte pressão social para que se iniciem sexualmente com mulheres, o que afastaria qualquer suspeita de homossexualidade⁷³.

Há também uma vigilância em torno das mulheres, no sentido de uma conduta passiva e ingênua em torno do exercício sexual, embora se verifiquem mudanças, sobretudo entre as mais escolarizadas (BRANDÃO, 2004). Esta expectativa sobre o gênero feminino acarreta implicações na contracepção. Embora a expectativa de proteção esteja associada à mulher, ela deve parecer "despreparada", tanto ao iniciar sua vida sexual quanto ao engajar-se em novo relacionamento.

⁷³ A aprendizagem da assimetria de gênero, da hierarquia entre masculino e feminino, está correlacionada a uma aprendizagem da hierarquia das sexualidades: por exemplo, pode-se argumentar que a desvalorização da homossexualidade é um sub-produto da assimetria entre os sexos, que desvaloriza o feminino em relação ao masculino (BOZON 2004; HEILBORN, 2004).

Estes exemplos evidenciam vínculos entre sexualidade e gênero, expressos em contextos sócio-históricos específicos. Há uma vasta literatura socioantropológica que salienta a forte demarcação de gênero nos diferentes estratos da sociedade brasileira (DaMATTA, 1985; DUARTE, 1986, 1987; FONSECA, 2000; HEILBORN, 1993; LEAL; BOFF, 1996; SARTI, 1996). Esta delimitação de esferas configura as atitudes e qualidades tidas como adequadas para cada um dos sexos. Assim, masculinidade e atividade estão intimamente associadas, em contraposição à feminilidade e passividade (FRY, 1982; PARKER, 1991).

Um argumento recorrente na literatura sobre gravidez na adolescência é o de que as relações sexuais são mais imprevisíveis entre os jovens (LE VAN, 1998; LUKER, 1996; VILAR; GASPAR, 1999). Nessa vertente, os resultados da pesquisa Gravad em relação a iniciação sexual de jovens propiciou o argumento dos autores em torno do espontaneísmo da sexualidade, uma forma de *roteiro sexual* modulado segundo certas prescrições de gênero (BOZON; HEILBORN, 2006). Esta hipótese alude à dimensão da imprevisibilidade das relações sexuais, tanto pautadas pela culturalmente esperada predisposição masculina para o sexo – característica remetida a um ideário de masculinidade que atesta virilidade – quanto pela passividade ou ingenuidade feminina, que não pode deixar transparecer planejamento para o sexo.

Um resultado que assevera a proposição do espontaneísmo diz respeito à expectativa dos jovens em relação à primeira relação sexual. Diante da pergunta “Na época em que aconteceu a primeira relação sexual, você:”, constavam as seguintes opções de resposta: “queria que a primeira relação sexual acontecesse logo”, “esperava que a primeira relação sexual fosse acontecer mais tarde”, “não pensava muito neste assunto”. As declarações masculinas referentes a esta questão concentram-se em afirmativas concernentes ao ideário dominante da masculinidade, no qual o homem deve estar sempre pronto para o sexo e, de preferência, ser experiente. Já as respostas femininas se caracterizam pelo atributo da passividade, com a declaração de que “não pensavam muito neste assunto” (BOZON; HEILBORN, 2006).

Grosso modo, os resultados do estudo apontam um contexto de representações que aludem a um menor controle masculino sobre a sexualidade e à sua maior demanda por sexo, ainda que eles reconheçam as necessidades

femininas. As respostas das mulheres também se referem ao descontrole masculino e ao refreamento feminino. Elas teriam menor necessidade de sexo e maior possibilidade de controle sobre sua vontade sexual. A interpretação desses dados sustenta que as relações entre homens e mulheres se desenrolam em meio a um cenário pautado por convenções de gênero, que polarizam de um lado “mulher/vontade/moral e, no outro, homem/instinto/descontrole” (HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006, p. 224).

Em síntese, a noção de aprendizado da sexualidade, à luz da teoria dos roteiros sexuais (GAGNON; SIMON, 1973), destaca o processo de assimilação de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, com intensificação na adolescência e juventude. As características de atividade e de passividade do comportamento sexual, a conduta espontaneísta, a percepção diferencial sobre a possibilidade de controle do impulso sexual, bem como das necessidades sexuais de homens e mulheres, devem, portanto, ser compreendidos como constructos sociais, fundados em convenções sobre gênero e sexualidade. Esta perspectiva teórica lança luz sobre as injunções às quais a contracepção está submetida, nesse contexto cultural específico. O pressuposto implícito na escolha desta abordagem consiste no exame da temática da contracepção sob os marcos do comportamento sexual e das relações de gênero aprendidos.

2.2 A escolha pela classificação hierárquica ascendente (CHA)

Este capítulo objetiva descrever a diversidade de modos de iniciação sexual, de forma a indicar não apenas os contrastes, como similitudes nas trajetórias de moças e rapazes. Elementos biográficos além de questões sobre práticas e valores sobre sexualidade e reprodução são aqui privilegiadas. Tal procedimento analítico é possível em razão das características da pesquisa GRAVAD. As perguntas sobre a iniciação sexual dispostas no questionário permitem uma recomposição detalhada dos contextos da primeira vez⁷⁴.

⁷⁴ Cf. o módulo sobre iniciação sexual do questionário GRAVAD no anexo “A”. Cabe salientar que as perguntas são as mesmas para moças e rapazes, apenas variando a flexão de acordo com o sexo do respondente.

A escolha por utilizar a classificação hierárquica ascendente (CHA) consiste em um esforço pela busca de novas formas de sistematização dos dados. A CHA constitui uma maneira de efetuar uma análise multivariada de classificação dos dados em grupos, cuja variação é minimizada internamente aos grupos e maximizada entre-grupos. Busca-se compor grupos que sejam, ao mesmo tempo, homogêneos e diferenciados, segundo os critérios de compactação e dessemelhança. Cada grupo, classe ou subconjunto (*cluster*) guardará o máximo de semelhança possível entre seus elementos. Sua composição terá características distintivas, passíveis de elaboração de uma diferenciação em relação aos demais grupos. Esta técnica oferece relações entre as variáveis, mediante a proximidade ou afastamento de suas categorias. No presente caso, obtém a formação de subgrupos de jovens, que destacam distintas configurações de iniciação sexual, além daquelas demarcadas tradicionalmente pelas diferenças de gênero e/ou de inserção social. Este tipo de procedimento não é usual no campo das ciências humanas e saúde, sendo mais utilizado por outras disciplinas mais afeitas às análises de macro-dados⁷⁵.

A técnica implica hierarquização dos dados; o processo de hierarquização escolhido foi o aglomerativo: parte-se da combinação da unidade para todo o conjunto, de tal forma que todos os indivíduos estejam agrupados em um único *cluster* maior (o conjunto da população). A classificação hierárquica é uma modalidade de análise fatorial: seu objetivo é reduzir um grande conjunto de dados, a partir das associações entre indivíduos e variáveis, em determinados espaços de configuração.

Os métodos de análise fatorial consistem em procurar subespaços que melhor ajustem a nuvem de pontos dos indivíduos e a nuvem de pontos das variáveis. As proximidades mensuradas nestes subespaços devem refletir o melhor possível as proximidades reais. O espaço de representação obtido é o espaço fatorial. (CISIA, CERESTA, 2001, p. 43).⁷⁶

A análise fatorial e a classificação hierárquica ascendente são procedimentos complementares: “a classificação permite ver para além do espaço fatorial” (CISIA-

⁷⁵ Cf. Kaufman; Rousseeuw (1990); CHAN (2005); Escoffier; Pagès (1990). A técnica ‘análise fatorial de correspondência’ foi utilizada por Ondina Leal e Jandyra Fachel, no âmbito da pesquisa “Corpo, sexualidade e reprodução”, na década de 1990. Um dos objetivos das pesquisadoras era demonstrar a possibilidade de usar, de forma combinada, dados etnográficos e tratamento estatístico (FACHEL; LEAL; GUIMARÃES Jr, 1995).

⁷⁶ Texto no original: “Les méthodes d’analyse factorielle consistent à rechercher des sous-espaces de faibles dimensions qui ajustent au mieux le nuage de points des individus et le nuage de points des variables. Les proximités mesurées dans ces sous-espaces doivent refléter au mieux les proximités réelles. L’espace de représentation obtenu est appelé espace factoriel.” CISIA-CERESTA, 2001. SPAD for Windows. Aide à l’interprétation. Paris: Centre International de Statistique et d’Informatique Appliquées.

CERESTA, 2001). A utilização de ambos permite eliminar flutuações aleatórias no espaço fatorial e obter classes mais estáveis. Assim, a análise fatorial é uma etapa constitutiva do procedimento de classificação.

Alguns métodos de análise fatorial podem ser empreendidos. As diferenças ocorrem pelo tipo de variáveis analisadas (se, por exemplo, variáveis contínuas ou categóricas). Neste capítulo foi utilizada a análise de correspondência múltipla com escolha das modalidades ativas. Trata-se de um tipo de análise fatorial para dados categóricos, no qual o pesquisador pode escolher os elementos que vão compor os grupos e estabelecer quais serão as outras variáveis usadas de modo suplementar. Assim, os grupos (ou *clusters*) serão formados a partir das variáveis ativas, por meio da minimização da variância interna e maximização da variância externa aos grupos. As variáveis suplementares não contribuem para a composição dos grupos, elas são utilizadas somente para ilustrar ou sugerir pistas interpretativas, no que tange às diferenças observadas entre os grupos criados.

Uma crítica possível a esta técnica se refere ao fato de que a categorização obtida – ou o agrupamento da população em subconjuntos ou em classes – é uma classificação, entre outras possíveis, pois depende da escolha das variáveis e do método de agrupamento empregados pelo pesquisador. Esta peculiaridade somente reforça a exigência de rigor no processo de seleção, a partir das hipóteses de estudo. A classificação hierárquica ascendente é uma técnica interessante para o campo da pesquisa social, por permitir uma forma de sistematização da base de dados, que possibilita testagem de hipóteses e descoberta de associações não previstas. Em outras palavras, permite o aparecimento de agrupamentos minoritários ou inesperados, bem como seu oposto, a não emergência de grupos esperados ou tidos como prováveis na estrutura dos dados (GETTLER-SUMMA; PARDOUX, s/d.; PARDOUX, 1989).

O *software* utilizado foi o SPAD 7.0, programa desenvolvido pelo Centre International de Statistique et d'Informatique Appliquées (CISIA-CERESTA)⁷⁷. A vantagem deste *software* concerne à possibilidade de trabalho com amostras complexas e, portanto, com a ponderação dos casos⁷⁸.

⁷⁷ CISIA-CERESTA. SPAD: Système Portable d'Analyse des Données Numériques. Version 7.0. CISIA-CERESTA, Paris, France. O acesso a este *software* foi possível durante minha permanência no INED (Institut National d'Études Démographiques), por ocasião do estágio doutoral em 2010.

⁷⁸ Em uma tentativa inicial buscou-se executar esse tipo de análise classificatória pelo SPSS. Contudo, este *software* não permite a ponderação dos casos, em nenhuma de suas funções de classificação (tal como o *two steps clusters*).

A base de dados da Pesquisa Gravad foi constituída por intermédio de um inquérito domiciliar com amostragem probabilística estratificada em três estágios: seleção de uma amostra de setores estratificados; seleção de uma amostra de domicílios em cada setor censitário; seleção de uma pessoa de cada domicílio para ser entrevistada. Assim, trata-se de um estudo com amostra complexa, que envolveu estratificação em múltiplos estágios, tornando necessária a ponderação dos casos (incorporação dos pesos relativos de cada unidade) nos procedimentos de análise, para assegurar sua representatividade em relação à população geral, na faixa etária de interesse⁷⁹.

2.3 Um mesmo leque de perguntas para moças e rapazes

Diferentemente do preconizado pelo senso comum, acerca do fato de que a iniciação sexual teria se tornado um ato banal entre os jovens, como uma consequência da liberação sexual, afirma-se que a passagem à sexualidade com parceiro conta com elementos estruturantes, para moças e rapazes (BOZON; HEILBORN, 2006; GIAMI; SCHILTZ, 2004; LE GALL; LE VAN, 2007). A iniciação sexual (heterossexual) implica experiências com ritmos e significações diferentes para elas e eles. No Brasil, por exemplo, o início das atividades sexuais dos homens é anterior ao das mulheres. Há forte homogeneidade da idade mediana da iniciação sexual masculina, que ocorre por volta dos 16,2 anos, a despeito, por exemplo, do contexto familiar ou regional no qual estão inseridos⁸⁰. Entretanto, há variações em casos de prolongamento da escolaridade individual, quando então os rapazes se iniciam mais tarde, bem como em termos de inserção no mercado de trabalho (se

⁷⁹ A versão completa sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa está publicada em Aquino et al., 2006a.

⁸⁰ Diversos estudos apontam a aproximação do calendário de iniciação sexual de moças e rapazes, mas a primeira relação sexual masculina permanece em idade anterior à feminina no Brasil. Dados da Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids (PAIVA et al. 2008) apresentam as idades médias de IS para ambos os sexos: 14,7 anos para eles e 15,3 para elas. A divergência entre os dois estudos, no que concerne às idades obtidas, pode ser creditada às diferentes perspectivas de análise. Os resultados da investigação empreendida pelo Ministério da Saúde (MS) trazem dados referentes aos jovens já iniciados sexualmente, o que forçosamente conduz a idades médias mais baixas do que as encontradas pela Pesquisa Gravad. Nesta, o cálculo foi efetuado levando-se em consideração os dados censurados: jovens ainda virgens. Além disso, os estudos não usam o mesmo tipo de mensuração (média e mediana). Contudo, importa reter a tendência à aproximação do calendário de iniciação sexual de moças e rapazes, observada em ambos os estudos (HEILBORN et al., 2006; PAIVA et al., 2008).

mais ou menos precoce). Tende a haver superposição dos calendários de iniciação sexual e de começo de atividade laboral, sobretudo dentre os precoces⁸¹.

Já o calendário feminino de iniciação sexual expressa significativos vínculos com as variações sociais, regionais e familiares. A escolaridade individual influencia o adiamento do início da vida sexual, entre aquelas que prosseguem os estudos. As moças com origem familiar menos privilegiada se iniciam mais cedo na vida sexual. O pertencimento religioso também influi no ritmo da passagem à sexualidade com parceiro, assim como a idade por ocasião do primeiro namoro. Assim, há estreita vinculação entre aspectos da vida familiar, social, elementos da trajetória individual, e a sexualidade, observados majoritariamente nos casos femininos (BOZON; HEILBORN, 2006).

As variáveis ativas utilizadas para constituir tipologias ou cenários de iniciação sexual foram escolhidas a partir de um rol dos descritores, anteriormente usados em análises bivariadas, que apontaram diferenças entre os percursos femininos e masculinos (BOZON; HEILBORN, 2006) (cf. tabela 2). As mesmas questões foram escolhidas para ambos os sexos nos procedimentos de análise. Entretanto, tais procedimentos foram executados em separado. Em primeiro lugar, as lógicas de gênero que organizam as condutas são distintas, segundo os sexos. Ao efetuar a análise separadamente, é possível observar as questões preponderantes na constituição dos subgrupos segundo sexo. Em cada *cluster* há variáveis que contribuem mais para a composição daquele subgrupo. Em segundo lugar, a estratégia adotada possibilita um exame mais claro acerca das proximidades e diferenciações internas aos grupos, o que permite o surgimento de disparidades de iniciação entre os homens, por um lado e, por outro, entre as mulheres.

Na análise foram considerados somente os jovens com declaração de iniciação sexual. Assim, o grupo final foi composto por 4019 jovens (1989 moças e 2030 rapazes), entre 18 e 24 anos. Foram excluídos os virgens e aqueles em que a primeira experiência sexual com parceiro ocorreu com pessoa de mesmo sexo. Os motivos de exclusão são evidentes: no primeiro caso, não há experiência sexual; no segundo, supõe-se que questões concernentes à lógica contraceptiva

⁸¹ Partiu-se da idade mediana encontrada para o conjunto de moças e de rapazes para formular uma proposição acerca da idade com que os jovens tiveram as primeiras relações sexuais: o primeiro quartil corresponde à iniciação precoce, o segundo e terceiro, à iniciação mediana, e o último quartil, corresponde aos tardios. Entre os homens, os respectivos grupos de idade são: precoces, 14 anos e menos; medianos ou intermediários, 15 e 16 anos; tardios, 17 anos e mais. Os grupos de idades das mulheres foram deslocados em um ano, em função do calendário mais tardio da iniciação delas.

provavelmente não tenham sido acionadas pelo par, por não serem pertinentes ao tipo de relação⁸².

As variáveis selecionadas como ativas para a classificação hierárquica ascendente dizem respeito aos temas de sexualidade e reprodução. As perguntas sobre a caracterização social dos entrevistados, por exemplo, foram consideradas como suplementares e, portanto, são utilizadas para ilustração dos subgrupos. Assim, a maioria das perguntas escolhidas está disposta no bloco do questionário GRAVAD que aborda a entrada na sexualidade, seção com um total de 52 questões. Aspectos da biografia ulterior à iniciação sexual serão eventualmente mencionados.

Conforme dito, a iniciação sexual não se restringe ao primeiro ato sexual com penetração. Ela se compõe de vários elementos, como os que antecedem o próprio ato, em que o primeiro beijo, o primeiro namoro, as primeiras carícias íntimas, as condições ou contexto de encontro do par e as formas de socialização com grupo de pares podem ser mencionados (BOZON, 1993; BOZON; HEILBORN, 2006; BOZON; KONTULA, 1997; LE GALL; LE VAN, 2007). Considerar, por exemplo, os principais canais de informação sobre certos temas como a relação sexual, a gravidez e contracepção, remetem ao contexto de socialização para a sexualidade. Há, ainda, aspectos referentes à caracterização da parceria e do tipo de relacionamento, como a diferença de idade entre parceiros, o intervalo de tempo entre o encontro do par e a primeira relação sexual, o cenário de encontro do parceiro sexual, entre outros. Assim, é possível a existência de cenários nos quais a iniciação sexual ocorre no âmbito de um casal com idades próximas e com igualdade de (in)experiência sexual, com prováveis implicações para condutas de proteção contraceptiva e/ou de HIV/Aids. Aventa-se a hipótese de que tal panorama aporte elementos distintos daqueles em que um dos parceiros tem mais idade do que o outro, o que também pode implicar outra lógica de proteção/contracepção.

Portanto, a análise (ACM + CHA) foi realizada de maneira a contemplar questões que auxiliam na caracterização de configurações de iniciação sexual. Optou-se por perguntas que aludem, *grosso modo* a certos aspectos presentes

⁸² Os perfis destes jovens já foram descritos em outros trabalhos. Em Bozon e Heilborn (2006) há uma seção dedicada aos jovens que ainda não tiveram relações sexuais, na qual constam elementos que iluminam alguns fatores que presidem à iniciação sexual tardia. Já Heilborn e Cabral (2006) refletem sobre as trajetórias de jovens que declararam experiência sexual com pessoa de mesmo sexo e acerca da iniciação sexual entre pessoas de mesmo sexo.

nestes contextos. Tais questões podem ser aglutinadas segundo cinco blocos temáticos, para fins de organização do presente texto.

Um primeiro conjunto de perguntas concerne ao contexto familiar dos jovens. A indagação “Algum/a irmão/ã teve filho antes dos 20 anos” foi escolhida, ao se supor que ela pode auxiliar na caracterização de situações em que a reprodução precoce esteja presente. A questão acerca do controle parental sobre o convívio com pares e/ou namorada/o permite avaliar o processo de autonomização dos jovens, em relação ao núcleo doméstico e seu efeito sobre o calendário de iniciação sexual de moças e rapazes. Nota-se a existência de maior controle parental sobre as moças do que sobre os rapazes, bem como maior proporção de irmãs/ãos com filhos antes dos 20 anos nas famílias das jovens (cf. tabela 2).

Outro bloco de perguntas diz respeito a aspectos que caracterizam os modos de socialização para a sexualidade. Nele foram considerados os principais canais de informação sobre relação sexual, gravidez e contracepção, DST/AIDS, um elemento de exploração física do próprio corpo (prática da masturbação) e um sobre o cenário de encontro do parceiro sexual. Tendo em vista que as perguntas sobre fontes de informação permitiam respostas múltiplas, escolheu-se uma fonte específica para cada tipo de informação. Observa-se que amigos/as desempenham relevante papel junto aos rapazes, no que tange à comunicação sobre sexo. As mães estão mais presentes nas trajetórias das moças, quando o assunto é gravidez e/ou contracepção⁸³. Já a escola e os professores constituem uma importante fonte institucional, para jovens de ambos os sexos, no que concerne à temática do HIV/Aids⁸⁴. Assim, busca-se contemplar uma variedade de tipos de fontes de informação na constituição dos cenários da primeira vez, com eleição dos principais interlocutores neste período de socialização: grupo de pares, família e escola/professores.

A prática da masturbação solitária (“Antes da primeira relação sexual, você se masturbava ou tocava seus órgãos sexuais para ter prazer?”) consiste em elemento

⁸³ Cumpre notar que o pai não é uma fonte de informação em primeiro plano em nenhum dos três grandes temas propostos (BOZON; HEILBORN, 2006).

⁸⁴ A escola é uma instituição central para a disseminação de informações técnicas sobre DST/AIDS, alcançando jovens de todos os níveis sociais. Esse dado é frequentemente divulgado como um resultado positivo da política de nacional de prevenção DST/AIDS, que conseguiu democratizar o acesso a este tipo de informação, via sistema de ensino. Contudo, as informações veiculadas pela escola e as discussões que ali ocorrem não vinculam a prevenção com a contracepção, de modo que temas como sexualidade ou gravidez ficam em segundo plano (CABRAL; HEILBORN, 2010).

precursor à fase da sexualidade com parceiro, que auxilia na composição do cenário sobre os modos de aproximação da sexualidade de moças e rapazes. Neste aspecto, as trajetórias são muito díspares e os dados corroboram o indicado por outros estudos: a masturbação integra o repertório sexual dos rapazes prévio ao intercurso sexual, contrastando fortemente com o comportamento declarado pelas moças (BOZON, 2008; LAGRANGE; LHOMOND, 1997). A interpretação sobre o contraste de experiências típicas tem sido utilizada para iluminar a maior relacionalidade feminina no que tange à esfera da sexualidade (cf. tabela 2).

O lugar de conhecimento do/a parceiro/ da primeira vez propicia não apenas a caracterização da ambiência ou os antecedentes da iniciação, como possibilita um aporte complementar à declaração sobre o contexto familiar dos jovens. Pode-se supor, por exemplo, que as moças possuam menor mobilidade espacial/territorial ou efetuem deslocamentos mais curtos, o que acentuaria a 'vizinhança, casa de amigos ou parentes' como locais mais prováveis para conhecer o par. Esta circunscrição pode sinalizar maior controle da rede familiar e, portanto, menor autonomia para "ir e vir". O fato de a escola ser relevante para os rapazes (o dobro do percentual encontrado para elas) pode ser indicativo do elemento etário na composição do par, em que a parceira tende a ser da mesma idade ou mais jovem (cf. tabela 2).

O terceiro bloco aglutina perguntas sobre as características da/o parceira/o: o *status* dado a ele/a na relação, a diferença de idade na composição do par, a (in)experiência sexual do/a parceiro e o desenrolar do relacionamento. Estes elementos possibilitam a composição do cenário, em termos de maior ou menor assimetria no par, além das expectativas em torno da primeira vez. A iniciação sexual feminina, majoritariamente vivida com namorado/companheiro/marido, vincula-se ao discurso veiculado por e para as moças, de que a iniciação sexual deve ser um momento especial em sua biografia. Por esta razão, é preciso escolher bem o parceiro (BOZON; HEILBORN, 2006; LE GALL; LE VAN, 2007). Nesta seleção, o fato de ele ter mais idade que ela e já contar com alguma experiência sexual são atributos valorizados na escolha do parceiro da primeira vez (cf. tabela 2).

Na construção do relacionamento, dois elementos estão intimamente conectados: o tempo entre o encontro do parceiro sexual e a primeira vez, e a classificação desse parceiro (BOZON, 2008). A iniciação sexual feminina não se encontra mais circunscrita ao enquadramento matrimonial. No entanto, é raro que o

parceiro da primeira vez seja qualificado como eventual (10%) e que o relacionamento cesse após a primeira relação sexual (10%). Em outras palavras, os primeiros parceiros sexuais das mulheres guardam atributos que sinalizam para um forte engajamento relacional. Eles são os namorados⁸⁵, cuja frequência prévia contou com certo tempo até a passagem ao ato. As biografias masculinas não apresentam as mesmas características. Eles tanto podem se iniciar com namoradas (46%) como em relacionamentos eventuais (54%). A primeira relação sexual propiciará relacionamentos mais duradouros para as mulheres, em comparação com os homens⁸⁶. Também é infrequente que a moça compartilhe o mesmo nível de inexperiência sexual de seu parceiro (15%), enquanto quase metade dos rapazes vivenciará, sob este ângulo, a passagem de modo mais igualitário (42%) (cf. tabela 2).

A partir destes resultados é possível supor que a diferença de experiências implique modos específicos como a primeira vez será avaliada depois⁸⁷. É possível argumentar também sobre uma provável especialização das tarefas contraceptivas no âmbito do casal, sobretudo quando a parceira é mais velha e/ou já experiente sexualmente (BELTZER; BAJOS, 2008). Estes elementos reforçam o argumento de que, apesar da contínua queda da idade de iniciação sexual das moças, fato que tende a aproximar a temporalidade dos calendários de iniciação sexual de jovens de ambos os sexos, a passagem à sexualidade com parceiro ainda expressa traços de forte assimetria entre os gêneros.

Outro conjunto de questões busca iluminar algumas características da relação. A qualificação do/a parceiro/a guarda estreita ligação com a variável 'tempo decorrido entre o momento do encontro do parceiro até a ocorrência da primeira vez'. Nesse sentido, é pouco provável que o/ parceiro/a da primeira vez não seja identificado/a como namorado/a, caso a primeira relação tenha ocorrido após alguns meses de cortejo. Contudo, é possível que ele/a receba tal atributo se a relação aconteceu 'por amor' e tenha seguido adiante, apesar de ter ocorrido em menos de um mês. A pergunta sobre o motivo da primeira relação sexual ajuda a demonstrar a maior conexão entre as expectativas femininas e o afeto, enquanto as masculinas se

⁸⁵ Um pequeno percentual foi identificado como companheiro ou marido.

⁸⁶ Entretanto, quase 10% dos homens mantêm o relacionamento com as parceiras identificadas como 'ficantes'.

⁸⁷ Em estudo qualitativo, Le Gall e Le Van (2007) explicitam contextos com menor angústia, sobretudo no que concerne ao desempenho sexual para os rapazes, quando ambos os parceiros são igualmente inexperientes.

referem ao desempenho técnico da atividade sexual. Cabe notar que esta demarcação faz-se mais presente nas declarações masculinas do que nas femininas (cf. tabela 2). Espera-se encontrar, na análise empreendida, cenários em que a iniciação sexual feminina possua contornos menos relacionais, como quando elas se iniciam por *tesão* ou por *curiosidade*, por exemplo.

Este bloco também é composto por um leque de perguntas sobre a expectativa quanto à primeira relação: se queria ou não que ela acontecesse naquele momento ou depois, o fato de terem ou não compartilhado “a novidade” e com quem, e a existência de conversa sobre formas de evitar gravidez, associada ou não ao uso de método contraceptivo. Estes elementos também possibilitam a caracterização do processo de socialização à sexualidade e as normas de gênero.

A declaração sobre as expectativas da primeira vez diferencia-se de modo marcante entre moças e rapazes, podendo ser interpretada como um reflexo dos comportamentos esperados para ambos os sexos, no que concerne as convenções de gênero e sexualidade. Elas devem parecer desinteressadas em sexo, enquanto eles tendem a exibir a conduta oposta. De modo análogo pode ser interpretada a atitude de contar ou não a ocorrência da primeira vez, e para quem. A primeira experiência sexual é compartilhada com amigos/as, embora as moças também recorram a seus familiares (cf. tabela 2). Ao observar a combinação deste resultado com outros indicadores do cenário, ao *contar* podem ser atribuídos distintos significados. Por ora, especula-se a ideia de uma busca pelo reconhecimento perante amigos, em torno do feito, ou de auxílio para lidar com os desdobramentos da vida sexual ativa, como orientação sobre métodos contraceptivos. Entretanto, a existência de grupo de pares é de extrema importância para a elaboração das condutas juvenis. Indo além, a passagem ao ato sexual guarda estreita relação com o fato de que membros do grupo de pares também o tenham feito (LAGRANGE; LHOMOND, 1997).

Por fim, aborda-se a negociação contraceptiva entre parceiros, por intermédio da combinação de duas questões: a existência de conversa prévia ao intercuro, sobre formas de evitar a gravidez, e o uso ou não de algum método. Processos sócio-históricos recentes acentuaram a responsabilidade contraceptiva, como atributo feminino (OUDSHOORN, 2003), aspecto passível de ser avaliado segundo a maior proporção de conversa acerca de contracepção declarada pelas mulheres. A negociação contraceptiva está encompasada por diversos elementos, dentre os

quais a diferença de idade entre parceiros e a condição de (in)experiência sexual⁸⁸. Tais elementos integram o aprendizado em torno dos modos de interação com o sexo oposto e atuação em um cenário que é, via de regra, desigual e assimétrico, sob a ótica das relações de gênero.

O último conjunto de perguntas selecionadas para a composição das configurações de iniciação sexual alude à opinião sobre sexualidade e reprodução. Considera-se aqui a possível existência de conexões entre os planos dos valores e das práticas sem, contudo, pressupor um espelhamento entre ambas as dimensões. As condutas são, em alguma medida, orientadas por representações e normas; todavia, é possível a presença de contradições ou descompassos (BOZON, 1995; 2004)⁸⁹. Tais nexos não são evidentes e comportam exceções e paradoxos. Segundo Bozon (2004), há uma proliferação de normas referentes à sexualidade e os indivíduos se vêem compelidos a dar coerência a suas experiências íntimas. Valores e normas não somente delimitam o campo de possibilidades, de acordo com o que seria certo ou errado, mas “servem como guia de interpretação dos comportamentos, auxiliando os indivíduos a se orientar e tomar decisões em situações complexas” (HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006, p. 208).

Assim, o exame de algumas questões sobre valores e opiniões acerca de sexualidade e reprodução, neste exercício de composição de cenários da primeira vez, dá pistas sobre o quadro normativo em torno do qual os jovens vivenciam a passagem à sexualidade com parceiro. Pode-se supor que indivíduos que se iniciam em relações estáveis, em meio a namoros prolongados, também sejam aqueles que afirmam que o sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a. Pode-se encontrar jovens que consideram que a idade ideal para ter o primeiro filho seja a partir dos 30 anos, mas que passaram por esta experiência antes desta idade. Um dos aspectos que propicia a concepção da parentalidade juvenil como um problema social ou um desvio na trajetória consiste na normalização da definição social da boa idade para se ter filhos, em determinados marcos etários⁹⁰. É lícito admitir também que um

⁸⁸ Por exemplo, pode-se imaginar que os homens sejam protagonistas desta situação, assumindo um papel pedagógico, caso a parceira seja mais nova e virgem (BOZON; HEILBORN, 2006).

⁸⁹ “Uma das características da evolução contemporânea da sexualidade é a proliferação de [suas] normas e de [suas] representações que, em um contexto de individualização das condutas, produz inúmeras situações de *injunções contraditórias*” (BÉJIN, 1990, apud BOZON, 2004, p. 147).

⁹⁰ Bajos e Ferrand assinalam a força da norma social que dita a boa idade para ter filhos, no contexto francês: a gravidez antes dos 25 anos ou após os 40 é considerada desviante. As autoras discutem em que medida a opção pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) é, a um só tempo, efeito e agente desta norma (BAJOS; FERRAND, 2006). No Brasil, a constituição de um campo de debates em torno da ‘gravidez na adolescência’,

mesmo indivíduo declare a prática da masturbação e a considere um vício, assertiva que carrega um componente pejorativo a respeito de tal prática. Estes são alguns exemplos sobre as conexões entre os planos das condutas e dos valores. A análise empreendida com uso da metodologia CHA permite a descrição de configurações da iniciação sexual, nas quais certas atitudes e opiniões acerca da sexualidade e reprodução encontram-se vinculadas ao plano das experiências vividas⁹¹.

Conforme mencionado, o método CHA é composto por variáveis ativas e suplementares. As variáveis suplementares não contribuem para a composição dos grupos; elas são utilizadas para sugerir as pistas interpretativas em torno das diferenças observadas entre os grupos criados. Assim, foram tratadas como variáveis suplementares as perguntas de caracterização sociodemográfica e de origem familiar, algumas de trajetória individual – que exprimem eventos posteriores à iniciação sexual, como ocorrência de gravidez na trajetória ou experiência conjugal – e questões sobre a opinião em torno da sexualidade. As tabelas 2 e 3 apresentam as variáveis ativas e suplementares selecionadas, as opções de respostas e os agrupamentos efetuados, além do correspondente p-valor de cada uma, nas tabelas de contingência por sexo. Ambas conformam uma paisagem, ainda geral, sobre os elementos selecionados para a composição dos cenários de iniciação sexual.

sobretudo na década de 1990, é exemplar sobre as transformações das temporalidades biográficas, no que concerne a reprodução.

⁹¹ Bozon e Giami (1999), inspirados nas formulações de Gagnon e Simon (1973), argumentam sobre o esforço individual e a necessidade de dar coerência às experiências, que tendem a ser cada vez mais diversificadas. Assim, valores e normas não constituem apenas condições externas aos indivíduos: há uma elaboração interna, que também corresponde à possibilidade de improvisação, postulada por Gagnon e Simon (1973), acerca dos scripts sexuais.

Tabela 2: Características e circunstâncias da primeira relação sexual segundo sexo

		(continua)		
Variáveis ativas (seleção)		Mulheres	Homens	p-valor
Idade à IS				
	Idade mediana (*)	17,9 anos	16,2 anos	
Contexto familiar				
	• Algum/a irmã/ão teve filho antes 20 anos	29,7	23,6	0,0067
	• Aos 15 anos, pais ou adultos com quem morava tentavam impedir a convivência com amigo/as ou namorado/as	45,05	36,5	0,000
Antecedentes/socialização				
	• Obteve primeiras informações sobre sexo com amigos	40,6	46,2	0,0357
	• Obteve as primeiras informações sobre gravidez/contracepção com a mãe	44,3	39,5	0,0589
	• Obteve primeiras informações sobre DST/AIDS com professor/escola	51,8	48	0,0713
	• Lugar em que conheceu parceiro/a:			
	Vizinhança, casa amigos ou parentes	48,7	38,8	
	Trabalho, bailes, clube, locais públicos, em viagem	37,3	32,2	0,000
	Escola	14	29	
	• Prática da masturbação antes da IS	15	78,7	0,000
Característica da parceria				
	• Tipo de parceiro/a			
	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	90,12	45,89	
	Parceiro/a eventual, recém conhecido/a, garota/o de programa	9,88	54,11	0,000
	• Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a			
	Parceiro/a mais novo/a	1,9	9,6	
	Parceiro/a mesma idade (+/- 1 ano)	23,9	51,8	
	Parceiro/a mais velho/a (2-4 anos)	36,2	23,7	0,000
	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	37,9	14,8	
	• Iniciação com parceiro/a também virgem	14,8	41,9	0,000
	• Continuidade da relação (parceiro/a da IS se torna o/a 1º parceiro/a estável)	89,7	56,9	0,000
Características da relação				
	• Tempo decorrido entre o encontro e a 1ª vez			
	Até 30 dias	14,3	54,9	
	31 a 180 dias	38,4	33,7	0,000
	181 dias e mais	47,3	11,3	
	• Na época em que aconteceu a 1a relação...			
	Querida que acontecesse logo	20,1	58,2	
	Esperava que fosse acontecer mais tarde	26,5	11,3	0,000
	Não pensava muito no assunto	53,4	30,4	
	• Principal motivo para ter a primeira vez			
	Amor ou medo de perder o/a parceiro/a	59,6	16	0,000
	Teseão, curiosidade ou outros motivos	40,3	84	

Tabela 2: Características e circunstâncias da primeira relação sexual segundo sexo

Variáveis ativas (seleção)	Mulheres	Homens	p-valor
(conclusão)			
• Conversa sobre evitar gravidez antes da 1ª vez e/ou uso de método na IS			
Conversou e usou	51,7	34,9	
Conversou e não usou	10,2	9,1	
Não conversou e usou	18	33,3	0,000
Não conversou e não usou	20	25,7	
• Para quem contou sobre a 1ª vez			
Famíliares	37	27	
Amigos/as	50,4	55,7	0,000
Não contou	12,6	17	
Opinião sobre sexualidade e reprodução			
• Necessidade de sexo			
Homens têm mais necessidade de sexo do que as mulheres	59,7	43,5	
Mulheres têm igual ou mais necessidade de sexo do que os homens	40,3	56,5	0,000
• Opinião sobre masturbação masculina:			
É uma prática que se faz quando está sem parceira	17,5	22,1	
É uma prática comum, mesmo tendo parceira	57,9	58,8	0,0064
É um vício	24,6	19,2	
• Opinião sobre sexo			
O sexo é uma necessidade física como a fome ou a sede	9,8	16,1	
O sexo é prova amor pelo/a parceiro/a	45,5	43,8	0,0003
O sexo é fonte de prazer e de satisfação pessoal	44,6	40	
• Se pudesse escolher a idade para ter 1º filho, escolheria:			
Até 24 anos	36,9	27,9	
Entre 25 e 29 anos	48,9	42,7	0,000
Aos 30 anos ou após	14,2	29,4	

FONTE : Pesquisa GRAVAD, 2002

POPULAÇÃO: Jovens com iniciação sexual, de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

NOTA: ⁽¹⁾ Cálculo feito com todos os respondentes, inclusive os virgens (n=4634).

Tabela 3: Perfil sociodemográfico e elementos de trajetória individual, segundo sexo

(continua)

Variáveis suplementares (seleção)	Mulheres	Homens	p-valor
Perfil sociodemográfico			
• Escolaridade de ego			
Até fundamental completo	48,5	54,9	
Nível médio incompleto/completo	30,2	27,8	0,0036
Superior incompleto/completo	21,3	17,2	
• Escolaridade da mãe de ego			
Até fundamental completo	56,2	53,9	
Nível médio incompleto/completo	27,8	29,5	0,6157
Superior incompleto/completo	15,9	16,6	
• Mobilidade escolar (ego/mãe):			
Mesmo nível	54,9	58,4	
Mobilidade ascendente	30,1	22,7	0,0001
Mobilidade descendente	14,9	18,9	
• Religião que frequenta			
Católica	37,3	29,2	
Pentecostal ou protestante	14,8	12,4	0,000
Sem religião	34,5	51	
Outras	13,4	7,4	
• Cor/raça			
Branca	43,4	42,5	
Preta	25,7	23,3	0,1603
Parda	20,3	25,9	
Outras	10,6	8,4	
• Renda familiar per capita			
Baixa (até ½ salário mínimo)	40,2	33,2	
Média (de ½ e 3 salários mínimos)	36,2	39,9	0,0203
Alta (3 salários mínimos ou mais)	23,6	26,8	
Contexto familiar			
• Participação nas tarefas domésticas entre 15 e 18 anos:			
Principal responsável	16,1	4	
Ajudava	67,3	64,7	0,000
Não tinha nenhuma obrigação	16,6	31,3	
• História familiar / separação dos pais:			
Pais sempre juntos	60,2	63,3	
Pais separados antes dos 18 anos de ego	35,4	33,2	0,3771
Pais separados depois dos 18 anos de ego ou outras situações	4,4	3,5	

Tabela 3: Perfil sociodemográfico e elementos de trajetória individual, segundo sexo

Variáveis suplementares (seleção)	Mulheres	Homens	(conclusão) p-valor
Elementos de trajetória individual			
• Com episódio de gravidez	43,9	32,2	0,0000
• Experiência de conjugalidade	41,2	23	0,0000
• Número de parceiro/as sexuais			
1 ou 2	59,1	12,2	
3 a 5	28,5	23,8	0,000
6 a 10	8,5	27,4	
11 ou mais	3,9	36,6	
• Principal método contraceptivo na iniciação sexual			
Método de controle feminino (pílula ou outros)	8,7	4,7	
Método de controle masculino (preservativo ou outros)	57,1	61,9	0,0003
Mais de um método	3,9	1,5	
Não usou método	30,3	31,8	
• Repertório sexual			
Somente sexo vaginal	17	9,2	
Sexo vaginal e oral	57,9	29,5	0,0000
Sexo vaginal, oral e anal	25,1	61,3	
Atitudes e opinião sobre sexualidade e contracepção			
• O homem deve ser o responsável por comprar os anticoncepcionais para a parceira	57,8	64,1	0,0064
• Quando você não está com vontade de ter relações sexuais com seu/sua parceiro/a, você:			
Cede (sempre ou às vezes)	24,1	27,4	
Não cede ou evita com pretexto	64,4	38,1	0,000
Isso nunca aconteceu	11,5	34,5	

FONTE: Pesquisa GRAVAD, 2002

POPULAÇÃO: Jovens com iniciação sexual, de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

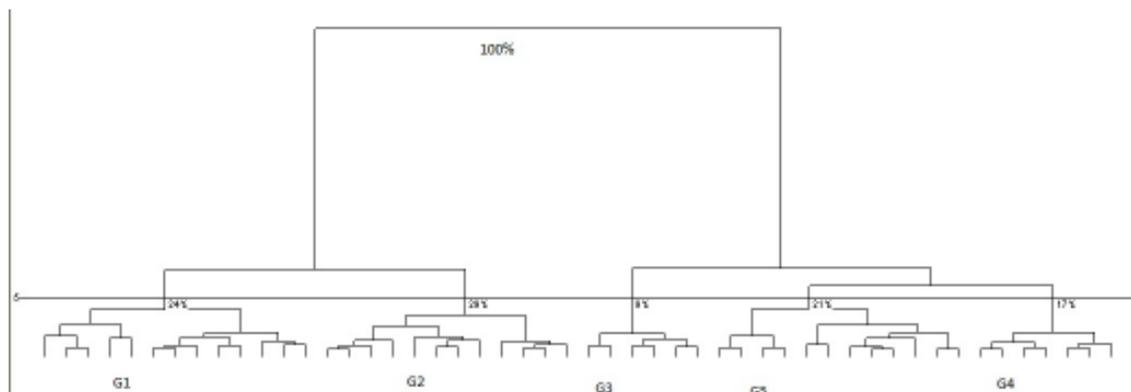
2.4 Homens *tardios*, mulheres *interessadas em sexo*: resultados da clusterização

O procedimento de classificação hierárquica ascendente (CHA) é uma forma de agrupamento dos dados, baseada em uma sequência de repartições aglomerativas. Inicialmente, cada registro é um cluster, e esses seguem sendo agrupados em *clusters* maiores sucessivamente, até a obtenção de um único grupo, que engloba o conjunto da população. A CHA produz uma árvore de classificação – um dendograma –, que representa a passagem de ‘n’ indivíduos a um grupo ‘total’, segundo uma sucessão de reagrupamentos. Um dendograma é a representação gráfica da hierarquia das partições na estrutura dos dados. No processo aglomerativo, o número de partições (grupos, classes ou clusters) não é escolhido *a priori* pelo pesquisador, ainda que seja possível arbitrar a quantidade desejada. Na CHA, o número ótimo de classes é fornecido pelo *software*, de forma que cada uma seja o mais homogênea possível internamente, ao mesmo tempo em que se diferencie em relação às demais.

Nesta tese, a classificação hierárquica ascendente possibilitou a divisão dos entrevistados em dez subgrupos, cinco de homens e cinco de mulheres. Cada um abriga características distintas em termos das configurações da primeira relação sexual. Ressalta-se que algumas combinações foram efetuadas a partir de variáveis “candidatas”, descartadas ou incorporadas, até alcançar a composição do modelo final da CHA. As variáveis referentes às características da parceria sempre se apresentaram como relevantes na composição dos perfis.

Os subgrupos estão identificados por um atributo que os distingue dos demais. As variáveis ativas que mais contribuíram para a constituição de cada um são apresentadas inicialmente para, a seguir, abordar as características sociodemográficas dos grupos e algumas variáveis de trajetória individual, tratadas de modo suplementar. A título de ilustração apresento o dendograma obtido com os dados sobre os homens jovens.

Figura 1: Representação gráfica (dendrograma) dos *clusters* obtidos pela classificação hierárquica ascendente dos dados sobre iniciação sexual de homens entre 18 e 24 anos (variáveis ativas seleccionadas) – Pesquisa Gravada 2002



2.4.1. Subgrupos dos rapazes

H1 – Ávidos para “transar” e se tornar adultos (23,7%)

O início da vida sexual no contexto de um relacionamento eventual, de curta duração (até 30 dias) e sem desdobramentos afetivo-relacionais constituem os traços que caracterizam este conjunto de jovens. Não há enredo de preparação para a primeira vez: estes rapazes se iniciaram precocemente (14 anos ou menos), sem qualquer conversa prévia com a parceira sobre meios de evitar gravidez ou uso de métodos contraceptivos. As parceiras tendem a ser mais velhas que eles (2 a 4 anos) e sexualmente experientes.

O ambiente próximo à moradia – vizinhança, casa de amigos ou parentes – é o lugar de encontro da parceira sexual. Eles comungam de uma visão naturalizante da sexualidade, expressa na percepção de que o sexo é uma *necessidade física, como a fome e a sede*, e a masturbação, *um vício*.

Esses rapazes possuem ampla experimentação sexual, declarando 11 ou mais parceiras sexuais na trajetória, e repertório sexual ampliado (sexo vaginal, oral e anal). A reprodução em idades mais jovens não é descartada: consideram que a idade ideal para se ter o primeiro filho é até os 24 anos. Em consonância com uma suposta maior tolerância à reprodução juvenil, eles tendem a ter episódio reprodutivo em suas trajetórias. Além disso, possuem irmão(s)/irmã(s) com gravidez antes dos 20 anos. São rapazes com baixa escolarização e provenientes de famílias com baixa renda familiar *per capita*. A experiência conjugal ainda na juventude é uma possibilidade forte para este grupo. Declaram-se sem religião.

H2 – Interessados em sexo, preparados e pacientes (27,8%)

Este grupo de rapazes tem a iniciação de forma protegida; a parceira é muito mais velha (5 anos ou mais) e com experiência sexual. Essa característica incide sobre a tomada de cuidados contraceptivos/preventivos, apesar do assunto não ter sido abordado no par. A iniciação sexual é um evento circunscrito temporalmente, ocorrendo em menos de um mês após o conhecimento da parceira, classificada como eventual. Não há continuidade do relacionamento. O local de encontro da parceira sexual é um ambiente de sociabilidade coletiva, como festas, bailes, locais públicos ou trabalho.

A concepção sobre sexualidade centra-se na ideia do sexo como fonte de prazer e de satisfação pessoal. A prática da masturbação antes da iniciação sexual está presente, e é considerada uma prática comum, mesmo quando em parceria.

Não há expectativa de reprodução precoce, pois eles consideram 30 anos como a idade mínima para ter o primeiro filho. Trata-se de um grupo com importante rede de informação e suporte: a escola consiste na principal fonte das primeiras informações sobre DST/AIDS; conversam sobre gravidez com a mãe; e, acerca de sexo, com amigos, o que enseja que a primeira vez seja compartilhada com o grupo de pares.

Estes rapazes possuem nível médio ou superior de escolaridade; estão em condição de mobilidade social ascendente. São filhos de famílias mais abastadas, com alta renda familiar *per capita*; o perfil é característico de grupos em que há prolongamento da juventude. Há valorização do projeto educacional e, portanto, provável adiamento da reprodução e da vida conjugal. Declaram-se sem religião.

H3 – Os namorados reservados (9,5%)

Neste grupo estão reunidos rapazes que se iniciam tardiamente (17 anos ou mais), com namoradas mais jovens e também virgens. A passagem às relações sexuais leva certo tempo (seis meses ou mais), ocorre no contexto de um relacionamento afetivo-sexual estável, e o amor é o principal motivo da sexualização.

São jovens mais reservados: não compartilham a notícia do início de suas atividades sexuais. A contracepção foi abordada com as parceiras previamente à iniciação sexual. Contudo, a conversa não implica necessariamente comportamento contraceptivo, o que pode estar articulado à maneira de percepção do uso: se para fins contraceptivos ou preventivos. Neste último caso, o fato de a parceira também ser virgem contribui para o posicionamento da não necessidade de prevenção para HIV/AIDS.

O perfil do grupo é caracterizado pelo número restrito de parcerias sexuais (uma ou duas somente)⁹² e pela declaração de pertencimento à religião pentecostal ou protestante.

H4 – Namorados românticos e relacionais (17%)

O amor ou o medo de perder a parceira foi o principal motivo para a ocorrência da primeira vez, para os rapazes deste subgrupo. Tal atitude caracteriza a trajetória destes jovens, que também consideram ser o sexo uma prova de amor pela parceira. Eles se iniciam em meio a namoros com duração mediana (1 a 6 meses), com parceiras de mesma idade e também virgens. O relacionamento tem continuidade e elas se tornam sua primeira parceira sexual estável.

Estes jovens utilizam método contraceptivo/preventivo com suas namoradas na primeira vez. Embora esperassem que a relação sexual fosse acontecer mais tarde, a conversa sobre prevenção de gravidez estava presente no par. A notícia da primeira vez é compartilhada com algum membro da família e os amigos não são os principais interlocutores sobre sexo.

⁹² Esta menor variabilidade pode ser creditada, ao menos em parte, à existência de dados censurados neste grupo: eles são tardios e não foi feita uma segmentação segundo tempo de vida sexualmente ativo, desde a iniciação sexual até o momento da aplicação do questionário. O controle segundo tempo seria importante; entretanto, optei por manter a variável 'numero de parceiros sexuais', na descrição dos grupos, quando relevante.

Eles não declaram a masturbação antes da iniciação sexual; ela pode ter sido incorporada posteriormente ao repertório sexual, pois consideram-na uma prática associada à ausência de parceira.

São jovens com baixa escolaridade e oriundos de meios mais modestos, com baixa renda familiar *per capita*. Este grupo não apresenta mobilidade social: os jovens e suas mães possuem o mesmo nível de escolaridade. Utilizaram método de controle masculino na primeira relação sexual e consideram que o homem é o responsável pela compra dos métodos anticoncepcionais para a parceira. Declaram-se católicos.

H5 – Os namorados simétricos (20,7%)

A iniciação sexual ocorre com uma namorada, também virgem e com idade semelhante à do rapaz, no âmbito de um relacionamento mais ou menos duradouro (de um a seis meses). O vínculo prossegue após a primeira vez, e a namorada torna-se sua primeira parceira sexual estável. A escola é o lugar de encontro do casal.

O evento da primeira relação sexual não está protegido pela intimidade. O grupo de pares é relevante na biografia: os rapazes contam sobre sua experiência para os amigos e estes também são citados como principal fonte de informação sobre sexo. A escola contribui com as informações sobre DST/Aids.

As declarações sobre opinião e prática delineiam um perfil de jovens curiosos sobre a sexualidade, na medida em que a masturbação integra o repertório sexual antes da primeira vez. Eles consideram tratar-se de uma prática comum, adotada inclusive quando possuem parceira. Iniciam-se por *tesão* ou curiosidade, e consideram que o sexo é uma fonte de prazer ou de satisfação pessoal.

Estes jovens possuem nível médio ou superior de escolaridade; alguns apresentam mobilidade social ascendente. Possuem maior experimentação sexual, ao se considerar as declarações sobre número de parcerias sexuais (6 a 10) e repertório sexual (ampliado: sexo vaginal, oral e anal). Não há evento de conjugalidade nem de gravidez na trajetória. Eles tendem a usar método contraceptivo/preventivo na iniciação sexual, principalmente o preservativo masculino.

2.4.2. Subgrupos das moças

M1 – As hedonistas e preparadas (26%)

Este grupo é constituído por moças com atitudes e opiniões que confluem para uma ênfase no sentido da realização pessoal na esfera da sexualidade. Elas expressam uma percepção hedonista da sexualidade. O sexo é uma fonte de prazer e o *tesão* ou a curiosidade foram os motivos para a iniciação. Declaram ter se masturbado antes da iniciação sexual e consideram tratar-se de uma prática comum, inclusive quando têm parceiro.

O uso de método contraceptivo/preventivo na primeira vez prescinde de conversa com o namorado. Elas conhecem o parceiro sexual em ambiente de sociabilidade coletiva, como festas, bailes ou locais públicos ou trabalho. O grupo de pares detém importância nas trajetórias aqui reunidas, pois os/as amigos/as são fonte das primeiras informações sobre sexo e interlocutores no que tange à experiência sexual vivida.

A iniciação ocorre em idade mediana (16 ou 17 anos), com parceiros mais velhos (2 a 4 anos), em meio a namoros com alguma duração (1 a 6 meses).

Estas moças possuem escolarização média ou superior, e se encontram em mobilidade sócio-escolar ascendente. São oriundas de famílias com alta renda familiar *per capita*; sem obrigações em termos de afazeres domésticos. A percepção do sexo como fonte de prazer está associada à experimentação mais ampliada do repertório sexual, com declarações sobre sexo vaginal, oral e anal.

M2 – Impacientes pela vida adulta (18,9%)

Estas jovens apresentam certas características que as configuram como grupo alvo de preocupações das políticas públicas. São moças que se iniciam antes dos 15 anos, sem qualquer preparo. A contracepção não foi abordada em conversas no casal nem houve uso de método contraceptivo na primeira vez.

Elas consideram ideal ter o primeiro filho quando ainda jovens (antes dos 20 anos ou, no máximo, entre 20 e 24 anos). O meio familiar é propício à valorização da reprodução nesta faixa etária: elas têm irmãos/irmãs que tiveram filho antes dos 20 anos. A escola não é a principal fonte de informação sobre DST/AIDS, o que

evidencia o menor acesso, por parte deste grupo, às informações que integram uma política bem sucedida do sistema de ensino no Brasil⁹³.

Pode-se supor a existência de tensão familiar no que concerne a assuntos amorosos: há tentativa de controle parental sobre a rede de amigos e/ou namorados entre os 15 e 18 anos, elemento que marca este grupo. Não há diálogo com a mãe sobre formas de evitar gravidez. O controle parental não resulta em adiamento da iniciação sexual, parecendo contribuir para circunscrever o lugar de encontro do parceiro sexual nas proximidades da vizinhança, casa de amigos ou parentes. Tal dado indica um horizonte de sociabilidade mais restrito destas moças.

Trata-se de um grupo com baixa escolaridade (até nível fundamental), oriundas de família desfavorecidas economicamente (mãe com baixa escolaridade; baixa renda familiar *per capita*), com obrigações domésticas na adolescência/juventude: elas são as principais responsáveis pelas tarefas de casa entre os 15 e os 18 anos. Elas têm episódio reprodutivo na trajetória (gravidez e/ou aborto, e filho nascido vivo) e experiência de conjugalidade. Declaram-se sem religião.

M3 – Namoradas simétricas (18,7%)

Este grupo de informantes possui uma experiência de gênero mais simétrica do que as demais moças em relação à passagem à sexualidade com parceiro: têm idades semelhantes aos seus pares e ambos são virgens. A escola é o lugar de encontro do parceiro sexual.

Mostram-se preparadas para a entrada na vida sexual: têm diálogo prévio com os namorados sobre formas de evitar a gravidez e adotam comportamento preventivo na primeira vez. As primeiras informações sobre DST/AIDS são fornecidas pela via institucional (escola/professores) e a temática do sexo está presente na interação com grupo de pares.

As variáveis de atitude indicam um grupo com traços de igualitarismo, que não excluem a valorização da dimensão relacional da sexualidade. A prática da masturbação é admitida mesmo estando com parceiro. O sexo é tido como uma prova de amor. Cabe ressaltar que elas declaram “amor ou medo de perder o

⁹³ De modo geral, tanto moças quanto rapazes de origem popular citam escola e professores como principal fonte de informação para DST/AIDS (BOZON; HEILBORN, 2006). Encontrar um subgrupo de jovens que não reconhece esta fonte institucional de informação implica considerar que se trata de um grupo com maior vulnerabilidade social e/ou abandono precoce da escola.

parceiro” como motivos para a primeira vez, que ocorre em idade tardia (aos 17 anos ou mais).

Neste grupo há predomínio de moças com nível médio ou superior de escolaridade, sendo uma parte claramente em mobilidade sócio-escolar ascendente: nível escolar atingido é mais elevado que o de suas mães. Algumas são oriundas de famílias com alta renda familiar *per capita*. Não conhecem eventos reprodutivos durante a trajetória juvenil, tampouco possuem experiência de coabitação com parceiro. Houve utilização de mais de um método na iniciação sexual. Declaram-se católicas.

M4 – Fiéis ao namoro à “antiga” (27,6%)

Este grupo é constituído por uma temporalidade alongada para passagem à sexualidade com parceiro (6 meses ou mais). O amor ou medo de perder o namorado é citado como motivo para a primeira vez, que ocorre em idade tardia ou mediana. Talvez sejam moças submetidas a um maior controle parental e com pouca autonomia ou mobilidade espacial. O parceiro é conhecido em lugar próximo, na vizinhança ou em casa de conhecidos ou parentes.

O fato de estarem inseridas em um relacionamento de longa duração possibilitou o diálogo no par sobre formas de evitar gravidez. No entanto, a conversa não resultou necessariamente em uso de método contraceptivo na IS. Estas jovens não experimentam a masturbação solitária antes da primeira relação sexual, e consideram que a masturbação masculina é um vício. Declaram que o sexo é uma prova de amor pelo parceiro.

A rede de pares não é relevante para conversas sobre sexo. As informações sobre gravidez são provenientes da mãe, e o evento da primeira vez é compartilhado com algum membro da família.

Estas moças têm baixa escolaridade, são oriundas de meio social desfavorecido (baixa renda familiar *per capita*) e sem mobilidade sócio-escolar. Sua trajetória conta com poucos parceiros sexuais (um ou dois) e podem vivenciar a experiência de conjugalidade ainda na juventude. Declaram-se pentecostais ou protestantes.

M5 – Interessadas em sexo (8,7%)

Este é o grupo de entrevistadas que mais se distingue dos outros. A passagem à sexualidade com parceiro não é realizada em contexto de previsão de conjugalidade, diferentemente do que ocorre com as demais. A primeira experiência sexual é com parceiro eventual. O intervalo de tempo entre o momento do encontro e a primeira transa é curto (menos de 30 dias) e o relacionamento não segue adiante. Justificam a iniciação sexual por curiosidade ou *tesão*. Não conversam sobre contracepção com parceiro da relação sexual. São moças que experimentam maior autonomia, seja em relação ao próprio corpo, pois experimentam a prática da masturbação antes do início das atividades sexuais com um par, seja quanto à mobilidade espacial: conhecem o parceiro em locais de sociabilidade.

Trata-se de um conjunto minoritário, sem perfil sociodemográfico bem demarcado, sugerindo características biográficas muito particulares. Declaram elevado número de parcerias sexuais (6 ou mais) e experimentação de repertório sexual ampliado. Embora haja predominância dos elementos de eventualidade – parceiro pouco conhecido, curta temporalidade e não manutenção do vínculo – este grupo não conforma o perfil imaginado pelas mídias e pelo senso comum que necessita de políticas públicas.

Encontram-se no apêndice “A”, ao final da tese, os quadros completos com as respectivas variáveis ativas que constituem cada subgrupo de jovens.

2.5 Diversificação das trajetórias e experiências sexuais juvenis

A passagem à sexualidade com parceiro não se expressa da mesma forma para moças e rapazes. Examinado segundo o gênero, esse processo é retratado na literatura pela oposição entre exercício sexual e vínculo afetivo (HEILBORN; 1999; BAJOS; FERRAND; ANDRO, 2008; BOZON; HEILBORN, 2006). O argumento de que a iniciação para os rapazes corresponderia a uma etapa de aprendizado técnico do manejo da atividade sexual é recorrente. Já para as moças, discute-se sobre a subordinação da experiência sexual ao vínculo afetivo. *Grosso modo*, pode-se considerar que estes exemplos conformam dois tipos modelares de *scrips* sexuais, fortemente pautados pelas convenções de gênero. Contudo, é possível assinalar

uma diversificação dos modos de iniciação sexual, com ampliação de possibilidades, nuances e matizes. E é neste ponto que reside, em grande medida, o interesse pelo uso da classificação hierárquica ascendente, uma vez que esta técnica permite o surgimento de combinações minoritárias ou associações imprevistas na estrutura dos dados.

2.5.1 Homologias na iniciação sexual

Observa-se a presença de grupos homólogos no que concerne aos cenários de iniciação. Os rapazes “ávidos pela iniciação” podem ser aproximados com as moças “impacientes pela vida adulta” (H1; M2). De forma geral, são jovens com iniciação sexual em idade precoce em relação aos demais, entre os quais inexistem preparação para a passagem à sexualidade com parceiro. Entre eles não há conversa sobre métodos de evitar gravidez nem uso de método; o grupo de pares, a escola/professores ou a mãe não constituem fontes de informação para temas referentes à sexualidade, contracepção ou DST/AIDS. Suas trajetórias biográficas indicam forte assimetria das relações de gênero: geralmente, a iniciação é vivida com parceiro/a mais velho/a (2-4 anos) ou muito mais velho/a (5 anos ou mais), e já sexualmente experiente. O encontro dos/as parceiros/as ocorre na vizinhança, casa de amigo ou de parentes, mas o tempo de aproximação e os desdobramentos são distintos. Elas se iniciam em meio a namoros com duração mediana (1 a 6 meses) e que prossegue após a primeira vez; eles possuem parceiras eventuais e o relacionamento é limitado. Possuem baixa escolaridade e podem apresentar experiência de conjugalidade ainda na juventude. Em sua maioria, declaram-se sem religião. A passagem “precoce” à sexualidade com parceiro/a integra-se no contexto de transição condensada para a vida adulta (HEILBORN; CABRAL, 2006b). Estes jovens representam o grupo dos que têm atraído atenção especial das políticas públicas, sobretudo nas duas últimas décadas, na medida em que não atendem às expectativas atuais em torno da juventude: valorização da carreira escolar e profissional e retardamento da conjugalidade e da procriação.

Outra comparação possível entre biografias femininas e masculinas pode ser empreendida entre o conjunto de “namorados reservados” (H3) e o das moças “fiéis

ao namoro à antiga”, com prioridade do projeto conjugal (M4). São jovens com processo mais alongado de passagem à sexualidade com parceiro/a. A idade em que vivenciam a primeira vez (frequentemente mais tardia ou mediana), o tempo de namoro que antecede a passagem ao ato sexual (seis meses ou mais), a justificativa desta experiência (amor ou medo de perder o/a parceiro/a) e o modo como lidam com as questões contraceptivas/preventivas são elementos em comum. A conversa sobre métodos para evitar gravidez está presente no par, mas não conduz à efetiva tomada de precaução na primeira vez. A proteção pode ser percebida como desnecessária pelo casal. A célebre frase “conheço ele/ela”, apontada por diversos estudos qualitativos como importante razão que concorre para o não uso de método preventivo contra DST/AIDS é ilustrativa desta atitude (MONTEIRO, 1999; 2002; PAIVA, 1996; PIROTA, 2002). O aspecto contraceptivo fica a descoberto. Nesse sentido, é possível especular se a ausência de contraceptivos na iniciação sexual em contexto de namoro prolongado guarda alguma relação com a possibilidade de sedimentação do vínculo. Este conjunto de jovens possui uma sobre-representação dos adeptos das religiões pentecostais ou protestantes, o que se coaduna com uma moralidade mais restrita, que privilegia o vínculo relacional.

2.5.2 Aprendizado simétrico e gradual

A aproximação do calendário da iniciação sexual de moças e rapazes é incontestável. Este elemento compõe um cenário de representações e/ou experiências mais equidistantes entre os jovens, no que tange à sexualidade. Segundo o prisma da composição do par, os jovens “namorados românticos” (H4) e os “namorados simétricos” (H5) se iniciam com parceiras de mesma idade e igualmente virgens. Estes jovens se diferenciam de um cenário até bem pouco tempo prevalente, no que concerne à sexualidade masculina, em que a primeira experiência sexual dos homens era com mulheres mais velhas e experientes, ou com profissionais do sexo. A passagem ao ato representava a necessidade do aprendizado técnico. A simetria etária e de (in)experiência no casal permite a suposição de um aprendizado conjunto

e gradual do domínio das regras sociais que presidem o exercício sexual⁹⁴. A concepção comum é de que os homens são sempre ‘os iniciadores de alguém’, quando vistos pelo prisma de ‘parceiros – geralmente mais velhos – das moças’, ou ‘iniciados por alguém’, quando enfocados segundo a concepção dominante da iniciação sexual masculina como aprendizado técnico. A relação sexual apareceria representada como dissimétrica. Não é comum considerar a possibilidade da primeira experiência estar revestida de um caráter compartilhado ou mais “igualitário” para os homens.

Por um lado, observam-se grupos masculinos com a tradicional composição do par na iniciação sexual, marcada por forte assimetria das experiências, nos quais a parceira é mais velha e não há qualquer tipo de vínculo. Trata-se de uma configuração que pode ser interpretada a partir da perspectiva do aprendizado técnico da sexualidade. Por outro lado, é possível questionar se as relações mais simétricas no jovem casal seriam reflexo das mudanças nos *scripts sexuais* masculinos, que estariam englobando a normatividade, tradicionalmente imputada aos *scripts* femininos. Tais roteiros seriam, portanto, uma tentativa de fazer coincidir a experiência amorosa com a experiência sexual na primeira vez. O perfil delineado no grupo de “namorados românticos” (H4) ilustra este argumento: além de se iniciarem com parceiras de mesma idade e virgens, eles declaram que “o amor ou o medo de perder a parceira” foi o principal motivo que os levou a ter a primeira vez. Mais ainda, consideram que o sexo é uma prova de amor pela parceira.

Le Gall e Le Van (2007), em seu estudo sobre jovens universitários franceses, argumentam que o “amor” pertence ao contexto do cenário da primeira vez. Os autores sustentam a existência de uma nova normatividade, a do “amor recíproco”, na qual a entrada na sexualidade teria lugar em uma relação amorosa, compondo a configuração que estrutura o “ideal da primeira vez” (LE GALL; LE VAN, 2007, p.62). A declaração de rapazes que se iniciam “por amor” poderia ser assim interpretada: o cenário em que há coincidência da experiência amorosa com a experiência sexual na primeira vez também diz respeito a uma parte das biografias masculinas. Este seria um importante indicador da diversificação de trajetórias, que ajudaria a relativizar a ideia de que a iniciação sexual dos rapazes caracteriza-se pela urgência da aquisição do aprendizado técnico, que os constitui como homens. Esse elemento

⁹⁴ As moças que “postergam a vida adulta” (M3) também se iniciam com parceiros de mesma idade e virgens

não pode ser, portanto, tomado para o conjunto dos rapazes. A iniciação sexual masculina, geralmente descrita como precoce ou rápida, não consiste em um imperativo para todos: há os que escapam a este padrão. Mas uma parcela considerável não se inicia tão cedo e o faz em meio a namoros mais ou menos alongados. Estes rapazes subordinam a experiência sexual ao vínculo afetivo, na medida em que o argumento do “amor” se apresenta no panorama da iniciação sexual.

2.5.3 O vigor entre sexualidade e afetividade

Quanto aos cenários femininos, cabe frisar a permanência de traços indicativos da valorização do aspecto relacional, por parte das moças. As assertivas sobre grandes transformações e conquistas femininas são consensuais na literatura, principalmente a partir das últimas décadas do século XX, como a possibilidade de vida sexual antes do casamento e do controle (ao menos técnico) da reprodução pelas mulheres. Tais exemplos são citados como indicadores de uma maior autonomia feminina, o que permitiria uma atenuação das desigualdades de gênero. De fato, este perfil de maior autonomia feminina está associado ao pertencimento a setores mais abastados e permeados pela ideologia individualista (HEILBORN, 2004). Entretanto, a paisagem da iniciação sexual feminina ainda está marcada por experiências desiguais entre parceiros, e por elementos que endossam a primazia do vínculo afetivo sobre o exercício sexual. Elas se iniciam com parceiros mais velhos (ou muito mais velhos), já experientes sexualmente, em relacionamentos com alguma duração⁹⁵.

A continuidade da relação após a iniciação sexual pode ser utilizada como indicador de uma possível avaliação sobre a primeira vez. Embora o material quantitativo da pesquisa Gravada não contenha uma pergunta de avaliação sobre a iniciação sexual, é possível supor, a partir do que tem sido demonstrado em estudos qualitativos (LE GALL; LE VAN, 2007; COSTA, 2002)⁹⁶, que a passagem à

⁹⁵ Exceção feita para as moças que compõem o grupo M3 e que se iniciam com parceiros de mesma idade e igualmente virgens. No entanto, este grupo é constituído por elementos que indicam uma valorização de aspectos relacionais/conjugais na esfera da sexualidade.

⁹⁶ Cabe mencionar aqui um exemplo, retirado das entrevistas qualitativas presentes no capítulo quatro desta

sexualidade seja considerada bem sucedida para a maioria das jovens inquiridas, tendo em vista a manutenção do relacionamento após a primeira vez. Este aspecto pode ser interpretado como indício do valor atribuído ao aspecto relacional pelas moças. Assim, ser “bem sucedida” está associado à escolha do parceiro “certo” e/ou do “momento certo” (COSTA, 2002; LE GALL; LE VAN, 2007; LEVINSON, 2001) e, sobretudo, à possibilidade de manutenção do vínculo, de modo a ser considerado um “namoro”. Cabe lembrar que 90% das entrevistadas se iniciaram com “namorados” e houve continuidade da relação (cf. tabela 2).

A sexualidade ainda é largamente relacional para as mulheres. Se, por um lado, não há qualquer novidade nesta constatação, por outro, é surpreendente o vigor deste aspecto da sexualidade feminina. A expectativa de que as mudanças culturais das décadas de 1960 e 1970 acarretaria a possibilidade da experimentação de uma sexualidade autonomizada, centrada na noção do próprio prazer, e não em sentimentos e relacionamentos, não se confirma (GIAMI, 1996). A sexualidade feminina permanece em grande medida subordinada à dimensão afetiva.

Bajos, Ferrand e Andro (2008) debruçam-se sobre esta intrigante permanência, também presente nos recentes dados da pesquisa francesa sobre sexualidade – *Contexte de la sexualité en France* (CSF)⁹⁷. Em uma sociedade em que a reivindicação de igualitarismo se coloca em diversos domínios do social, as autoras buscam compreender o descompasso entre aspirações claramente igualitárias e práticas que resistem a isso. Elas argumentam que há uma difusão de práticas cada vez menos diferenciadas entre homens e mulheres no domínio da sexualidade. No entanto, tais mudanças convivem com uma persistente diferença no plano das representações sobre a sexualidade. As autoras lançam como hipótese o fato de que a “visão diferencialista” da sexualidade, ao atribuir à “natureza” a origem das especificidades entre mulheres e homens, seria uma lógica dominante e que estaria subjacente a diversas práticas ainda desiguais. Na CSF, tal concepção foi investigada a partir da proposição “por natureza, os homens têm mais necessidades

tese. Avaliações positivas sobre a primeira vez são justificadas por frases como “foi a pessoa certa”, “foi o momento certo” e, geralmente, ilustram contextos em que houve continuidade do relacionamento após a primeira relação sexual. De modo distinto, as moças declararam que “foi um erro” ou “foram enganadas”, quando não há desdobramento do vínculo amoroso, conforme por elas esperado.

⁹⁷ Este é o terceiro grande inquérito na França sobre comportamento sexual em um espaço de quatro décadas. O primeiro, conhecido como *Enquête Simon* (SIMON et al., 1972), foi realizado em 1970; o segundo foi conduzido em 1992 pela equipe de Alfred Spira (*Analyse des comportements sexuels em France* - Spira et al., 1992). A população entrevistada na CSF (BAJOS; BOZON, 2008) tem entre 18 e 69 anos, o que faculta a riqueza de comparabilidades geracionais em um *survey*.

sexuais do que as mulheres”. Esta perspectiva seria estruturante de um conjunto de representações que compõem um sistema normativo, que “opõe uma sexualidade feminina, majoritariamente pensada sob o registro da afetividade e da conjugalidade, a uma sexualidade masculina referida ao registro das necessidades fisiológicas” (p. 549)⁹⁸.

A partir da comparação dos dados geracionais realizadas com a pergunta sobre a possibilidade de ter relações sexuais com qualquer pessoa sem amor/sem amá-la, as autoras demonstram uma dissociação entre sexualidade e afetividade, ao longo das gerações por parte dos homens, mas muito pouco ou quase nada, por parte das mulheres, o que traduziria a “perenidade ao modelo que inscreve prioritariamente a sexualidade feminina no registro do sentimento” (BOZON, 1998 apud BAJOS et al., 2008, p. 554). É interessante a constatação de que a experiência de vida sexual diversificada (com mais de 10 parceiros) seria um dado biográfico associado à concepção de sexualidade menos centrada sobre a afetividade, enquanto outros indicadores, como pertencimento social (escolaridade, profissão, origem social), conjugalidade e parentalidade não explicam a adesão ao modelo dominante. Em resumo, estaria em curso uma resistência do modelo diferencialista da sexualidade, a despeito do fortalecimento do individualismo, da norma igualitária entre os sexos e da difusão da contracepção moderna, elementos característicos da conformação de um modelo sexual mais indiferenciado na opinião das autoras (BAJOS et al., 2008, p.560).

2.5.4 Sexualidade ‘insubordinada’ ao afeto

No presente estudo, as jovens reunidas no subgrupo cunhado como “hedonistas” (M1) apresentam características que permitem argumentar em termos de uma concepção mais lúdica da sexualidade. Elas valorizam o sexo como fonte de prazer, experimentam a masturbação solitária antes da primeira relação sexual e manifestam curiosidade pelo sexo. A pergunta sobre *necessidade de sexo* contribui para a composição deste grupo, a partir da alternativa eleita “mulheres têm igual ou

⁹⁸ O texto em francês é: « Ce modèle oppose une sexualité féminine majoritairement pensée sur le registre de l'affectivité et de la conjugalité et une sexualité masculine renvoyée au registre des besoins physiologiques ».

mais necessidade de sexo do que os homens”⁹⁹. Entretanto, elas não escapam totalmente às expectativas de gênero, no que concerne à formação do par: há diferença etária e de experiência sexual entre parceiros.

A possibilidade de intensificação da atividade sexual feminina, livre dos constrangimentos da reprodução, é um dos produtos da contracepção moderna. De fato, o advento dos modernos métodos de contracepção, em que a pílula anticoncepcional é a mais notável, permitiu – ao menos teoricamente – a separação entre reprodução e sexualidade, ou antes, entre a sexualidade com finalidade reprodutiva ou lúdica/por prazer. De acordo com Godelier (GODELIER, 2004 apud BAJOS et al. 2008), a novidade ocorre em um cenário constituído por séculos de crenças interiorizadas acerca da atribuição de um lugar diferente ocupado pelos homens e pelas mulheres na sexualidade¹⁰⁰. Segundo o autor:

A clivagem entre uma sexualidade feminina afetivo-conjugal e uma sexualidade masculina pulsional e individual que perdura, mostra que a autonomização da esfera da sexualidade se faz apenas parcialmente. (GODELIER, 2004 apud BAJOS et al. 2008, p. 565).

Cabe destacar o pequeno grupo de jovens entrevistadas (M5), destoante do padrão hegemônico, no qual as mulheres devem se interessar pelo relacionamento e pelo casal. As moças cunhadas como “interessadas em sexo” (M5) se diferenciam das demais, por serem as únicas a não subordinar o exercício sexual ao vínculo afetivo – ao menos no que concerne ao panorama da iniciação sexual¹⁰¹. Elas se distinguem das demais quanto à caracterização da parceria, tendo em vista que a primeira relação sexual ocorre principalmente com parceiros eventuais e/ou em relacionamentos de curta duração. Elas não dissimulam o interesse pelo sexo. Possuem vários parceiros sexuais, o que pode estar relacionado com a experimentação de repertório sexual ampliado (não restrito ao sexo vaginal).

⁹⁹ A ausência desta variável na composição dos demais grupos pode ser interpretada pelo seu inverso, ou seja, pela suposição de que as demais jovens compartilham da concepção diferencialista de sexualidade que imputa aos homens maior necessidade de sexo e que atribui à “natureza” as diferenças entre os sexos.

¹⁰⁰ Texto em francês: « Mais cette nouveauté doit faire face à des siècles de croyances intériorisées concernant la place différente des femmes et des hommes dans la sexualité ».

¹⁰¹ Esta observação se faz necessária, tendo em vista a tentação de articular os cenários de iniciação com os desdobramentos posteriores da biografia dos jovens. Por um lado, este movimento se articula à hipótese de que elementos da iniciação sexual poderiam ser interpretados como preditores de comportamentos futuros, uma vez que comporiam determinados *scripts* sexuais aprendidos. Por outro lado, a própria perspectiva dos roteiros sexuais contempla a possibilidade de improvisação dos *scripts*, o que atenua um viés determinista, e abre a possibilidade para uma margem de manobra dos indivíduos, ainda que circunscrita a um campo de possibilidades.

2.5.5 Lógicas sanitária e relacional: entre oposição e complementaridade

O manejo da contracepção e/ou prevenção nos cenários descritos do início da vida sexual merece exame. Enfoca-se o modo como as declarações dos jovens sobre conversa acerca de métodos de evitar gravidez antes da primeira relação sexual e/ou uso de método contraceptivo se vinculam aos cenários descritos. Os métodos contraceptivos modernos, sobretudo a pílula, possibilitaram que a iniciação sexual se tornasse cada vez mais protegida, do ponto de vista da contracepção. Entretanto, acentuou-se uma divisão do trabalho reprodutivo, delegando às mulheres a responsabilidade e o controle da fecundidade, o que implicou reforço e naturalização dos riscos reprodutivos, como atinentes ao universo feminino (BAJOS et al., 2002; LUKER, 1975; OUDSHOORN, 2003). Nos anos 80, o surgimento da epidemia de HIV/AIDS impôs mudanças na forma como os indivíduos lidam com os riscos associados à atividade sexual. Às questões referentes à contracepção agrega-se, de forma contundente, a prevenção do HIV/AIDS, e um antigo dispositivo – tradicionalmente invocado por seu poder preventivo das “doenças venéreas” – é reintroduzido nas relações sexuais (FONTANEL; WOLFROMM, 2009). Assim, a epidemia de HIV/AIDS engendra uma nova lógica de proteção das relações sexuais.

De fato, o preservativo integra os roteiros de iniciação sexual das gerações mais jovens. O contínuo aumento do recurso a este dispositivo nos intercursos sexuais, sobretudo por ocasião da passagem à sexualidade com parceiro (HEILBORN et al., 2006; MS, 2000; 2005), espelha esta nova paisagem, amplamente produzida por sucessivas campanhas sanitárias governamentais. Os percentuais de declaração sobre uso de preservativo na iniciação sexual, tanto por moças quanto por rapazes, seja em estudos nacionais ou internacionais, são relativamente elevados (BOZON, 2008; BOZON; HEILBORN, 2006; HAAVIO-MANNILA; KONTULA, 2003; HUBERT et al., 1998; MOSHER et al. 2005; MS, 2008).

O preservativo pode desempenhar a dupla função de recurso anticonceptivo e preventivo, de maneira que cabe indagar em que medida o aspecto contraceptivo também estaria sendo acionado pelos jovens na iniciação sexual. Os altos percentuais de declaração de uso seriam o efeito bem sucedido da norma sanitária vigente? Estas questões são fundamentais para a compreensão dos contextos em que não há uso de método na iniciação sexual, e das assertivas que indicam um

afrouxamento da vigilância contraceptiva dos jovens no decorrer das relações sexuais.

Segundo esta concepção, as primeiras relações sexuais são mais protegidas e no desenrolar do relacionamento os jovens vão ficando menos atentos. Tais afirmativas estão bastante documentadas em estudos. Contudo, cabe indagar o sentido dessa proteção. Duas questões se entrelaçam: os percentuais de proteção na iniciação sexual abarcam tanto o aspecto preventivo quanto contraceptivo? Se não, até que ponto pode-se argumentar em termos de relaxamento da vigilância contraceptiva nas relações sexuais subsequentes, temática presente em estudos sobre juventude?¹⁰²

Este enfoque é pertinente para contextos nos quais os aspectos preventivos e contraceptivos estão intimamente associados. Na sociedade brasileira, a dupla função do uso do preservativo não tem sido enfatizada pelas políticas públicas de saúde ou educação, tampouco pelas mídias em geral (CABRAL; HEILBORN, 2010). A iniciação sexual representa o início de um processo de socialização e de incorporação das práticas contraceptivas, seja pelo deslocamento ou substituição de uma lógica por outra, ou pela justaposição de ambas. É relevante refletir sobre a maneira como os “riscos” contemporâneos (Peretti-Watel, 2010) associados à sexualidade são geridos no cotidiano, compreender as lógicas subjacentes à adoção ou não de método em determinado contexto, às mudanças, trocas, interrupções e escolha por soluções irreversíveis – temas desenvolvidos nos próximos capítulos.

A hipótese de socialização quanto às práticas contraceptivas a partir da iniciação sexual não colide com o argumento de que o início das atividades sexuais, ao menos no contexto brasileiro, teria uma configuração espontaneísta (BOZON; HEILBORN, 2006) e, portanto, de menor preparo e/ou previsibilidade em comparação a cenários de outros países, como a França ou Holanda (SCHALET, 2000; 2004). O preservativo seria um método de proteção que se adapta bem às situações de menor “previsibilidade” ou, ainda, às situações de incerteza sobre o futuro da relação (LUKER, 1975).

A declaração acerca do diálogo sobre contracepção pode ser interpretada como indício de contextos de preparação para entrada na sexualidade. Trata-se de um elemento que caracteriza, por exemplo, a trajetória das moças que se iniciam em

¹⁰² Cf. CABRAL, 2003; MARINHO, 2006; MONTEIRO, 2002; PIROTTA, 2002.

namoros simétricos (M3), que não só abordam o assunto com os parceiros como têm uma iniciação sexual protegida. Entretanto, a conversa sobre métodos anticoncepcionais não determina o uso: no caso das moças que priorizam o projeto conjugal (M4), a combinação – presença de conversa e ausência de uso – pode derivar da sensação de que estaria protegida das ameaças das DST/AIDS. O argumento “eu conheço ele” descarta riscos relativos ao HIV, em um contexto relacional ou da percepção de que o parceiro da iniciação sexual é potencialmente um futuro cônjuge. Assim, a ocorrência de uma gravidez não colidiria com o projeto conjugal em curso.

Os cenários de iniciação sexual sem abordagem ou uso de contracepção sempre chamam a atenção, por se tratarem de desvios às expectativas dominantes. Tais configurações são rapidamente qualificadas como formas despreparadas de passagem à sexualidade com parceiro, na contramão das expectativas crescentes de que as relações sexuais devam ser protegidas. Os subgrupos dos homens “ávidos por se tornarem adultos” (H1) e das moças “impacientes pela vida adulta” (M2) abrigam tais configurações. Contudo, como indicam as próprias formas com que os grupos estão designados, há outras questões em jogo que parecem subordinar os aspectos preventivos e contraceptivos na iniciação sexual.

Os contextos em que o uso de método de proteção desconhece conversa prévia às relações sexuais merecem atenção. Como o preservativo é o principal método utilizado na iniciação sexual, seria lícito pensar que as moças “hedonistas” (M1) e os rapazes “interessados em sexo” (H2) refletiriam a incorporação do discurso sanitário da prevenção ou, ainda, a possibilidade de dupla proteção na iniciação sexual. A lógica sanitária parece ser a prevalente no caso dos homens (H2), que se iniciam com parceiras mais velhas, experientes e em relações eventuais – panorama que remete a um modelo tradicional, em que os homens identificam a necessidade de proteção em relações sexuais com mulheres tidas como “fáceis” (CABRAL, 2003; SALEM; 2004). Pode-se supor que, dentre as moças, que atingiram nível médio ou superior de escolaridade (M1), tal comportamento indique a incorporação do aspecto da dupla função de proteção da camisinha. Em pesquisa realizada na França, Beltzer e Bajos (2008) sugerem que as gerações mais jovens de mulheres com maior escolarização tendem a não associar o uso da pílula

anticoncepcional ao da camisinha, justamente pela reapropriação da especificidade preventiva do preservativo, incorporando-o também como contraceptivo¹⁰³.

A proteção, na qual destaca-se o preservativo, integra os códigos de entrada na sexualidade. Cabe reconhecer, no entanto, a dimensão relacional presente na prática contraceptiva e preventiva. Essa dimensão da heterossexualidade é com frequência minimizada, mas é central para o entendimento dos cenários em que as relações sexuais se desenrolam. Conforme afirmam Beltzer e Bajos (2008), “o capital sociocultural e sexual dos indivíduos, as expectativas em relação ao parceiro e o desejo de ter a relação sexual participam igualmente das lógicas de proteção” (p. 446)¹⁰⁴. É preciso ultrapassar as tradicionais análises sobre práticas contraceptivas que circunscrevem o uso ou não e os tipos de método, para compreender os significados e os modos como indivíduos administram no cotidiano, os diferentes “riscos”¹⁰⁵ associados à atividade sexual. “As lógicas de gestão das questões contraceptivas e preventivas se constroem de modo diferencial segundo os relacionamentos” e os gêneros (BELTZER; BAJOS, 2008, p. 451).

2.6 À guisa de conclusão

Os cenários de iniciação sexual são fortemente pautados por diferentes prescrições de gênero em relação à sexualidade, entre as quais estão as dificuldades na vida sexual em termos de prática contraceptiva (cf. BAJOS et al., 2002; LOWE, 2005; LUKER, 1975; dentre outros). Os contextos culturais impactam sobremaneira o modo de administrar tais dificuldades. No contexto francês, por exemplo, há alto grau de preparação para passagem à sexualidade com parceiro/a, que se caracteriza pela consulta prévia ao ginecologista e decorrente adoção antecipada de método moderno de contracepção (com a possibilidade de associação com o preservativo) (BAJOS et al., 2002; BOZON, 2008; LE GALL; LE

¹⁰³ As autoras sinalizam que este é um efeito de campanhas locais que abordam o campo da saúde sexual e reprodutiva, a partir de uma perspectiva mais ampla (BELTZER; BAJOS, 2008).

¹⁰⁴ As autoras argumentam que as mulheres mais velhas, comparativamente às declarações masculinas, no que concerne ao menor uso de preservativo no início de novos relacionamentos ulteriores, e sobretudo depois de separações conjugais, dariam prioridade ao investimento relacional, e a negociação do preservativo poderia atrapalhar a construção deste novo relacionamento (BELTZER; BAJOS, 2008).

¹⁰⁵ Cf. Peretti-Watel, 2010; Tulloch; Lupton, 2003.

VAN, 2007). Já a iniciação sexual dos jovens no Brasil não aporta esta dimensão de preparo¹⁰⁶. Não há política pública de contracepção para jovens na sociedade brasileira e tampouco diálogo nas famílias, no que diz respeito à sexualidade. As jovens entrevistadas no GRAVAD relatam que a conversa é realizada por meio de alusões, mais ou menos indiretas, sobre o perigo de ficar grávida – não com o incentivo de orientar a busca pela contracepção; as conversas visam impedir ou retardar o início das atividades sexuais (BOZON; HEILBORN, 2006). Assim, a conduta de proteção nas primeiras relações sexuais parece estar mais associada ao aspecto de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; a preocupação com uma eventual gravidez é posicionada em segundo plano.

Nesse sentido, o débil preparo para a entrada na sexualidade entre jovens brasileiros acentuaria os aspectos relacionais implicados, isto é, as consequências ou desdobramentos relativos ao início das atividades sexuais estariam subordinados ao elemento relacional. A ênfase no aspecto relacional é um dos aspectos que fornece pistas para compreender a fraca dissociação entre sexualidade e reprodução no contexto brasileiro, argumento por vezes acionado para explicar as gestações imprevistas ou não-planejadas, sobretudo no início das trajetórias afetivo-sexuais.

As experiências masculinas e femininas de entrada na sexualidade guardam distintos significados, segundo os sexos. A polaridade entre sexualidade feminina conjugal-relacional e sexualidade masculina pulsional-individual não é suficiente para descrever a diversificação das experiências. A iniciação sexual tende a ser protegida, mas a vigilância parece ser sobretudo preventiva. A contracepção é incorporada a *posteriori* nos relacionamentos, estando subordinada ao jogo relacional.

As políticas públicas tem tradicionalmente focalizado sobre DST/AIDS e pouco se informa explicitamente acerca da dupla função de proteção do preservativo. Apesar de serem diferentes riscos, as abordagens indicam um como se tratasse também do outro¹⁰⁷. Confunde-se o alto percentual de uso de camisinha na

¹⁰⁶ Le Gall e Le Van (2007) descrevem a situação de um jovem casal que interrompe as 'preliminares' da relação sexual e ele vai à farmácia comprar o preservativo porque a moça ainda não tinha ido ao ginecologista e estava sem anticoncepcional. Em outro exemplo, os autores reportam que a iniciação sexual do jovem casal estava sendo planejada e preparada por mais de um ano, período em que a moça consegue ir à ginecologista e então começa o uso do anticoncepcional oral, além de aguardarem a ambiência desejada para ter a primeira vez. Uma informação complementar: na França, a prescrição médica é necessária para aquisição da pílula anticoncepcional.

¹⁰⁷ Sexo escamoteado: numa avaliação sobre as políticas de educação em sexualidade no Brasil, a abordagem

iniciação sexual com o uso para fins contraceptivos. Desse modo, talvez não se trate de relaxamento das práticas contraceptivas com o decorrer do relacionamento, mas da construção de uma prática contraceptiva a partir da iniciação sexual. Esta construção é errática¹⁰⁸, como o são muitos dos relacionamentos iniciais dos jovens. Em um mesmo relacionamento é possível a existência de um processo de construção do controle da contracepção e de um “relaxamento” da prática, em função da estabilização da relação e/ou passagem para fase de consolidação do vínculo, na qual o evento de uma gravidez não é dissonante. Entretanto, esta é somente uma, entre as várias possibilidades.

do tema da sexualidade é bem tolerada por pais, por exemplo, quando enfocada sob os auspícios das ‘doenças sexualmente transmissíveis’ (CABRAL; HEILBORN, 2010).

¹⁰⁸ Utilizo o termo errático por oposição a ideia de constância ou de linearidade. Há vicissitudes, descontinuidades, dinâmicas, dentre outros aspectos, no processo de construção das práticas contraceptivas. Tal como abordado no capítulo três, há várias lógicas atuando na conformação dessas práticas.

3 CONTRACEPÇÃO NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

A construção de uma prática contraceptiva no Brasil é efetuada a partir da iniciação sexual com parceiro/a. Comparações pontuais com o contexto francês foram empreendidas para evidenciar que ali há um processo de preparação do jovem para a passagem à sexualidade, no qual o percurso contraceptivo inicia-se antes da primeira relação sexual (LE GALL, 2004; LE GALL; LE VAN, 2007; BOZON, 2008). No Brasil, a prática contraceptiva é posterior ao início das relações sexuais. Raramente ambas são concomitantes e quase nunca a contracepção antecede a iniciação sexual.

Este capítulo objetiva explorar detalhadamente as formas pelas quais os jovens lidam e se aproximam da contracepção. Cabe observar, no entanto, que o material aqui examinado foi produzido no contexto de uma investigação sobre aborto (pesquisa HEXCA). Tendo sido utilizada a metodologia de reconstrução de trajetórias afetivo-sexuais, as narrativas em torno dos eventos de gravidez permitem elucidar as práticas contraceptivas. Evidencia-se a construção social das decisões de controle da fecundidade na interação com os/as parceiros/as (relações heterossexuais), com os membros das famílias, com as instituições (como de ensino e assistência em saúde), dentre outros.

Reconheço que um contraponto importante para a discussão das práticas contraceptivas seria a abordagem de biografias em que não há ocorrência de gravidez “imprevista”. Provavelmente, estas seriam trajetórias que se conformariam à perspectiva hegemônica que aborda o controle e o planejamento da reprodução como possíveis (e, porque não dizer, desejáveis). Em certo sentido, as biografias com gestação imprevista e, em especial, interrompida, escapam a essa tônica. Contudo, conforme abordado no primeiro capítulo, a utilização de um contraceptivo significa muito além do que a escolha por um recurso de evitar gestações não desejadas. A contracepção está articulada aos posicionamentos dos sujeitos em relação à vida sexual. Assim, evitar uma gestação, decidir entre manutenção e interrupção de uma gravidez não constituem tão somente escolhas individuais ou autônomas. Argumento que o aprendizado gradual sobre controle da fecundidade está associado aos processos de internalização e de construção do jogo relacional

entre homens e mulheres. O aspecto de erraticidade deste processo talvez apareça aqui exacerbado, em função das circunstâncias de tomada dos depoimentos – jovens com experiência de aborto. Mas a característica de “inconstância” está presente nos contextos de iniciação sexual e, conforme será abordado mais adiante, também nas biografias de mulheres esterilizadas¹⁰⁹.

Já foi salientado que o advento da contracepção hormonal permitiu – ao menos teoricamente – a dissociação entre sexualidade e reprodução. A expectativa social passa a se centrar no planejamento das gestações e na escolha do momento de se tornar mãe ou pai. Entra em cena a pílula anticoncepcional e a crescente percepção sobre a possibilidade de controle da fecundidade, a partir de um método tido como “altamente eficaz”¹¹⁰. São inúmeros os desdobramentos ou as consequências decorrentes dessa mudança, que não é apenas “tecnológica”, para usar o termo de Oudshoorn (2003), dentre as quais ressalto duas. Em primeiro lugar, a estreita correlação entre eficácia de método e planejamento da prole, padrão segundo o qual todas as demais situações de engravidamento são comparadas. Em segundo, a ideia de que a possibilidade de controle da reprodução passa a ser feminina. Nessa esteira, homens e mulheres aprendem (naturalizam) que o controle da fecundidade e, portanto, os encargos contraceptivos, são femininos. Contudo, argumento que as lógicas das práticas contraceptivas estão subordinadas à perspectiva relacional e à gramática do gênero¹¹¹ e da sexualidade. Complexifica-se, assim, tanto a noção de agência feminina quanto a de que os homens não teriam ingerência sobre a contracepção, e que eles se absteriam de participar do processo de controle da reprodução (decisões sobre recursos contraceptivos, descendência, aborto, esterilização).

O que ocorre após a primeira relação sexual? Quais são os métodos contraceptivos utilizados? Em que contextos? As circunstâncias em que uma gravidez ocorreu é a via pela qual as práticas contraceptivas são examinadas neste capítulo. Entretanto, a análise não se restringe ao momento de ocorrência da gravidez. Aborda-se a trajetória dos sujeitos, a construção e o desenvolvimento das práticas contraceptivas, o modo como se ajustam a distintos contextos afetivos, e não somente naqueles em que a gravidez sobreveio. Esta estratégia se alinha à

¹⁰⁹ Infelizmente, não há como responder – nesse estudo – à pergunta sobre em que medida as práticas contraceptivas seriam distintas nas trajetórias de pessoas com e sem evento de gravidez imprevista.

¹¹⁰ Cf. capítulo um, para discussão sobre eficácia.

¹¹¹ Para o termo gramática de gênero, cf. Cordeiro, 2008.

premissa de que o aprendizado da (heteros)sexualidade implica um processo de negociação e de interação no par. Nesse sentido, há modulações no processo de socialização contraceptiva; não se trata de algo constante e linear, mas de algo que varia segundo os contextos e momentos relacionais. Este aspecto justifica a escolha por não examinar o momento do engravidamento em si, mas os percursos biográficos, retomando a abordagem da trajetória do início da vida sexual, e contemplando o período subsequente e seus desdobramentos. Os depoimentos arrolados permitem descrever o leque das atitudes e de questões presentes no processo de construção da prática contraceptiva.

3.1 Considerações sobre o material em exame

O material empírico utilizado neste capítulo é proveniente da pesquisa HEXCA – “Heterossexualidades, contracepção e aborto no Brasil”. Trata-se de um estudo socioantropológico no qual foram realizadas sessenta entrevistas em profundidade, segundo critérios de cotas estabelecidos *a priori* por sexo, classe social e idade. Foram entrevistados mulheres e homens, de duas faixas etárias (18 a 27 anos e 40 a 49 anos) e de diferentes camadas sociais, moradores da região metropolitana do Rio de Janeiro¹¹². Como critério de inclusão, os informantes deveriam ter ao menos um episódio de interrupção voluntária da gravidez em suas trajetórias biográficas.

Foi utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista, que abordou os seguintes temas: dados sociodemográficos, origem e formação familiar; trajetória escolar e de trabalho; carreira afetivo-sexual; práticas contraceptivas; eventos de gravidez e aborto (vide roteiro no anexo “B”).

A experiência de conduzir estudos qualitativos em diferentes sítios e com diversos entrevistadores já havia sido empreendida na Pesquisa Gravada. A adoção de um roteiro semi-estruturado de entrevista é fundamental quando busca-se controlar as disparidades referentes à condição de produção das narrativas. Na pesquisa HEXCA, as entrevistas também foram conduzidas por diversos

¹¹² Conforme abordado na introdução desta tese, trata-se de uma pesquisa comparativa, realizada em parceria com outros centros de investigação da América Latina (Colômbia e Argentina e, posteriormente, Uruguai).

pesquisadores¹¹³. A entrevista é uma interação social. É uma forma de comunicação simbólica entre dois sujeitos que buscam o entendimento: “a coleta de material não é apenas um momento de acumulação de informações” (CARDOSO, 1986, p. 101). O discurso produzido é intersubjetivo: o pesquisador e seu informante “aprendem, se aborrecem, se divertem e o discurso é modulado por tudo isso” (CARDOSO, 1986, p. 101). Esta advertência não significa a defesa do total subjetivismo na produção do conhecimento, tampouco a crença em uma realidade exterior e a possibilidade de neutralidade do pesquisador. Serve como ressalva de que o manejo de um material empírico de “segunda mão” (CORDEIRO, 2008), ainda que possível, contém limitações. Significa não ter acesso a certas nuances que se estabelecem entre o entrevistador e o informante no momento da interação, sendo difícil avaliar, por exemplo, reações não verbais de ambos.

O trabalho de campo transcorreu entre junho de 2007 e dezembro de 2008. Realizei algumas entrevistas (com mulheres da faixa etária de 40-49 anos) e coordenei o período de supervisão de campo¹¹⁴, interagindo com os pesquisadores acerca do material empírico produzido. Cada entrevista transcrita era acompanhada por um breve relato de campo sobre a forma como se estabeleceu o contato com o informante, o local, o tempo de duração, as condições do encontro e as impressões do próprio pesquisador. Houve ainda um cuidado em revisar as entrevistas de modo a esclarecer junto com o investigador ou ao informante determinados aspectos subentendidos.

Os contatos foram prioritariamente estabelecidos a partir de redes informais de sociabilidade. O tema de investigação consistia em assunto de cunho íntimo e o período de realização da pesquisa coincidiu com uma grande mobilização social e debates na mídia em torno do aborto¹¹⁵. Tais ocorrências podem ter contribuído negativamente para a tarefa de identificação de possíveis pessoas a serem entrevistadas ou, ainda, para que algumas temessem relatar suas experiências. Embora o número de recusas tenha sido baixo, a identificação de possíveis informantes e o preenchimento de algumas cotas foram muito demorado,

¹¹³ Todos eram pós-graduados, com formação na área de ciências humanas e sociais.

¹¹⁴ Esta função foi compartilhada com outra pesquisadora, Elaine Brandão.

¹¹⁵ Os seguintes eventos ocorreram à época: a declaração do então ministro da saúde, José Gomes Temporão, de que o aborto é uma “questão de saúde pública”; a visita do Papa Bento XVI ao Brasil e a ênfase do posicionamento contrário a todo e qualquer tipo de permissivo legal em relação à interrupção da gravidez pela Igreja Católica; a denúncia e prisão de mulheres no estado de Mato Grosso do Sul, acusadas de prática de aborto induzido em uma clínica na cidade de Campo Grande.

especialmente no caso de homens jovens. Com isso, o trabalho de campo excedeu o tempo inicialmente previsto.

A cota de mulheres foi facilmente preenchida, sobretudo para a faixa de 40 a 49 anos. Houve maior resistência masculina na abordagem do tema, e não foi possível completar o número estipulado de entrevistas com homens de camadas populares. No trabalho de campo, muitas pessoas estranharam o fato de que homens também estavam sendo entrevistados sobre um tema que, à princípio, seria “feminino”. Com duração média de duas horas, as entrevistas foram efetuadas em ambientes escolhidos pelos próprios informantes: em suas casas, na residência do/a pesquisador/a, em lugares próximos aos seus locais de trabalho, na universidade. A privacidade e o caráter reservado do encontro foram assegurados pelos pesquisadores. A maioria dos informantes foi entrevistada por um investigador/a de mesmo sexo. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o roteiro encontram-se nos anexos “B” e “C”.

Embora a pesquisa HEXCA aporte material empírico distinto por sexo, camada social e geração, a presente análise se detém sobre as trajetórias juvenis femininas – mulheres na idade entre 18 e 27 anos. Não houve tempo hábil para análise das biografias masculinas. Assim, os homens estão contemplados a partir da perspectiva delas.

3.2 Caracterização das entrevistadas

Dez moças de camadas populares e cinco de camadas médias, residentes na área metropolitana do Rio de Janeiro, são as entrevistadas. As informantes de segmentos médios atingiram o nível superior: três são graduadas, uma cursava a universidade e outra havia interrompido-a por ocasião da gravidez, pois também trabalhava. Entre as jovens populares, verifica-se maior diversidade de trajetória escolar: duas não concluíram o nível fundamental; duas possuem médio incompleto e três têm médio completo; duas com superior incompleto e uma com pós-graduação em curso. Das quinze jovens, apenas duas de camadas populares não estavam trabalhando no momento da entrevista, uma por estar desempregada e outra por trabalhar de forma esporádica, nos finais de semana, em barracas de

festas de rua, vendendo alimentos. As remunerações variaram entre R\$200,00 e R\$800,00 entre integrantes de classes populares, e R\$730,00 a R\$3600,00 entre as de segmento médio¹¹⁶.

As moças de camadas populares declararam-se pardas ou pretas; já as de camadas médias se identificaram como brancas. As jovens afirmaram educação segundo preceitos de alguma crença religiosa. A maioria declarou adesão atual a doutrinas ou instituições religiosas, nem sempre as mesmas em que foram criadas, especialmente aquelas de classes populares. Dentre as entrevistadas, cinco se identificaram como adeptas do pentecostalismo, duas ao protestantismo, uma à religião afro-brasileira, uma ao catolicismo e cinco declararam não ter religião.

Há casos de mais de uma gestação e/ou aborto na trajetória. Doze mencionam somente um aborto provocado; as demais referem quatro, três e dois abortos (todas de inserção popular). Em quase metade das entrevistadas o primeiro episódio de gravidez ocorreu em um período de até um ano após a iniciação sexual (IS), e o desfecho principal foi o aborto provocado (em cinco, entre os sete casos registrados). Nas demais trajetórias, a primeira gestação já está bem mais distanciada da primeira vez, variando entre três e sete anos de vida sexualmente ativa. As gestações levadas a termo estão presentes, sobretudo nos relatos de moças de camadas populares; há apenas um caso de maternidade dentre as moças de segmentos médios¹¹⁷.

Por fim, há que se mencionar a informação sobre número de parceiros sexuais. O roteiro de entrevista se centrou na abordagem do/a parceiro/a da iniciação sexual, o/a mais marcante na trajetória dos informantes (escolha êmica), o/a parceiro/a sexual de relacionamentos de maior duração, e o/a último/atual. As parcerias eventuais eram detalhadas quando o/a entrevistado/a as elencava como 'parceiro/a marcante', ou no caso de algum episódio de gravidez no relacionamento. Em muitas ocasiões havia superposição dos eleitos: por exemplo, o/a parceiro/a da iniciação sexual era também escolhido/a como o/a mais marcante; o/a parceiro/a de longa duração coincidia com parceiro/a atual. Neste estudo, talvez esta rememoração detalhada das parcerias sexuais ajude a compreender a declaração

¹¹⁶ O perfil das entrevistadas pode ser rapidamente visualizado no quadro que sistematiza tais informações, na sequência do texto.

¹¹⁷ A gravidez imprevista raramente é levada a termo entre os jovens de segmentos sociais mais abastados (MENEZES, 2006). Assim, o evento reprodutivo é levado à termo entre jovens de camadas populares é, em muitos casos, elemento de um cenário de transição condensada para a vida adulta (HEILBORN; CABRAL, 2006).

das moças sobre o número de parceiros sexuais. Há moças com somente uma parceria sexual, enquanto outras contabilizam dezenas. Ainda que sejam dados de natureza distinta, tempos diferentes e condições de produção diversas, tal aspecto chama atenção, pelo fato de número maior de declarações de parceiros, comparativamente ao que foi registrado, por exemplo, na pesquisa Gravad: naquele estudo, aproximadamente 65% das moças, com pelo menos quatro anos de vida sexual ativa, contabilizavam até três parceiros sexuais¹¹⁸. Este resultado foi interpretado pelo prisma do modo diferencial, relativamente aos homens, como as mulheres contabilizam seus parceiros: elas rememorarão seletivamente os vínculos com algum significado ou compromisso, tendendo a “esquecer” ou a não computar os parceiros de menor importância. Este aspecto expressaria a subsunção do sexo à afetividade na construção social do gênero feminino (BÈJIN, 1993; HEILBORN; CABRAL; BOZON, 2006; LERIDON, 2008). Este exemplo ilustra bem a conexão entre as condições de produção de uma pesquisa e seus resultados.

¹¹⁸ Quanto aos rapazes, predomina a declaração sobre multiplicidade de parcerias: quase 70% afirmou seis ou mais parcerias sexuais.

Quadro 1: Identificação das jovens entrevistadas

Nome*	Camada social	Idade	Cor**	Escolaridade atingida	Religião Atual	Nº. gestaç.	Nº. filhos vivos	Nº. abortos provocados	Nº. parceiros sexuais
Thainá	Pop	24	Parda	Fund. inc	Pentec	4	2	1	5
Natasha	Pop	26	Preta	Fund. inc	Pentec	4	3	1	3?
Dayane	Pop	23	Preta	Med. inc	Pentec	6	2	4	mín. 6
Bruna	Pop	22	Parda	Med. inc	Pentec	5	2	3	6
Olivia	Pop	22	Parda	Méd. comp	Afro-bras	1	0	1	1
Ticiane	Pop	25	Parda	Méd. comp	Católica	2	1	1	6
Zélia ¹¹⁹	Pop	25	Preta	Méd. comp	Protest	1	0	1	4
Zilmara	Pop	25	Preta	Méd. comp	Protest	2	0	2	5
Fabiane	Pop	25	Preta	Sup. inc	S/R	2	0	1	6
Nina ¹²⁰	Pop	25	Parda	Pós-grad	S/R	1	0	1	3
Regiane	Méd	24	Branca	Sup. inc	Pentec	2	1	1	1
Úrsula	Méd	22	Branca	Sup. inc	S/R	1	0	1	12
Karla	Méd	24	Branca	Sup. comp	Outras	1	0	1	7
Karen	Méd	27	Branca	Sup. comp	S/R	1	0	1	30
Denise	Méd	26	Parda	Sup. comp	S/R	2	0	1	40

* Nomes fictícios.

** A variável cor/raça foi abordada abertamente (qual a sua cor?) e segundo as classificações utilizadas pelo IBGE nas pesquisas censitárias (“preta”, “parda”, “branca”, “indígena”, “amarela”). No quadro estão apresentados os resultados segundo o modelo utilizado pelo IBGE.

3.3 Iniciação sexual: “imprevista” ou “esperada”, quase nunca “preparada”

Conforme referido no capítulo anterior, a iniciação sexual é um marco relevante na trajetória de vida. Ela é um dos elementos constitutivos do processo de aprendizado das trocas afetivas e amorosas, no âmbito de um par. A despeito das recentes transformações em termos da sexualidade juvenil, em que a virgindade feminina já não é mais tão valorizada, ainda é esperado um adiamento do início das relações sexuais, pois isto implicaria “riscos” de distintas ordens. Dentre eles, constam a gravidez imprevista, o aborto e as doenças sexualmente transmissíveis.

¹¹⁹ Zélia e Zilmara são irmãs gêmeas.

¹²⁰ A classificação desta jovem como pertencente às camadas sociais populares, apesar do alto grau de escolarização, é justificada por sua mobilidade sócio-econômica ascendente. A família da jovem é de origem popular e ela foi socializada em segmentos populares.

Nesse sentido, observam-se os debates da década de 1990 e início dos anos 2000, em torno da gravidez na adolescência (HEILBORN et al., 2006).

As circunstâncias da primeira relação sexual consistem em indicadores das maneiras diferenciadas de viver a sexualidade na adolescência e na juventude, pois as condições nas quais a primeira vez ocorre revelam, por exemplo, desigualdades de gênero e de classe social. As atitudes descritas em relação à contracepção nesse início compõem os contextos das negociações sexuais¹²¹ com o/a parceiro/a.

As três adjetivações – imprevista, esperada e não preparada – sintetizam os contextos das narrativas em torno do início da vida sexual das entrevistas aqui reunidas. De modo geral, a primeira vez acontece em meio a namoros, mais ou menos longos e, portanto, enquadrada em um tipo de relacionamento afetivo-sexual, sobretudo entre moças de camadas populares. Ela é “imprevista”, pois frequentemente é descrita como algo que “aconteceu”. Sob este ponto de vista, ela também é “não preparada” – em somente um caso o casal havia efetuado uma preparação contraceptiva prévia ao início dos intercursos sexuais. Contudo, ela é “esperada”: a passagem à sexualidade com parceiro constitui uma etapa do namoro, muitas vezes com o significado de maior compromisso entre o par.

As narrativas sobre a iniciação sexual e sua descrição a partir do termo “aconteceu” são recorrentes. Essa é uma categoria nativa chave para compreender o modo como essas moças elaboram suas experiências que envolvem sexualidade e reprodução. Ressalta-se que, apesar de a virgindade feminina não ser mais um atributo valorizado no Brasil, espera-se das moças uma atitude de recato ou de “virgindade moral”, que se reflete no despreparo a cada início de relação sexual ou de sua suposta imprevisibilidade. Assim, expressões como “aconteceu”, “acabou rolando”, “quando vi, já estava fazendo” caracterizam os discursos femininos, principalmente das moças de camadas populares:

“Foi meu primeiro namorado, eu não tinha experiência e tal. Assim, acho que eu achava que era muito esperta, mas na verdade eu era uma bobona, né? Não sabia muita coisa. Mas assim, foi tranquilo. Embora eu era pouco experiente, já não tinha mais tanta inocência assim. Não era mais aquela coisa de brincar de boneca (...) Eu ficava tentando naquela brincadeira, mas quando sentia que a coisa estava ficando meio esquisita aí eu parava e até que enfim eu acho que foi, né? Não deu pra parar. Não tinha nada forçado nem programado, mas tava acontecendo, entendeu? Ia ter uma hora que ia acontecer.” (Nina, 25 anos, camadas populares, uma gravidez) (grifo nosso)

¹²¹ Cf. Barbosa, 1999.

“[A primeira vez] foi com o pai da minha filha [*mais velha*], na casa dele. (...). Foi assim, a gente estava na casa dele, na casa da mãe dele, que a mãe dele é da igreja, a gente estava sozinho, aí ficamos e quando vimos a gente já estava fazendo e pronto, foi assim.” (Bruna, 22 anos, camadas populares, cinco gestações)

“Foi assim, agente ficava horas se beijando, numa beijação que não acabava mais, beijava, beijava, aí vai num dia uma mão aqui, outra ali, aí eu resolvi dar pra ele. Foi engraçado, mas não tinha nada de mais... nunca mais fiquei com ele.” (Catarina, 26 anos, camadas médias, duas gestações)

O evento pode ser esperado, sem ser, no entanto, programado. As formulações “estava acontecendo” ou “sentia que a coisa estava ficando meio esquisita e parava” indicam a existência de certos sinais no cenário que são decodificados e que alertam que ‘algo’ esteja por acontecer. Entretanto, as narrativas são construídas de modo a denotar uma espécie de imprevisibilidade.

Seja por curiosidade (presente, mas em menor número de relatos) ou como desfecho “natural” de um namoro mais aquecido, a primeira vez ainda não foi totalmente desmistificada, podendo se revestir de um caráter de dádiva. Ticiane afirma que sua iniciação sexual foi um presente de aniversário ao namorado, que posteriormente se tornou pai de seu filho: “Estava para fazer uns 13 ou 14 anos, foi aonde eu falei que iria dar um presente pra mim e pra ele (...)”.

A virgindade ainda é significativa, ao menos nas camadas populares. Olívia, 22 anos, primeiro intercurso sexual aos 18 anos, afirma que a primeira vez não foi uma relação consentida e que aconteceu “muito rápido”. O namoro transcorria há mais de quatro anos. Ela e o parceiro mantinham contatos sexuais (masturbação, sexo oral, contato entre os genitais) há algum tempo, mas ela desejava se casar virgem, o que significava ausência de penetração vaginal. Aos dezoito anos, sem seu consentimento, o parceiro se aproveitou enquanto se roçavam para penetrá-la, mesmo sabendo que ela não pretendia ter o intercurso sexual. Assim que ele iniciou a penetração, desistiu, pois ela começou a chorar e a bater nele. Ela refere ter ficado muito magoada com o namorado. Só conseguia pensar na reação da mãe, caso descobrisse que não era mais virgem. Gostava daquele tipo de namoro, com carícias íntimas, e afirma que “o sexo não lhe fazia falta” – identificando a penetração vaginal com atividade sexual. Em suas palavras:

“Quando aconteceu, eu não queria, não foi uma coisa que eu quis. Como aconteceu? Assim, devido eu namorar, já ter essa liberdade de namorar pelado, naquele esfrega, esfrega na portinha, ele aproveitou e empurrou. Aí eu disse: “Aí, me machucou”. Só deu tempo d’eu falar isso (...) E chorei, bati nele, chorei muito, muito, muito, porque não queria. Mas aí, depois, já tinha acontecido. Pensei: ‘Será que eu sou [*virgem*]?”

Será que não sou? Ah, não sou'. (...) Depois de uma semana que realmente eu não tinha mais nada a perder mesmo, que eu já tinha feito e tava com dezoito anos já, aí, falei: 'Ah, já era mesmo'. Aí, passei a ter relações (...)." (Olívia, 22 anos, camadas populares, uma gravidez) (grifo nosso)

No jogo relacional entre os gêneros, a demonstração de inexperiência sexual e a responsabilização masculina pelos “perigos” do sexo podem ser consideradas como um dos meios de acionar as categorias *prazer e obrigação*, e de *resistência e insistência*, que orientam os mecanismos de reciprocidade entre os gêneros em alguns contextos socioculturais (CORDEIRO, 2008; SALEM, 2004). Tornar o parceiro responsável pela iniciação sexual é uma forma de responsabilizá-lo pelos possíveis desdobramentos do evento. Mas este cenário também abriga uma contraparte: a responsabilização pela contracepção e pelo engravidamento tende a recair sobre as mulheres.

O depoimento de Olívia contém outro elemento que diferencia os contextos de iniciação sexual entre moças de camadas populares e médias: o medo da mãe e/ou pai descobrir que a filha não é mais virgem. A informante, que identificou a iniciação sexual como um “presente” para o casal (Ticiane), referiu que sua mãe mandou agredir o namorado, quando descobriu que a filha não era mais virgem. Esse tipo de circunstância está ausente dos relatos de moças de segmentos médios. A exceção é Regiane (24 anos, camadas média, duas gestações) que, por suas características biográficas, situa-se na franja social entre as classes popular e média. As demais narrativas não expressam preocupação com a descoberta dos pais acerca de uma vida sexual ativa. Ao contrário, as jovens podem recorrer a eles antes do intercurso sexual, para melhor preparação.

Caso singular é o de Karen (27 anos, camadas médias, uma gravidez), único no material empírico desse estudo que menciona escolha de método contraceptivo antes do início dos intercursos sexuais. Ela se iniciou aos 14 anos de idade com um namorado de 22 anos, estudante de comunicação social. Eram amigos há anos e namoravam há cerca de oito meses quando decidiram ter relações sexuais. O tema da contracepção era abordado pelo casal. Por sugestão do rapaz, ela consultou um ginecologista, acompanhada da mãe, um mês antes da relação sexual e iniciou o uso de pílula anticoncepcional. A primeira vez ocorreu em sua casa: estavam

sozinhos, pois sua mãe viajara. O namoro prosseguiu por mais de um ano. Eles usaram a pílula durante todo o relacionamento¹²².

Os contextos de iniciação sexual, em geral, são narrados como um evento em que estão imiscuídas expectativa e imprevisibilidade, expressando a valorização da espontaneidade do ato sexual. Alguns intercursos acontecem sem proteção, seja em relação à gravidez ou às DSTs (sete casos); em outros, os métodos de controle masculino são acionados¹²³. Esse cenário demonstra as complexidades e nuances do tradicional binômio passividade *versus* atividade com que a interação sexual entre parceiros tem sido descrita para a sociedade brasileira (SCHUCH, 1998; CORDEIRO, 2008). A utilização do preservativo masculino e do coito interrompido coloca os rapazes na posição de protagonistas do ato sexual / da iniciação sexual das moças, enquanto a responsabilização feminina pela contracepção passa a ocorrer posteriormente.

Tradicionalmente descrevem-se as convenções de gênero difundidas na cultura brasileira, a despeito das suas variações locais, como pautadas por códigos de interação que prescrevem atividade/ iniciativa para o gênero masculino e passividade e receptividade para o feminino. Se tais prescrições valem para retratos mais gerais, nos jogos relacionais e eróticos mantidos pelos pares heterossexuais, tais expectativas sociais sofrem modulações, inversões, retificações que atuam como gestos de confirmação ou rebelião contra esse roteiro (SCHUCH, 1998). Nos jogos amorosos, de sedução e interação íntima isso é particularmente presente, fazendo com que mulheres atuem como protagonistas, incitadoras (CORDEIRO, 2008) e os homens possam estar em posições menos ativas. A contracepção é uma dessas possibilidades ainda que, como vimos argumentando nesta tese, os homens não lhe são alheios como pretende grande parte da produção acadêmica.

Dayane (23 anos, camadas populares, seis gestações) afirma que sua primeira vez foi por curiosidade com um amigo, aos 15 anos. O rapaz usou o preservativo masculino. Posteriormente, a moça conversou com a avó, com quem morava, e esta a conduziu a um posto de saúde para iniciar contracepção, com pílula anticoncepcional:

¹²² O episódio de aborto ocorre posteriormente, aos 18 anos, com outro parceiro sexual. Pode-se dizer que esta biografia se aproxima com as descritas para o contexto francês no que concerne à preparação para passagem à sexualidade com parceiro (BAJOS et al., 2002).

¹²³ Cf. capítulo um desta tese, para considerações acerca da classificação dos métodos segundo controle masculino ou feminino. Cf. também: Spencer, 1999.

“Foi uma coisa assim de momento, mais por curiosidade, porque queria saber como que era, só que não foi com a pessoa certa, a gente era amigos. Nós éramos amigos, aí rolou. Foi só essa vez e depois nunca mais. (...) Usamos camisinha, ele já sabia, ele levou (...) Porque na época eu nem pensava. Assim, depois que aconteceu que eu procurei um ginecologista e fiquei tomando remédio. Logo depois que eu me perdi, a minha avó me levou no ginecologista e ele me passou remédio.” (Dayane, 23 anos, camadas populares, seis gestações) (grifo nosso)

Dayane se envolve com outro parceiro e mantém o uso da pílula, comprada pelo rapaz. Afirma que “tomava direitinho”: “tinha dias que não usava, depois ficava uns quatro dias sem tomar, depois tomava tudo junto [risos]. Mas eu usava direitinho...”. Sua primeira gravidez ocorreu aos 17 anos, em outro relacionamento. Namorava há mais de um ano um rapaz dez anos mais velho do que ela. Embora permanecesse em uso do anticoncepcional oral, Dayane declara que sentia muitos efeitos colaterais e atribui a gravidez a uma troca de pílula.

Karla, moça de camadas médias, 24 anos e uma gravidez, teve sua iniciação sexual aos 15 anos, em um “namorico sem importância”. Conheceu o rapaz em uma boate. Após “ficarem” algumas vezes, tiveram relações sexuais. A iniciativa da prevenção foi do rapaz: nunca chegaram a conversar sobre proteção. Afirma que ele “já sabia tudo”, ao se referir à diferença de três anos entre eles e ao fato de que ele não era virgem. Ele tinha o preservativo, que foi usado.

São recorrentes os depoimentos em que os parceiros são identificados como o membro do casal que “se preocupou” ou “fez algo” no início das relações sexuais, sendo eles os protagonistas da contracepção. O preservativo e, sobretudo, o expediente do coito interrompido são referidos como a precaução na primeira vez. No decorrer das relações outros métodos podem ser introduzidos.

Zilmara conta que sua iniciação sexual ocorreu quando era “até velhinha”, aos 18 anos, com seu primeiro namorado de 19 anos, após três anos de relacionamento. Embora já tivesse conversado com a mãe e com o rapaz sobre métodos contraceptivos, menciona que na primeira vez praticaram o coito interrompido: “no caso, foi ele que teve essa preocupação”. Sabia da camisinha e da pílula, mas foi preciso que sua mãe explicasse o que significava “gozar fora”, depois do ocorrido. Posteriormente, o casal adotou o preservativo masculino. Contudo, no decorrer do relacionamento, passaram a ter intercursos sexuais sem método. A prática sem proteção propiciou sua crença em que não poderia engravidar. Ambos se despreocuparam. Após um ano ela engravidou.

A trajetória de Fabiane (25 anos, camadas populares, duas gestações) ilustra os contextos nos quais a iniciação sexual ocorre de forma “inesperada”, sem qualquer proteção. Os cuidados contraceptivos são logo depois introduzidos. Sua primeira vez foi aos 18 anos. Considera ter “acontecido naturalmente”, com a “pessoa certa”. Afirma que tinha muito medo de engravidar e o assunto era discutido pelo casal. Ambos moravam com os respectivos pais e ainda não tinham “como ter uma vida a dois”. No dia seguinte ao primeiro intercuro sexual, os jovens contaram para os pais da moça que ela “não era mais virgem”. Um dos propósitos do comunicado à família era para que seu pai “deixasse de pegar no pé” e diminuísse a vigilância sobre sua sociabilidade. Depois do “susto e aborrecimento”, a mãe de Fabiane a acompanhou em uma consulta médica, e a moça passou a usar anticoncepcional oral. Afirma que nunca utilizou preservativo com este parceiro. Justifica sua escolha pela pílula por considerá-la mais segura e por “não gostar muito da camisinha”.

A passagem à sexualidade com parceiro nem sempre é vivida como um evento íntimo, que deva se restringir ao conhecimento do par¹²⁴. Além de Fabiane, outras jovens também compartilharam com pai, mãe, irmã/os ou tio/as a nova condição. Este *contar* pode ser motivado pela busca por suporte de alguém mais experiente para orientar acerca dos manejos contraceptivos então necessários. Dayane contou para sua avó, com quem residia à época. A avó levou-a ao ginecologista e a moça começou a usar pílula anticoncepcional. Bruna conversou com sua irmã, dez anos mais velha, que também a orientou quanto à pílula. Já Thainá, criada desde os três anos pelo pai e pela avó paterna, contou ao seu pai o fato de ter iniciado relações sexuais, aos 15 anos. Ela namorava em casa desde os doze anos. No dia seguinte ao primeiro intercuro sexual, compartilhou com o pai. Declara que “não esperava”, simplesmente “aconteceu”. Diferentemente do que havia imaginado quanto à reação de seu pai, a moça relata que ele não a repreendeu por ter transado com o parceiro, mas que ficou preocupado, com medo de que ela engravidasse, como havia ocorrido com sua irmã. O pai conversou sobre contracepção e preservativo, e a acompanhou à consulta médica. Ela iniciou o contraceptivo oral. Ao ser indagada sobre seu conhecimento em contracepção, afirma que “já tinha ouvido falar, mas na hora nem pensou”. Thainá revela que, até

¹²⁴ Cf. Bozon e Heilborn (1996; 2001) para trabalho comparativo entre o contexto francês e o brasileiro de iniciação sexual.

então, não sabia que a camisinha também evitava gravidez; achava que seu uso “era só pra não pegar AIDS”.

O surgimento da epidemia de HIV/AIDS, nos anos de 1980, realçou o aspecto de proteção sanitária pelo uso do preservativo e, de certa forma, o reintroduziu nas relações e negociações afetivo-sexuais (BARBOSA, 1999; FONTANEL; WOLFROMM, 2009). Nas gerações mais jovens, o preservativo adquiriu um caráter de duplo código de entrada na sexualidade, podendo desempenhar tanto função preventiva quanto anticonceptiva. Entretanto, esse duplo aspecto não tem sido a tônica das políticas públicas locais e nacionais, o que colabora para o fato de que um/a jovem desconheça tais aspectos, conforme transparece no relato de Thainá.

O caso de Olívia, que queria se casar virgem, também reforça o argumento de que ainda é tênue a percepção em torno da dupla função da camisinha. Em geral, privilegia-se a característica de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Após a iniciação sexual, Olívia e o namorado passaram a utilizar o preservativo masculino em todas as relações sexuais. Pouco depois, o rapaz realizou alguns exames, inclusive anti-HIV, para mostrar à moça que não possuía qualquer doença sexualmente transmissível¹²⁵. O uso esporádico do preservativo foi substituído pela prática constante do coito interrompido, que “nem sempre dava certo”.

Em suma, os resultados apresentados nesta seção, com elementos extraídos de material de investigação qualitativa, corroboram a proposição do capítulo anterior, de que o processo de socialização e de incorporação das práticas contraceptivas é instaurado a partir da iniciação sexual. Alguns recursos são utilizados, sendo o coito interrompido e o preservativo masculino os principais citados – isto é, métodos tradicionalmente tidos como de controle masculino. A pílula anticoncepcional é adotada às vezes, mas apenas no decorrer dos relacionamentos, seja no âmbito da primeira parceria ou da seguinte. Os argumentos em torno da obtenção de prazer nas relações sexuais e da eficácia e/ou inocuidade do método são referidos, e constituem alguns dos aspectos que estão subjacentes às escolhas, trocas ou interrupções de algum recurso contraceptivo.

¹²⁵ Cf. Beltzer e Bajos, 2008.

3.4 Quando a gravidez “acontece” – a contracepção em foco

As gestações interrompidas são tratadas com frequência pela literatura como não desejadas, não planejadas ou imprevistas. Além disso, justifica-se a ocorrência de uma gravidez pela ausência de contracepção ou por falha do método contraceptivo. A partir desses dois pressupostos mais gerais, depreendem-se algumas questões, que merecem maior reflexão.

Em primeiro lugar, deve-se considerar o momento em que os estudos sobre gravidez e parentalidade são conduzidos: em geral, as narrativas são coletadas após o desfecho dos eventos, o que significa uma interpretação a *posteriori* acerca da gravidez e seu desenlace. Há um adensamento em torno da característica de evento inesperado nos casos em que a gravidez é interrompida, assim como certa ênfase sobre sua desejabilidade, quando levada a termo¹²⁶.

Em segundo lugar, há uma multiplicidade de situações nas quais ocorre uma gravidez e nem sempre a ausência e a falha da contracepção consistem em elementos suficientes para a compreensão de sua ocorrência. Conforme abordado anteriormente, as ideias de eficácia dos métodos e planejamento da reprodução tornaram-se o contexto hegemônico na produção de sentidos para as gestações na atualidade, também no Brasil. Terceiro, apresenta-se uma perspectiva referente à contracepção como uma prática individual e/ou feminina, o que conduz à problematização em torno da naturalização da ideia de controle feminino da contracepção/reprodução. Mas a escolha por um método pode ser efetuada em função das preferências do parceiro. Assim, é necessário demarcar, a todo momento, que a reprodução não é apenas biológica, e que a contracepção não constitui apenas questão de foro individual. Ela está incluída nas negociações sexuais do casal.

Barbosa (1999) ressalta que a ideia de negociação sexual, como estratégia de prevenção de gravidez, esteve à margem dos estudos e das discussões políticas, nas décadas de 1970 e 1980. Nesse contexto histórico e político, que já registrava importante queda na fecundidade, enfatizava-se o desenvolvimento de métodos

¹²⁶ Não é excessivo relembrar aqui a discussão efetuada por Vilar e Gaspar (1999) acerca do processo de assimilação que re-significa uma gravidez “não planejada ou não desejada” em “desejada”. Além disso, o fato da gestação ser imprevista não constitui fator preponderante para sua interrupção.

contraceptivos e de estratégias que prescindissem da “capacidade de negociação feminina”. É somente em fins da década de 1980, com o surgimento da epidemia de HIV/AIDS, que “o tema da negociação sexual se torna uma questão de investigação e de debate político mais amplo” (BARBOSA, 1999, p. 75), passando a ser algo “desejável, positivo” (p. 74). Contudo, o foco se restringe à dimensão da prevenção do HIV/AIDS.

Na interação sexual intervém um sem número de matizes nos jogos eróticos e amorosos que estão implicados nos contextos de barganha no par. A prática contraceptiva pode ser um dos elementos de negociação no casal. “A ideia de negociação, inclusive sexual, indica uma troca, uma transação na qual um dos integrantes deseja algo que o outro possui” (BARBOSA, 1999, p. 80). Assim, quando a barganha pelo sexo “natural” está em jogo, pode-se questionar sobre o quê, de fato, está sendo ali “negociado”. E, se a contracepção se insere no âmbito das negociações sexuais do par, seria lícito pensá-la como uma prática sexual?

Esta seção aborda os contextos e os cenários nos quais “acontece” uma gravidez. O termo “aconteceu” é corrente nas narrativas de situações de engravidamento, não apenas nas de iniciação sexual. Destaque é concedido para os contextos subjacentes às práticas contraceptivas, que certamente sofrem influência não somente das concepções femininas sobre os métodos (LEAL, 1995), mas de diferentes valores e significados das relações (sexuais) entre homens e mulheres.

A análise do material empírico resultou na organização e apresentação dos dados em torno de eixos temáticos relevantes na caracterização das circunstâncias de contracepção e gravidez. Salienta-se a opção pela interpretação de tais contextos segundo outros prismas, que não o da falha ou da ausência de contracepção. O enfoque recai sobre os contextos, e não sobre os tipos de método.

A contracepção não é um assunto só de mulheres, o que é evidenciado pela forte presença masculina em diversos enredos. Uma ressalva: as categorias propostas não são excludentes; ao contrário, há interseções. Os elementos nas biografias encontram-se intimamente conectados e estão vinculados aos contextos relacionais que enquadram a dinâmica da contracepção. Como Luker (1975) argumenta a respeito dos custos e benefícios da contracepção e da gravidez, nenhum fator isolado possui potencial suficiente para engendrar situações de “risco contraceptivo”. Busco aqui destacar os traços marcantes dos comportamentos

contraceptivos, que ganharam contornos mais nítidos, em face da ocorrência de gravidez.

Os quadros a seguir ilustram esquematicamente o calendário do percurso reprodutivo das informantes. Podem ser observadas as idades referentes à iniciação sexual, à ocorrência da gestação e seu respectivo desfecho (filho tido, aborto provocado ou espontâneo), e a idade da informante por ocasião da entrevista.

Quadro 2: Iniciação sexual, abortos e filhos, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas populares de 18-27 anos

Entrevistada	Idade (em anos)															Total gestações
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Thainá			■	*		■		■	■				■			4
Natasha			■	■		■		■	■				■		■	4
Dayane			■			■		2	■	■	■					6
Bruna	■			■				2	■	■	■					5
Olívia						■	■				■					1
Ticiane	■	■									■				■	2
Zélia						■				■					■	1
Zilmara						■	■	■								2
Fabiane						■					*	■			■	2
Nina		■										■			■	1

LEGENDA:

■ iniciação sexual

■ aborto provocado

■ filho

■ entrevista

* aborto espontâneo

Lê-se: Thainá se inicia sexualmente aos 15 anos; engravida aos 16 anos, com desfecho de um aborto espontâneo; duas gestações levadas a termo, aos 18 e 20 anos; uma quarta gravidez aos 21 anos, sendo interrompida. No momento da entrevista, ela estava com 24 anos e, portanto, sua biografia compreendia um total de quatro gestações.

Quadro 3: Iniciação sexual, abortos e filhos, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas médias de 18-27 anos

Entrevistada	Idade (em anos)															Total gestações
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Regiane						■	■					■			■	2
Úrsula				■	■						■					1
Karla			■				■						■			1
Karen		■				■									■	1
Denise				■			■				*				■	2

LEGENDA:

■ iniciação sexual

■ aborto provocado

■ filho

■ entrevista

* aborto espontâneo

3.4.1 Contracepção subordinada ao prazer: oposição entre artificial e natural

O uso de um método contraceptivo pode estar diretamente relacionado à perspectiva de favorecimento do prazer nas relações sexuais. Há valorização da espontaneidade da sexualidade: as informantes expressam contrariedade pelas interrupções durante o ato sexual. Neste enredo há resistências, dela e/ou do parceiro, em relação ao uso do preservativo masculino, por exemplo. A pílula anticoncepcional também não é bem aceita. Por vezes é considerada um medicamento/hormônio desnecessário ao funcionamento do corpo. As narrativas caracterizam-se pela ênfase na oposição natural *versus* artificial, quanto aos métodos contraceptivos. As informantes valorizam o fato de não ter um objeto (a camisinha) entreposto entre parceiros, preferindo um “contato direto”; aqui o recurso ao coito interrompido é frequente. Esta perspectiva alude a uma visão de mundo na qual a dimensão de fruição corporal é relevante.

O depoimento de Karla (24 anos, camadas médias, uma gravidez) é exemplar, pois contém quase todos os elementos referidos: a interferência dos hormônios sobre um ritmo “natural” de funcionamento do corpo; a primazia do prazer nas relações sexuais, tendo em vista que a camisinha incomoda; e a opção pelo diafragma (única a usar este recurso entre as informantes), pois “é como se ele não estivesse lá”, além de permitir que seu corpo se mantenha fértil o tempo todo.

Karla teve sete parcerias sexuais (quatro estáveis) e sua trajetória reprodutiva contempla uma gravidez. A informante experimenta vários métodos ao longo de seu percurso e reflete sobre eles durante a entrevista. O preservativo masculino consiste em recurso necessário no início de todo relacionamento afetivo-sexual de Karla, sendo substituído por outro no decorrer do relacionamento. Após a iniciação sexual, ela relaciona-se com outro rapaz por dois anos e meio. Já conhecia a pílula por intermédio da irmã mais velha e de “todas as amigas que já tinham namorado e tinham relacionamentos fixos [pois] tomavam pílula”. A informante chegou a se consultar com ginecologista, quando “perdeu a virgindade”, para se informar sobre contracepção. No entanto, a médica a repreendeu, afirmando que ela “não precisava estar tendo relação sexual tão cedo”. Na ocasião, usava a pílula anticoncepcional,

por considerá-la o método “mais fácil”, “garantido” e “mais indicado”¹²⁷. No namoro seguinte, Karla inicia as relações sexuais com preservativo masculino, mas “da camisinha para a pílula foi automático”. Esta frase indica o curto espaço de tempo entre a substituição do método: “tem uma hora que a gente conversa ‘vamos parar de usar a camisinha’ porque é ruim camisinha, nunca gostei”. Karla prefere ter relações sexuais sem preservativo, pois considera que ele interfere no prazer sexual; prefere a “sensação física da pele” e “não ter que parar na hora”. Ainda nesse relacionamento, ela refere desconfortos com a pílula, sobretudo em função dos efeitos colaterais e das mudanças corporais experimentadas. Adota, por iniciativa própria, o diafragma:

“Eu não gosto muito [da pílula], meu corpo muda, meu peito cresce e dói. Fico um pouco inchada também. (...) Eu não gosto de ter redução no ciclo do meu corpo [menstruação], gosto como ele é naturalmente, sabe? Quando parei de tomar pílula, descobri que meu peito diminuía (...) descobri que eu podia usar o diafragma.” (Karla, 24 anos, camadas médias, uma gravidez) (grifo nosso)

Este depoimento explicita a tensão entre o “natural” e o “artificial”: de um lado, uma concepção de corpo, com ritmo e funcionamento próprios, por oposição à contracepção, que é vista como algo “não natural” e “artificial”, sobretudo a contracepção hormonal, tida como capaz de agir sobre este corpo e desorganizar seu funcionamento “natural”. A concepção prevalente é que não deve ser imposto ao corpo um método artificial. Neste caso, a pílula é capaz de alterar, desorganizar, produzir sintomas, interferir nos processos naturais do corpo. Este par de oposições organiza a lógica em torno da qual a informante lida com as manifestações de seu corpo. Se aceita esta premissa, é possível derivar uma segunda: a de que a relação sexual sem mediações remete a uma concepção de sexo “natural”, sem mediações. Se tais mediações existem, a possibilidade de ter “plena sensação” é comprometida. Ao justificar a escolha pelo diafragma, a moça afirma que esse método “não causa nenhuma alteração em seu organismo”:

“É como se fosse uma camisinha em nível de comprometimento, eu não estou comprometida com o método anticoncepcional. Agora estou aqui conversando com você e sou uma mulher fértil a princípio, sabe? Estou totalmente limpa. Na hora quando eu quero, vou e boto e tiro depois, e porque também me disseram que é muito seguro. Eu conheço muitas mulheres que usaram a vida inteira sem problemas, minha ginecologista garantiu que era seguro, foi isso. Com o diafragma não sinto absolutamente nada, coloco e é como se fosse, é como se não estivesse lá, nada, não sinto nada.” (Karla, 24 anos, camadas médias, uma gravidez) (grifo nosso)

¹²⁷ Karla expressa desta forma a sua contrariedade sobre o comportamento da médica: “Eu não frequentava ginecologista. Aí fui nessa mulher que foi ruim, ela não me informou de nada ou informou mal assim, com má vontade. Ela achou aquilo ridículo, eu começar a transar tão cedo. Não era tão cedo nada, eu tinha 16 anos quando fui nela”.

Embora esse trecho do depoimento se refira à aceção do diafragma, é possível depreender algumas de suas representações sobre o preservativo. Ressalta-se a associação entre preservativo e comprometimento (do par). Em certa medida, esta correlação ajuda a compreender a lógica de uso de tal recurso no início dos contatos sexuais e sua substituição por outro método, na medida em que o relacionamento (ou, por que não dizer, o comprometimento) se estabelece. Há outra representação, ainda que tênue, entre preservativo, comprometimento e limpeza, alinhada à ideia de familiaridade.

Os pares limpo e sujo, casa e rua, conhecido e desconhecido, confiança e desconfiança, apenas para citar alguns, têm sido descritos como organizadores das lógicas de proteção às doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS (MONTEIRO, 1999; 2002). O preservativo usado no início das relações teria por função primordial a de proteção sanitária; ele é considerado como desnecessário no decorrer dos relacionamentos, pois já não se estaria mais a ‘transar’ mais com um/a estranho/a. Além disso, como já apontado pela literatura sobre HIV/AIDS, não são apenas os homens que “resistem” ao uso do preservativo. As mulheres também não querem usar a camisinha, com justificativas as mais diversas (BARBOSA, 1999; GUIMARÃES, 2001; PIROTTA, 2002). O depoimento de Karla evidencia seu descontentamento quanto à interferência deste recurso na dimensão do prazer, na construção de uma proximidade e de estabilização do relacionamento. O preservativo, ao interferir “na sensação física da pele”, denota sua condição de artifício que se interpõe na interação do par, idealmente direta.

O diafragma permaneceu como principal recurso utilizado no relacionamento seguinte de Karla, com duração de quatro anos, no qual ocorreu uma gravidez, aos 19 anos. Afirma que ela e o parceiro, então com 30 anos e com quem coabitou por dois anos, sempre conversaram sobre contraceção. Contudo, “ele só ouvia mesmo”, “não tinha muita diferença” para ele, o que ela usava. Em uma viagem Karla não usou o método: ignora se não levou o diafragma ou se não o colocou na hora. O casal estava em uma casa na montanha, local sem farmácia para recorrer à pílula de emergência. Avaliou que não engravidaria: “podia ter tomado depois [contraceção de emergência], um pouco mais tarde né, mas aí eu falei ‘ah, tudo bem, não vai acontecer nada’, aí fiquei grávida”. A informante considerou, à ocasião da entrevista, mudar novamente de recurso contraceptivo. Apesar de gostar do

método, afirma que às vezes não o utiliza. Em vários momentos temeu que a menstruação “falhasse”. O depoimento a seguir ilustra suas ponderações em torno da escolha de contracepção:

“Eu não gosto muito [de anticoncepcional] a princípio. Acho que um dia eu entendi que nenhum método anticoncepcional é ótimo, quer dizer, nenhum método anticoncepcional é natural. Gosto de estar em contato com meu corpo, de sentir, de perceber os sinais que meu corpo dá e acho que o ciclo menstrual, quando você fica fértil, quando você menstrua, é quando eu fico mais sensível. Isso tudo para mim são sinais e gosto de sentir esses sinais. Se eu tomo um hormônio para regularizar e ficar que nem uma maquininha, eu perco mais ainda esse contato. Um dia entendi que nenhum método é natural, porque na verdade natural é ter filho, né. Natural é não evitar ou não transar, que também não é muito natural (...) quer dizer se eu tenho uma vida sexual ativa, o natural é engravidar, então nesse momento me dei conta de que... tudo bem, nenhum método vai ser satisfatório cem por cento nesse sentido. Vou trocar e começar a usar um anel vaginal, sabe? É tipo uma pílula que também libera hormônios, que também troca uma vez por mês, tira e bota, só que ele é de ação local, ele não é de ação sistêmica, não vai para a corrente sanguínea, fica só ali. A ação é local, então eu acho que esse é melhor né?” (Karla, 24 anos, camadas médias, uma gravidez) (grifo nosso)

As concepções emblemáticas e metafóricas pelas célebres frases “a biologia é o destino” e “nosso corpo nos pertence” ilustram a disputa política e ideológica em torno da reprodução e da contracepção, e da conquista que representa(va) a pílula anticoncepcional, quando esta emerge no cenário. No final da década de 1950 e início dos anos 1960, este recurso despontou como um fascinante dispositivo tecnológico, capaz de libertar as mulheres do jugo da reprodução. Contudo, estudos recentes assinalam uma mudança no modo como a pílula é percebida por diferentes gerações (BAJOS et al., 2002). No contexto francês, a legalização e o acesso das mulheres à contracepção moderna (pílula e DIU) são fruto de forte luta do movimento feminista que marcou uma geração de mulheres. A pílula era signo de modernidade, conquista e libertação. Mais recentemente, começou a ser difundida a representação de que a pílula anticoncepcional constrange, perturba e ameaça definitivamente o bem-estar e equilíbrio do corpo. Bajos et. al. (2002) argumentam que a concepção de equilíbrio ecológico (de diferentes níveis, como meio ambiente, alimentar, consumo de medicamentos) tem se fortalecido e produzido fissuras em relação à perspectiva preconizada pelo planejamento familiar, de manutenção da contracepção hormonal, mesmo sem parceiro sexual. As autoras interrogam a existência de uma peculiaridade na geração mais jovem, na qual a contracepção estaria subordinada mais fortemente ao aspecto relacional. Este comportamento seria explicado a partir de uma “consciência

ecológica, em que os excessos devem ser banidos, inclusive o excesso de medicamento” (BAJOS et al., 2002, p.38)¹²⁸.

Cabe mencionar que a pílula anticoncepcional foi formatada para mimetizar os sangramentos menstruais (OUDSHOORN, 1994). Em um primeiro momento, a ideia vigente era de que ela seria um “método natural”, pois reproduziria os sangramentos menstruais. Os idealizadores da pílula anticoncepcional, preocupados com a supressão da menstruação resultante da ingestão contínua dos hormônios, dimensionaram o regime de medicação para o modelo de 21 dias de pílula e sete dias de pausa ou placebo. Segundo Manica (2009), essa foi a maneira encontrada pela indústria farmacêutica para transformar o método em um produto possível na década de 1960. Subjacente a esta concepção jazia o risco de “objeções morais a quaisquer drogas que interferissem na menstruação” (MANICA, 2004, p. 24). A autora ressalta que “um dos possíveis motivos para a rejeição à ideia da supressão da menstruação através da contracepção hormonal seria o fato dessa alteração evidenciar uma intervenção, entendida como artificial, sobre o corpo feminino. Interferir na menstruação, classificada como um fenômeno natural, seria algo perigoso” (MANICA, 2004, p. 24).

Na narrativa de Karla é vigorosa a oposição “natural *versus* artificial”: a pílula anticoncepcional se opõe à menstruação; a fertilidade natural¹²⁹ é ameaçada por um dispositivo capaz de transformar o corpo em uma “maquininha”. O depoimento desta informante propicia a especulação acerca do modo como as representações sobre contracepção estariam vinculadas às de sexualidade. Assim, seria lícito pensar que o binômio natural vs. artificial, presente nas avaliações sobre os métodos, se embasaria em uma representação da sexualidade atinente à esfera da espontaneidade e de total disponibilidade para o sexo? A assertiva de que “natural” é ter vida sexualmente ativa e “engravadar” pode conduzir a pistas interpretativas: a representação de “naturalidade do sexo” ou do “sexo natural” se alinha a uma noção pulsional da sexualidade (SALEM, 2004). Esta, por seu turno, remete às concepções de vontades “do corpo” e de “descontrole”. Nesse sentido, a contracepção adquire a significação de recurso a meios técnicos (artificiais), para controlar as funções sexuais (naturais), especificamente femininas, em um corpo refratário à imposição

¹²⁸ Cabe aqui referir uma matéria veiculada pela mídia brasileira em 2010, a propósito dos cinquenta anos de invenção da pílula, que mencionava: “o anticoncepcional que revolucionou os costumes ficará mais natural, ecológico e uma versão masculina chegará ao mercado em dez anos” (RUBIN, 2010).

¹²⁹ Cf. Tabet (1996) para discussão sobre o termo “fertilidade natural”.

deste controle (BATEMAN-NOVAES, 1982a). Assim, a luta “natural vs. artificial” se inscreve no próprio corpo da mulher (MARTIN, 2006; ROHDEN, 1998).

A biografia de Úrsula acrescenta elementos que permitem avançar no exame sobre a imbricação entre sexualidade e contracepção.

Úrsula (22 anos, camadas médias) teve diversas parcerias sexuais, sendo três em relacionamentos estáveis. Sua primeira e única gravidez (interrompida) ocorreu aos 17 anos, com o mesmo parceiro da iniciação sexual, após um ano de namoro. No início, o casal aderiu ao preservativo masculino. Úrsula buscou orientação sobre contracepção com um ginecologista e passou a usar a pílula. Em função dos efeitos colaterais provocado pelo método (“alterava os hormônios e o peito inchava muito”), suspendeu o anticoncepcional oral. O par recorreu então ao coito interrompido e à tabela. Afirma que a gravidez aconteceu porque “achava que dava na tabela”, mas não considera uma falha dos cálculos: “Achei que dava na tabela. [Falha das contas?] Eu não sei se foi falha, porque depois que eu fui saber que o óvulo fica no corpo depois de três dias. Então, deve ter sido isso assim”.

Aos 19 anos, relacionou-se com um homem mais velho, de 50 anos, por alguns meses. O parceiro tinha dificuldades de manter a ereção com o preservativo; ela voltou a utilizar a pílula, apesar de suas restrições quanto ao método. Ela considera que a pílula é “hormônio”, “mexe com a química”, é uma “força de barra” para o corpo. Apesar disso, usa esporadicamente o anticoncepcional oral. A prática contraceptiva de Úrsula estrutura-se em torno do tripé preservativo masculino no início dos relacionamentos, substituído pelo coito interrompido associado à tabela, e o recurso à contracepção de emergência nas situações de falha de um dos métodos anteriores. Em outro namoro, aos 21 anos, ela recorreu ao preservativo nos primeiros encontros sexuais, mas em seguida a prática do coito interrompido passou a ser preponderante. Deixaram de usar a camisinha porque “é bem melhor sem... com a camisinha você não sente muito a pele do outro” (grifo nosso). Úrsula descreve as duas situações em que precisou lançar mão do contraceptivo de emergência com este parceiro: em uma ocasião, “a camisinha ficou dentro, não saiu junto”; em outra, o rapaz “teria que ter feito, mas ele não fez, ele supostamente ia fazer [o coito interrompido]” (grifo nosso). Úrsula tinha 22 anos e no momento da entrevista começava novo relacionamento afetivo, com parceiro de 28 anos. No encontro sexual usaram preservativo. Ao ser indagada se o casal havia conversado

sobre isso antes, afirma: “Não, só na hora, eu fico sem graça de falar antes... Porque parece que já estou esperando alguma coisa, sabe?” (grifo nosso).

Este depoimento contém elementos alusivos ao processo de negociação entre os parceiros acerca dos métodos, sobretudo quando ela cede ao uso do anticoncepcional, apesar de não “gostar muito”. A combinação de métodos – preservativo masculino, coito interrompido (em associação ou não com tabela) e pílula de emergência –, na qual se assenta sua prática contraceptiva, acentua a dimensão de imprevisibilidade das relações sexuais e/ou a curta duração dos relacionamentos afetivos. Sua narrativa sobre a escolha por não conversar sobre camisinha antes do intercurso sexual evidencia aspectos já mencionados acerca do “comportamento adequado” no cenário das relações sexuais: segundo determinadas convenções de gênero, não se deve dar a impressão de esperar ou desejar a relação sexual. Este mesmo dado é uma pista para compreender suas reticências quanto ao uso da pílula anticoncepcional: além de ser “artificial” e “mexer na química do corpo”, seu uso regular sinalizaria a previsibilidade de relações sexuais.

Pode-se afirmar que a dimensão do imprevisível está para a do natural assim como a dimensão do previsível está para a do artificial. As narrativas permitem entrever uma valência diferencial entres estes dois pólos, uma estrutura hierárquica, na qual o primeiro par é avaliado positivamente e o segundo negativamente. A ideia de contracepção regular, transmutada sobretudo pela pílula anticoncepcional, colide com um contexto em que são valorizados os aspectos naturais. No âmbito da sexualidade, estes estão associados à imprevisibilidade e espontaneidade. Delineiam-se, assim, importantes pares de oposição que presidem certas lógicas que orientam as condutas: “contracepção / artificial / previsível / programação” *versus* “sexualidade / natural / imprevisível / espontaneidade”. Esta equação será novamente acionada nesta tese.

3.4.2 “Deixa pra lá”, “só hoje”: lógicas que precedem o “aconteceu”

A trajetória reprodutiva de Denise (26 anos, camadas médias) registra duas gestações e dois abortos: o primeiro provocado, aos 19 anos, e o segundo espontâneo, aos 23 anos. Ela namora o mesmo rapaz há quase seis anos e

contabiliza entre trinta e quarenta parcerias sexuais em sua trajetória (“parei de contar”). A primeira gravidez ocorreu quando ela tinha dois parceiros sexuais. Ela não sabe ao certo de quem engravidou: se do parceiro estável, pois o preservativo “estourou” e ela recorreu à contracepção de emergência, ou se foi do parceiro eventual, quando usaram a camisinha “somente no final da transa”.

Denise relata que as relações sexuais com parceiros ocasionais ocorrem somente se o rapaz tiver o preservativo. Ela menciona que esteve “bastante disponível” em certo momento de sua vida, quando sempre tinha “camisinha na bolsa”. Entretanto, nem sempre este recurso era acionado: “às vezes não tinha”, em outras situações “estava longe da farmácia”, ou “não queria cortar o clima na hora”¹³⁰. Considera a camisinha um método seguro, mas “nada prático”: “incomoda e corta o tesão, tem que ficar desenrolando, abrindo, arrumando e trocando, porque já está muito tempo usando e aí vai que fura, com o atrito. É chato, é muito chato” (grifo nosso).

Um ano após o episódio do aborto Denise começou novo relacionamento afetivo, com o único rapaz “apresentado” à família. Ela adota então a pílula anticoncepcional. Utiliza esse método por cerca de um ano e meio, até desistir: trocou umas “5 ou 6 vezes” de tipo de pílula, sempre sob orientação médica. Relata muitos contratempos: esquecia de ingerir; sangramentos antes do término da cartela; achava que a pílula “nunca estava forte o bastante”; ficava com “mais TPM”, caracterizada por dores nos seios, inchaço, estresse e mal humor. A informante passou a usar o “anel vaginal”: “uma espécie de OB, uma coisa assim, deixa lá, ele fica acomodado assim lá dentro. É um anel, que ele é meio de silicone com os hormônios, você coloca e deixa lá e depois de 21 dias você tira o anel e troca”.

Denise abandonou este método após dezoito meses. Além de ser um recurso caro, alega que não é fácil de ser encontrado nas farmácias e, quando comprava, era preciso deixá-lo na geladeira, situação que provocava constrangimento com o

¹³⁰ Um contraponto interessante e pertinente em relação a este trecho da entrevista consiste na remissão ao registrado por Le Gall e Le Van (2007) acerca da sociedade francesa. Os autores discutem o grau de preparação dos jovens e de expectativa quanto à primeira relação sexual. Há situações em que os jovens interrompem as “preliminares”, quando se dão conta de que a parceira ainda não fazia uso de anticoncepcional e o casal não contava com o preservativo à mão. Em uma situação por eles descrita, o rapaz sai para comprar camisinha e, de posse do preservativo, retorna à situação de intimidade com a parceira. Cabe aqui referir minha interlocução com pares franceses acerca da questão, em meu período de estágio doutoral na França. Em face da minha ênfase sobre a particularidade francesa quanto ao tipo de conduta registrado por Le Gall e Le Van (2007), meus colegas – num típico jogo antropológico entre “o familiar e o exótico” – estranharam meu estranhamento e afirmaram que a situação retratada por Le Gall e Le Van é familiar aos franceses, sair para comprar contraceptivo em meio a um jogo amoroso não “corta o clima”. Ao contrário, é algo “natural”.

pai: “meu pai abre a geladeira pra tomar uma coca-cola (risos), tá lá a caixinha de remédio... ‘O que é isso?’”. “Ficava neurótica” no período em que fazia tabelinha (muitas vezes associada ao coito interrompido), e o parceiro a auxiliava com as datas da menstruação. O relacionamento prosseguiu e o casal passou a “deixar pra lá”. Por vezes mantinham relações sem preservativo: “Às vezes não tinha [camisinha] e a gente “ah, deixa”. Aos 23 anos Denise engravidou novamente. Teve medo de contar para a mãe. Mas a notícia foi bem recebida por todos: parceiro e respectivos familiares de origem. No entanto, ela sofreu um aborto espontâneo.

Esta biografia permite acesso a novas questões. Em primeiro lugar é interessante notar os aspectos negativos elencados em relação ao preservativo. Seu uso fica comprometido em decorrência da avaliação: ele não é prático; tem que abrir, desenrolar, arrumar e trocar. Além disso, ele “corta o tesão” e “fura”. Vale pontuar que os discursos normativos em torno do preservativo masculino, sobretudo aqueles do setor da saúde, ressaltam que este recurso é prático e que, se bem acondicionado e colocado, não se rompe. Assim, os acidentes com preservativos seriam decorrentes da imperícia do usuário. Contudo, é comum a declaração de que “a camisinha estourou” nos depoimentos nativos. Como compreender este ‘descompasso’? De início, é possível aventar a ideia de que estaríamos diante do embate clássico entre eficácia teórica e eficácia prática do método¹³¹. O depoimento de Denise elucida um aspecto raramente levado em conta nos discursos sanitário-normativos: o de que o ato da penetração pode ter certa duração, o que, por seu turno, pode comprometer o grau de lubrificação da camisinha e, então, ela pode, de fato, se romper. Nesse sentido, para um uso e funcionamento satisfatórios do método, seriam necessários outros cuidados além do ‘acondicionar’ e ‘colocar’ adequadamente o preservativo. O depoimento de Denise permite ir adiante: ele explicita a noção de que o preservativo precisa ser monitorado durante o ato sexual, se é necessário arrumá-lo, trocá-lo, conferir se ele “escapuliu”. O “incomodar” e o “cortar o tesão” podem sinalizar para o fato de que estas ações interferem no ato sexual, “atrapalhando-o”¹³². Portanto, este relato remete a detalhes do andamento do intercurso sexual: “parar a transa” para colocar o preservativo, monitorá-lo

¹³¹ Cf. capítulo um para problematização da noção de eficácia dos métodos.

¹³² Higgins e Hirsch (2008) são categóricas em afirmar que o prazer é um aspecto crucial a ser considerado nos estudos sobre contracepção.

continuamente. Tais nuances são consideradas incômodas e ampliam as justificativas de descontentamentos quanto à camisinha.

Em segundo lugar, pode-se depreender outro tipo de representação da pílula: ela pode não ser “forte” o bastante. Esta ideia aponta para desconfianças e suspeitas quanto à sua eficácia, o que, aliado aos efeitos colaterais indesejados, contribui para as restrições em torno deste recurso.

Terceiro, cabe ponderar sobre a visualização do método. O anel de silicone fica “acomodado” como se fosse um “OB”, o que indica que ele fica resguardado da visão diária. No entanto, ao necessitar ficar “na geladeira”, ele é passível de exposição ao olhar de todos. A menção à figura paterna não é fortuita. O exemplo alude às dificuldades geracionais em lidar com a sexualidade dos filhos e, em especial, com a sexualidade das filhas. Conforme assinalado por Brandão (2003) em seu estudo com jovens de camadas médias, a pressuposição de que há conversas no âmbito da família não procede; elas raramente ocorrem e, quando ocorrem, “tomam formas pouco palpáveis, indiretas, dissimuladas que não chegam a ser abordadas com clareza e precisão” (BRANDÃO, 2003, p. 113). Mais ainda, são sobretudo as mães, e não os pais, que se esforçam em abordar a temática da sexualidade com filhos/as. Denise não esclarece as condições de diálogo entre ela e seus pais a respeito de sexo e sexualidade, mas sua reação conduz a conjecturas. A existência concreta de um objeto contraceptivo disposto, ainda que temporariamente, em local de uso comum da casa implica o reconhecimento de que atividades sexuais estão em curso. Conforme assinalado por Luker (1975), uma coisa é ter relações sexuais e outra é admitir que se tem relações sexuais. Esta posição parece ser válida para a moça e, também, para seu pai, por meio da ideia de que ‘sei que minha filha tem relações sexuais, mas não preciso ficar sendo lembrado disso’.

Em quarto lugar, a expressão “ah, deixa” merece uma reflexão. O posicionamento aí manifesto funciona como pré-requisito lógico para outra expressão: “aconteceu”. No caso de Denise, o relacionamento já transcorria há algum tempo. Dentre seus 40 parceiros, aquele foi o único considerado ‘digno’ de ser apresentado à família, o que denota tanto uma valorização do parceiro como de seu vínculo. Nesse sentido, uma pergunta se impõe: o que estaria sinalizando o “ah, deixa pra lá”? O quê é deixado “pra lá”? Seria um “deixa [a contracepção] pra lá”? Significa um deixa “acontecer” a gravidez? Este exemplo incorpora bem a reflexão

desenvolvida por Luker (1975), acerca do “*taking chances*”. Para esta autora (LUKER, 1975), diversos níveis atuam, quando se conta com a sorte, o acaso, a incerteza, assumindo os riscos. Nestes vários níveis estão imiscuídos os custos da contracepção e os benefícios de uma gravidez. Desta forma, tal aspecto sinaliza a possibilidade de ocorrência de gestação na parceria. O caso de Denise é um exemplo de quando uma gravidez “acontece” sem ter sido planejada, e, mesmo assim, é considerada possível, reiterando a problematização sobre gravidez imprevista.

A lógica do “deixa prá lá” aproxima-se das situações de “relaxamento” contraceptivo. O caso de Nina (25 anos) é exemplar. Filha única de uma família de camadas populares, em processo de mobilidade social ascendente. Á época da entrevista, ela cursava pós-graduação em direito. Nina declarou três parceiros sexuais até aquele momento. Sua trajetória reprodutiva compreende um episódio de gravidez, com aborto como desfecho. Aos 17 anos iniciou namoro com novo parceiro, atualmente seu noivo, um rapaz de 24 anos e pós-graduação concluída. O casal usou preservativo masculino, coito interrompido, tabela e contracepção de emergência, de modo alternado e/ou combinado nos oitos anos de relacionamento. A gravidez ocorreu após seis anos de namoro, sendo atribuída a um “período de relaxamento” da prática contraceptiva. No começo do namoro usavam sempre a camisinha. Com o passar do tempo começaram a intercalar este recurso com o coito interrompido, em associação com tabela periódica: “aí ficou naquele do só hoje não tem problema” (grifo nosso). Em duas ocasiões, houve incidente com o preservativo (“camisinha estourou”), e o casal recorreu à farmácia para comprar o contraceptivo de emergência.

Nina argumenta que diversos fatores colaboraram para a “fase do relaxamento”. Ela detalha a antipatia do parceiro pelo uso do preservativo masculino: “é incômodo”, “tira a sensibilidade”, “não tem a mesma sensação”. Relata que desenvolveu “alergia” ao lubrificante da camisinha, o que piorava seus problemas em relação à dermatite vaginal, quando uma alergista e uma ginecologista aconselharam que evitasse a camisinha. Menciona, ainda, sua aversão à ideia de tomar a pílula anticoncepcional, por sua preocupação com alterações corporais: poderia engordar, ter varizes, espinhas¹³³. Apesar das queixas do noivo e de afirmar

¹³³ Segundo a informante: “as pilulas a gente não sabe muito bem. As pessoas falam que engorda, que dá estrias, que você vai ficar enorme, que dá varizes, então fico apavorada com isso. Uma oportunidade de você

que o sexo “não é a mesma coisa” com a camisinha, ela prefere este recurso à pílula. Ao discorrer sobre os métodos que conhece, Nina se refere ao diafragma como ruim, pois “corta o clima” e interrompe o ato sexual, como o preservativo¹³⁴.

A referência ao diafragma reforça seu desagrado e de seu parceiro, quanto à interrupção do ato sexual. A narrativa sobre a gravidez, atribuída a um “relaxamento” da contracepção, coloca em cena as contrariedades em relação a alguns métodos, como preservativo e pílula. Mas como compreender o “só hoje não tem problema”? De que maneira explica-se a ideia de “relaxamento”? Que significados ela contém? O “deixa pra lá” e o “só hoje” constituem lógicas muito próximas, que abrigam a possibilidade de ocorrência de gravidez. Cabe mencionar um dado biográfico: o casal fica “noivo” alguns meses após o aborto. Este aspecto pode indicar que a ocorrência de uma gravidez funciona, de certo modo, como termômetro, para mensurar o comprometimento na relação, ou seja, como critério de avaliação do relacionamento e de compromisso do parceiro¹³⁵. Enfatizo aqui, no entanto, que o desfecho de uma gestação depende de diversos outros fatores (BATEMAN-NOVAES, 1985).

3.4.3 “Toma amor, vamos tomar”: as barganhas no casal em torno da contracepção

A contracepção é objeto de negociação mais ou menos intensa entre os parceiros. O aspecto relacional da contracepção é descrito ao longo de todo o capítulo. No entanto, este item aborda detalhadamente o processo de negociação do casal em torno da contracepção, evidenciando que este constitui um domínio permanente de barganhas na dinâmica do par. As narrativas indicam a existência de negociações entre parceiros na dinâmica contraceptiva. Tais contextos podem ser tomados como ilustrativos dos âmbitos de muita barganha entre homens e mulheres na esfera da sexualidade.

começar a tomar um remédio, me dá uma disfunção hormonal e eu virar uma bola enorme, ficar gorda, e não conseguir mais emagrecer”.

¹³⁴ O preservativo é preferível por ser mais fácil de manipular do que o diafragma, na formulação de uma espécie de hierarquia entre os métodos.

¹³⁵ Por um lado, uma gestação interrompida pode fortalecer um vínculo, criar uma cumplicidade, principalmente em contexto de ilegalidade da prática, como no Brasil. Por outro lado, o aborto também pode acarretar rupturas no relacionamento.

Zélia (25 anos, camadas populares) teve quatro parcerias: três eventuais e uma estável. Sua primeira relação sexual ocorreu aos 18 anos, com um amigo de infância da mesma idade, também virgem. Aos 19 anos iniciou namoro de cinco anos com um rapaz de 18 anos, no qual ocorreu sua única gravidez. Durante o primeiro ano o casal fez uso de preservativo masculino, mas “nem sempre”. Às vezes “não tinha na hora”; em outras ocasiões ela cedia aos pedidos do parceiro para não utilizar a camisinha:

“Acontecia, às vezes a gente fazia sem camisinha. Às vezes era porque não tinha mesmo. Mas às vezes ele me pedia porque ele não gostava de usar camisinha, por isso que ele queria que eu usasse a pílula. (...) E quando não tinha [camisinha] eu fazia a vontade dele, né? Eu não, né? Os dois...” (Zélia, 25 anos, camadas populares, uma gravidez) (grifo nosso)

Após um atraso menstrual, quando temeu estar grávida, decidiu usar contraceptivo oral, aconselhada por sua mãe e por um ginecologista. A pílula, adotada por cerca de um ano, acarretou conflitos para Zélia. Ela temia “ficar gorda” como as amigas que recorriam ao método, passou a ter “muita espinha” e se sentia “estressada” pelo compromisso de ingerir o “remédio” na hora certa. Em certo momento ela comunicou à mãe e ao parceiro que não mais tomaria o contraceptivo oral. Solicitou ao rapaz que voltasse a utilizar o preservativo nas relações sexuais. O relato ilustra sua opinião sobre o método:

“Porque eu estava muito cansada de ter que tomar na hora certa, e todo dia ali... e isso me estressou muito. Falei pra minha mãe e pra ele: ‘Olha, não quero mais tomar’. Aí ele disse: ‘Mas por quê?’ Falei: ‘Ah! Não, só mulher que sofre, só mulher que isso... Ah! Não, vamos usar camisinha e você que encape. Porque não quero mais isso, eu não quero mais colocar hormônio dentro do meu corpo.’” (Zélia, 25 anos, camadas populares, uma gravidez) (grifo nosso)

O casal retomou o uso do preservativo masculino, mas houve um período em que “era sem nada”. Aos 22 anos Zélia se descobre grávida, em um momento que coincidiu com um período difícil em sua família: separação dos pais e desemprego da mãe. Após a interrupção da gravidez – realizada sem a concordância do parceiro –, o casal voltou a manter relações sexuais com preservativo, de forma “rigorosa”. Contudo, o rapaz tornou a insistir no uso da pílula, convencendo-a: “Aí ele falava: ‘Toma amor. Vamos tomar’. Voltei. Tomava certinho, ele me dava a pílula... ele mesmo comprava” (grifo nosso). A contracepção no casal consistia em objeto de um processo contínuo de negociação. Zélia afirma que o rapaz desejava muito ter um filho e às vezes escondia a pílula. O depoimento ilustra a dinâmica do casal em torno da contracepção:

“Eu falava pra ele: ‘às vezes é a mulher que quer engravidar pra segurar o homem pela barriga...’ Mas eu falava que era ele que queria me segurar pela barriga. Porque ele controlava o meu remédio e às vezes dizia que tinha sumido eu ficava com ele?]. Às vezes eu pedia pra ele segurar, porque às vezes quando a gente saía, eu tinha que tomar aquele remédio na hora exata, que eram dez horas da noite. Então, quando eu saía pra balada, pra alguma coisa ou pra casa da mãe dele e tal, eu pedia pra ele segurar pra mim pra quando desse a hora pra eu tomar. Então, ele me enrolava, dizia que não estava com ele e que ele tinha esquecido em casa. Quando não tomava algum dia, passava o resto do mês transando de camisinha.” (Zélia, 25 anos, camadas populares, uma gravidez) (grifo nosso)

Este caso evidencia o processo de negociação entre parceiros, tanto em relação à camisinha quanto sobre a pílula, em diferentes circunstâncias. Ela cede, em mais de um momento, às demandas do rapaz para deixar de usar a camisinha, adotando a pílula. Mas os descontentamentos em torno deste recurso engendram uma barganha em prol do retorno do preservativo masculino. Esta situação a deixa vulnerável à gravidez, pois às vezes “usavam nada”. O relacionamento continua após o aborto, evento que muda o cenário e funciona como um alerta para Zélia, em termos de sua vigilância contraceptiva.

Esta afirmação merece um adendo: encontra-se subjacente a ideia de que “a ocorrência de um evento modifica a probabilidade de ocorrências futuras, ou seja, as observações não são independentes” (PERETTI-WATEL, 2010, p. 12)¹³⁶. Assim, apoiando-me numa inspiração das *leis da estatística*, é possível supor que o aumento da “vigilância contraceptiva” constitua fruto de um aprendizado que ocorre a partir da primeira gravidez. Este evento acarreta reavaliações e mudanças nas práticas contraceptivas dos sujeitos. Em outras palavras, postula-se a existência de um aprendizado da contracepção (sentido amplo), a partir da ocorrência de uma gravidez imprevista. Contudo, tal hipótese não é suficiente para a compreensão dos contextos com mais de uma gravidez imprevista (e tampouco da primeira, porque tal aprendizado se daria a partir dela). É nesta brecha que os diversos aspectos ou lógicas atinentes à contracepção e sexualidade, dentre elas, a do jogo relacional, se tornam mais relevantes e profícuas para o entendimento dos eventos.

A partir do aborto, a biografia de Zélia sustenta com maior ênfase a equação que conecta jogo relacional com métodos contraceptivos e comportamentos em

¹³⁶ Texto no original: « l'occurrences d'un événement modifie donc la probabilité des occurrences futures, autrement dit lês observations ne sont pás indépendantes ». Nesta passagem, o autor está discutindo a hipótese de independência entre eventos, muitas vezes adotada na área da epidemiologia, que permite a simplificação dos cálculos estatísticos. Contudo, ele argumenta que a realidade se apresenta de forma bem mais complexa e que a hipótese de independência é, em última instância, falsa. Na hipótese da dependência dos eventos, a probabilidade de ocorrência de um altera a probabilidade de ocorrência de outro.

torno da contracepção. A adoção do método contraceptivo oral associa-se à estabilidade do relacionamento. Além disso, sua trajetória biográfica revela um comportamento comum em camadas populares, no que se refere à participação dos homens na contracepção: a compra do anticoncepcional para a parceira “fixa” (CABRAL, 2004; CARVALHO et al. 2000; SALEM, 2004). Mais do que prover a parceira de um método contraceptivo, o ato de comprar o anticoncepcional é central na negociação em torno dos significados do relacionamento. Assim, ele sinaliza para ela o engajamento ou compromisso dele. Pode-se supor que haja, neste caso, uma troca por ela ter cedido às demandas pelo sexo sem camisinha. Ao mesmo tempo, o discurso de Zélia explicita a insatisfação com os “hormônios no corpo”, o que indica sua ambivalência em relação à pílula. Desse modo, há um jogo complexo e pleno de nuances entre os parceiros, que ilustra a dimensão de negociação constante em torno da contracepção. A barganha evidencia mais um aspecto: quando o parceiro esconde o anticoncepcional, desestabiliza o equilíbrio estabelecido no par¹³⁷. Por sua vez, quando ela transa de camisinha durante o “resto do mês”, ela busca retomar seu poder na parceria. De certa maneira, ela expressa que “você não vai decidir sozinho o que é do âmbito de nós dois”¹³⁸. Assim, as hierarquias de gênero são encenadas e contracenadas na esfera da contracepção.

Na entrevista de Zilmara (25 anos), informante de camadas populares, observa-se uma *preocupação* contraceptiva, *aprendida* com seu terceiro parceiro afetivo-sexual. O uso da pílula está associado a contextos de namoro estável ou quando há maior frequência de encontros sexuais. Sua narrativa coloca em relevo as figuras masculinas, centrais em seu relato sobre contracepção.

Zilmara teve duas gestações na trajetória, ambas interrompidas. A primeira ocorreu aos 19 anos, com o parceiro da iniciação sexual, que namorava desde os 15 anos (relacionamento por quatro anos). Nas primeiras relações sexuais, o casal empregou a técnica do coito interrompido. Depois passaram a utilizar o preservativo masculino e, em seguida, abandonaram este recurso. Como tinham relações sexuais sem método e “não acontecia nada”, o casal achava que um dos dois não era fértil. A ideia de infertilidade, sustentada pelo parceiro, contribuiu para a não prevenção:

¹³⁷ Ela desconfia de que ele “quer segurá-la pela barriga”. Não é possível aqui desenvolver o tema da paternidade como locus de consolidação de identidade masculina (CABRAL, 2002), embora talvez esteja presente uma sinalização deste aspecto, quando o rapaz trapaceia no controle do anticoncepcional.

¹³⁸ Agradeço Fabíola Cordeiro por chamar minha atenção sobre esta manobra de restabelecimento do desequilíbrio de poder entre os parceiros.

“Acreditava em tudo que ele falava... Então eu não usava, passei a não usar e aconteceu.” Ela descobriu a gravidez quando o relacionamento já havia se encerrado.

Nos meses seguintes, a entrevistada começou novo relacionamento, um “amor à primeira vista”, com rapaz de mesma idade. Nesse namoro, o casal recorria ao preservativo masculino na maioria dos encontros sexuais: “lá em casa tinha uma caixa”¹³⁹, mas, às vezes, ele “gozava fora”. Ao discorrer sobre a segunda gestação, Zilmara mencionou suas restrições acerca da pílula anticoncepcional e a preferência pelo preservativo: “pra falar a verdade eu nunca tomei anticoncepcional porque a gente não se via muitas vezes, era duas vezes na semana, entendeu? Então era melhor usar camisinha, porque o anticoncepcional é uma coisa forte pro organismo, né?” (grifo nosso). Ela atribui sua segunda gestação a uma “camisinha estourada”. À época, cogitou usar a pílula de emergência, mas já havia decorrido 72 horas do coito: “Ele sabia que estourou e ficou sem graça de me falar”.

Aos 23 anos Zilmara começou um namoro (de dois anos) com um rapaz de 18 anos¹⁴⁰. O início das relações sexuais ocorreu no terceiro mês de relacionamento, com uso de preservativo masculino, por iniciativa do parceiro. Segundo Zilmara, ele não sabia de suas gestações anteriores e era “muito cuidadoso” com a contracepção, pois temia uma gravidez. No decorrer do relacionamento ela começou a utilizar a pílula anticoncepcional, por influência do rapaz:

“Ele era o garoto mais responsável em relação a preservativo, em relação a engravidar. Ele falava: ‘Não quero ter filho e só faço com camisinha’. Porque ele era do homem que: toma remédio, usa camisinha e goza fora. Dava raiva! Eu falava pra que: ‘não vou mais tomar anticoncepcional não’. Estou na escravidão do anticoncepcional!... (...) Comecei a tomar pela primeira vez na vida, passei a tomar remédio por causa dele. Eu fui ao ginecologista e ele foi comigo e tal. (...) Ele é tão responsável que de seis em seis meses ele fazia eu ir ao ginecologista para ver se estava tudo certinho. (...) Ele foi e comprava pra mim... Às vezes falava pra ele: ‘vou parar de tomar remédio porque você já usa camisinha mesmo’. Ele dizia: ‘Não, pelo amor de Deus não para não’. Então ele foi o homem mais responsável sobre isso que eu conheci, de todos.” (grifo nosso)

A primeira gestação de Zilmara parece encarnar o que Luker (1975) denomina como contexto de teste de fertilidade. A autora argumenta que as mulheres podem correr riscos contraceptivos com maior frequência, sobretudo após

¹³⁹ Sua mãe trabalhava como enfermeira em um hospital e a informante refere que tinha facilidade para conseguir o método.

¹⁴⁰ Rapaz cursava o ensino médio.

“longo período” de adoção de uma prática contraceptiva “contínua”. Essa modalidade de afrouxamento da vigilância contraceptiva pode significar um teste em torno da própria potencialidade reprodutiva. A ocorrência de uma gravidez poderia se configurar como benéfica, em face da dúvida acerca da fertilidade. Nesse caso, a manutenção da contracepção seria incômoda e “desnecessária”. No entanto, o fator “tempo” é fundamental: segundo a autora (LUKER, 1975), ficar grávida na primeira vez em que se corre risco é raro. Para ela, geralmente a mulher engravida após algum tempo de exposição a riscos contraceptivos.

A percepção de tempo é relativa. O significado sobre o que seria estar em uso de método por “muito tempo” varia de acordo com as concepções de cada informante, sobre o que é “muito” ou “pouco”, os projetos de vida e os valores sobre parentalidade, as crenças sobre os efeitos do método sobre o corpo, conforme mencionado anteriormente, entre outros aspectos¹⁴¹. A manutenção de relações sexuais sem proteção contraceptiva e o fato de não engravidar “logo” podem contribuir para a produção da crença de esterilidade. A prática contraceptiva torna-se, assim, insuportável; o contraceptivo é “rejeitado ou funciona mal” e uma gravidez “imprevista” pode ser vivida como a ultrapassagem da “esterilidade” (BATEMAN-NOVAES, 1979-1980, p.227)¹⁴².

A declaração de Zilmara, de que “era bobona” e “acreditava em tudo” o que o parceiro falava enseja sua acusação, de que ele a enganou. É possível supor que, entre os argumentos nas negociações do casal, constava a retirada de cena do preservativo masculino. O fato de terem acionado a possibilidade de infertilidade de um dos parceiros conduz à hipótese de teste de fertilidade, para ambos. Assim, é possível especular se, na situação do primeiro engravidamento, estaria em jogo a negociação em torno da certeza sobre a potencialidade reprodutiva da moça e do rapaz.

A situação de negociação com parceiro em torno da contracepção se repete com o terceiro namorado. Neste caso há pouco espaço para barganha: ele não transa se ela não estiver tomando a pílula. É o parceiro quem mais se preocupa com a possibilidade de gravidez, ele “a faz” ir ao ginecologista e a acompanha. Ela passa

¹⁴¹ Nos depoimentos, é recorrente a ideia de que “estava tomando a pílula por muito tempo” e que “era necessário fazer uma pausa para o organismo”. Esse “muito tempo” e a “pausa” são variáveis. Mais ainda, comparando-se com o contexto francês, a noção de suspensão temporária da pílula, veiculada pelas informantes brasileiras, não é bem compreendida.

¹⁴² Em um contexto no qual é atribuído forte valor à maternidade, a dúvida em torno da potencialidade reprodutiva pode ser muito incômoda, engendrando riscos contraceptivos.

a tomar a pílula com regularidade, situação que ela identifica como “escravidão do anticoncepcional”. Ainda assim, ele usa o preservativo e pratica o coito interrompido nas relações sexuais, o que claramente a desagrada. Ela ameaça interromper o uso do contraceptivo oral se ele continuasse a utilizar camisinha e a fazer o coito interrompido. Ele pede que ela não faça isso e cede quanto ao uso do preservativo. Nesse jogo, em que o rapaz é descrito como o “mais responsável em relação a engravidar”, Zilmara adota a contracepção hormonal de forma contínua. No momento da entrevista, afirmou que “nunca mais” havia deixado de tomar a pílula, a despeito dos efeitos colaterais provocados pelo método.

A partir desta biografia é possível abordar as formas de participação masculina nas negociações sobre contracepção e reprodução no par (CABRAL, 2003; CARVALHO et al. 2000; SALEM, 2004). Talvez este caso seja um dos poucos de parcerias em que o rapaz é apresentado como o principal protagonista no gerenciamento e controle da fecundidade do casal. Uma indagação se apresenta aqui: seria um exemplo de engajamento masculino na esfera da contracepção e desnaturalização da ideia da gestão contraceptiva como atributo feminino? Trata-se de um caso de compartilhamento de responsabilidades ou de falta de confiança na parceira? O namorado de Zilmara é a antítese da figura de homem frequentemente descrito pela literatura, onde o perfil dominante é o de ser pouco interessado e/ou alheio às questões contraceptivas da parceira, que delega às mulheres o gerenciamento da contracepção (CABRAL, 2003; CARVALHO et al., 2000). A situação de exterioridade masculina, em contextos em que a contracepção é considerada da alçada feminina, pode posicionar o homem em situações de vulnerabilidade, ficando à mercê do “maquiavelismo” das mulheres (SALEM, 2004). A frase “elas estão me enchendo de filhos e eu sou tão novinho”, proferida por um entrevistado da pesquisa Gravad (jovem pai de cinco filhos), ilustra esta posição de exterioridade masculina e de naturalização do domínio da contracepção como feminino.

Entretanto, não há “golpe da barriga” sem a cumplicidade do outro membro do casal. Nesse sentido, tem homem na contracepção. E é possível aprender com eles. A socialização contraceptiva feminina é realizada majoritariamente por outras mulheres (mãe, irmãs, tias, colegas), no contexto brasileiro¹⁴³. Todavia, o âmbito do

¹⁴³ A participação de escolas e serviços de saúde na esfera da contracepção é limitada. Conforme indicado no capítulo anterior, as escolas são importante fonte de informação para os jovens, no que diz respeito ao tema

casal também é um locus possível de aprendizado e de socialização acerca das questões contraceptivas. As situações de incidente com preservativo masculino, “camisinha estourada”, ou com coito interrompido, “que não deu certo”, seguido do recurso ao contraceptivo de emergência constituem bons exemplos. Na maioria dos casos, as moças são apresentadas à pílula de emergência por seus parceiros. Este aspecto não surpreende. A necessidade de sua utilização é frequentemente motivada pela “falha” de algum dos métodos cujo controle é masculino, como o preservativo ou coito interrompido¹⁴⁴. Nesta direção, indaga-se: seria o contraceptivo de emergência um dispositivo masculino? Ou do casal?¹⁴⁵

A concepção de que a pílula seja “uma coisa forte para o organismo” está presente no depoimento de Zilmara e de outras informantes. Contudo, indica-se a associação do tipo de método contraceptivo utilizado e a frequência das relações sexuais. Quando estas não são frequentes (“a gente não se via muitas vezes”) e são incertas, a contracepção regular (leia-se pílula) não é considerada necessária. Seu uso passa a ser um ‘exagero’ ou um ‘excesso’ para o corpo.

3.4.4 Incerteza das relações sexuais

A proposta de examinar as práticas contraceptivas sob o prisma da (in)certeza das relações sexuais integra o conjunto de significados e ações que adensam a compreensão das situações abordadas. Embora neste item o foco incida

DSTs/AIDS. Mãe e grupo de pares são as fontes primárias de informação sobre contracepção e relação sexual, respectivamente (BOZON; HEILBORN, 2006). No contexto brasileiro, não se discute sobre contracepção nas escolas, tampouco as políticas de saúde contam com ações de envergadura dirigidas aos jovens que vão iniciar sua vida sexual (CABRAL; HEILBORN, 2010). No que concerne à assistência à mulher, os serviços básicos de saúde ainda se centram no tripé ‘gravidez, parto e puerpério’, o que faz com que as mulheres sejam abordadas, quando muito, a respeito de sua contracepção futura durante o pré-natal (HEILBORN et al., 2009). Já no contexto francês há forte participação do aparato médico sobre esta esfera: não é possível comprar um anticoncepcional sem prescrição médica (BAJOS et al., 2002). Nas escolas francesas há uma ‘enfermeira’ (“infirmière scolaire”), disponível para prestar informações e esclarecer dúvidas dos jovens, além de propiciar acesso à contracepção de emergência. Além disso, há máquinas dispensadoras de camisinha em escolas e em locais públicos, como em estações de metrô, exterior de farmácias, nas quais é possível adquirir o preservativo a qualquer momento do dia ou da noite. Cf. EXERCICE PROFESSIONNEL: infirmière scolaire et contraception d’urgence (disponível em: <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-scolaire-et.html>).

¹⁴⁴ Ele também pode ser necessário nas situações em que o método utilizado é a “tabelinha”, quando as relações sexuais são mantidas no período em que deveria ocorrer abstinência sexual.

¹⁴⁵ Por exemplo, a biografia de Nina contém a descrição sobre duas ocasiões em que a contracepção de emergência (CE) foi necessária. Em ambos os casos, o parceiro providencia o método. Na primeira vez, ele telefonou do motel para um amigo, cuja namorada já tinha utilizado este expediente e obteve o nome da pílula. Na segunda vez, ambos se dirigiram à farmácia.

sobre o tipo de parceria/relacionamento, a equação “contracepção / artificial / previsível / programação” *versus* “sexualidade / natural / imprevisível / espontaneidade” é aqui retomada, no sentido de explicitar diferentes combinações e desdobramentos possíveis desses pares de oposição. Ela serve como guia de inteligibilidade da incerteza, do “deixa prá lá”, do “só hoje” e do “relaxamento”.

A incerteza das relações sexuais guarda estreita relação com o tipo de relacionamento afetivo-sexual em que se está inserido. O tipo de relacionamento pode ser eventual ou estável, o que permite uma argumentação em termos de modalidade de parceria. A classificação do relacionamento e, portanto, da parceria, desempenha relevante papel no gerenciamento da contracepção, tanto para homens como para mulheres. No caso dos homens, a literatura salienta uma classificação moral do universo de mulheres, entre as “da rua” ou da “casa” (DaMATTA, 1985), ou entre “estável/fixa” ou “eventual”. Tal quadro classificatório consiste em forte operador lógico, que não apenas distingue e seleciona as parceiras, como engendra percepções e atitudes distintas, quanto ao modo de lidar com a contracepção no jogo relacional (CABRAL, 2003; SALEM, 2004).

As atitudes referentes às parceiras eventuais são caracterizadas por forte exterioridade masculina quanto ao aspecto contraceptivo. Na eventualidade de uma gravidez, o “problema é dela”¹⁴⁶. O recurso ao preservativo, quando acionado, incide preferencialmente sobre o aspecto de prevenção de DSTs/AIDS, em detrimento do controle da fecundidade/reprodução. No que tange às parceiras fixas e o envolvimento ou não com as questões contraceptivas, surge outra característica: entre os homens de camadas populares, é comum a prática da compra do anticoncepcional oral para a parceira, atitude que pode ser interpretada como comprometimento do homem, indicando possíveis desdobramentos da manutenção das relações sexuais. Neste contexto, o uso da camisinha torna-se contraditório: trata-se de parceira “conhecida” e, portanto, o preservativo passa a ser “desnecessário” (CABRAL, 2003; SALEM, 2004)^{147; 148}.

¹⁴⁶ Em estudo sobre paternidade juvenil, constata-se que a diferenciação quanto à ocorrência de gravidez em meio a relacionamentos “fixos” ou “eventuais” acarreta distintas sucessões de acontecimentos, que envolvem conjugalidade e coabitação. O fato de a gravidez ocorrer com uma “parceira fixa” abre a possibilidade de haver coabitação, situação diferente dos casos de gravidez com “parceira eventual” (CABRAL, 2002; 2003).

¹⁴⁷ Embora a identificação deste operador lógico entre “casa vs. rua”, “conhecido vs. desconhecido” seja comumente associado ao universo masculino, cabe apontar que ele também se apresenta no universo feminino. Há, também, os homens da rua, que só “querem farra”, e os homens da casa, com possibilidade de “compromisso”. A utilização de preservativo nas relações sexuais com os primeiros é menos conflituoso, ao passo que, com os segundos, a introdução deste dispositivo pode significar desconfiança sobre o outro, ou denotar a não exclusividade da parceria sexual. Este operador simbólico adiciona dificuldades suplementares

Pelo prisma feminino, a gestão contraceptiva segundo o tipo de parceria se aproxima do que Luker (1975) designou “*relationship-specific contraceptive pattern*”. De acordo com esta lógica, há um sopesar entre os custos e os benefícios da contracepção contínua, relativamente à (in)certeza dos encontros sexuais e/ou estabilidade da parceria sexual.

A narrativa de Bruna é exemplar quanto ao nexos estabelecido entre uso de método regular, como a pílula, e inserção em um relacionamento considerado estável. Bruna (22 anos, camadas populares) já passou por cinco gestações: três interrompidas e duas levadas a termo. Ela utilizava contraceptivo oral desde os 13 anos, quando se iniciou sexualmente. A primeira gravidez ocorreu, aos 15 anos, com o parceiro da iniciação sexual e foi levada a termo. Bruna afirma que precisou interromper a pílula por indicação médica, após um ano de uso contínuo, já que o ciclo menstrual estava alterado e “não estava mais menstruando”. O casal adotou a prática do coito interrompido e/ou a do preservativo masculino, mas “muitas vezes não usava” e engravidou. Este relacionamento durou quatro anos.

Após o nascimento da filha, Bruna recorreu novamente ao anticoncepcional oral, mas sentia-se mal: enjoos, náuseas, dores de cabeça, o que fez com que interrompesse seu uso. Ela se separou do companheiro e considerou não ser mais necessário passar por estes incômodos: “já não estava mais com ele, então parei de tomar, não estava mais ficando com ninguém, então não vale a pena tomar, foi aí que fiquei grávida de novo” (grifo nosso). A segunda gravidez aconteceu aos 20 anos; o desfecho foi um aborto. Afirma que teve uma única relação sexual com parceiro eventual. Usaram o preservativo masculino, que “estourou”. Bruna desconhecia a contracepção de emergência à ocasião e não considerou que pudesse ficar grávida. Aos 21 anos iniciou um namoro com um rapaz de 27 anos, em processo de separação conjugal e pai de dois meninos (cinco e nove anos). Neste relacionamento, com duração de seis meses, usavam preservativo masculino. Quando não tinham, praticavam o coito interrompido. Atribui a gestação a um provável “coito interrompido que não deu certo”. A gravidez ocorreu no quarto mês do relacionamento, e foi interrompida. Em seguida, ela começou a namorar um antigo colega de escola. Transaram “umas cinco vezes” sem qualquer método e logo

aos contextos de negociação do preservativo.

¹⁴⁸ Estas assertivas também podem ser consideradas para os homens de segmentos médios (OLIVEIRA et al., 2009).

engravidou. Justifica que os encontros não eram “programados”. Portanto, não tinha preservativo ou “coisas assim”. Em suas palavras: “Porque sempre que eu ia ficar com ele, eu não ia com aquela intenção: ‘ah, vou ficar com ele’. Assim, quando a gente já programa uma coisa você se cuida, leva camisinha, essas coisas assim (...)” (grifo nosso). Esta gestação também foi interrompida¹⁴⁹.

Entre o segundo e o terceiro abortos, Bruna passou a usar anticonceptivo injetável, mas desistiu após cinco meses, porque “estava engordando” e a aplicação da injeção “doía muito”. Ela prefere o sexo sem a camisinha: “[a camisinha] não é muito boa não, mas se precisar... prefiro sem [camisinha], mas como não dá, tem que botar. (...) A gravidez é o de menos, em frente das doenças que existem por aí” (grifo nosso). A quinta gestação foi levada a termo. A gravidez sobreveio após cerca de seis meses de relacionamento, no qual o casal mantinha o coito interrompido e uso esporádico de preservativo (“usava quando tinha”), como recursos contraceptivos¹⁵⁰.

A trajetória de Bruna explicita a lógica de que a contracepção regular, encarnada na pílula, é preferida em contextos de parceria estável e, portanto, de regularidade das relações sexuais. A possibilidade de contracepção contínua, a despeito de estar inserida em relacionamentos afetivos, não fazia sentido para ela: “não estava mais ficando com ninguém, então não vale a pena tomar”. Subjacente à ideia de que “não vale a pena tomar”, encontra-se a noção de que a contracepção hormonal é um “excesso” desnecessário ao corpo, aspecto apontado por outras informantes, atualizando o par ‘natural vs. artificial’. Há uma negociação interna, subjetiva, na qual ela pondera sobre os custos e os benefícios da manutenção de determinada situação.

Alguns recursos contraceptivos são acionados em contextos de menor previsibilidade das relações sexuais, sobretudo aqueles diretamente vinculados ao ato sexual: o preservativo e o coito interrompido. A expressão nativa “não estava ficando com ninguém” evidencia uma classificação de parceiros e de

¹⁴⁹ Os cenários de decisão sobre a manutenção ou não de uma gravidez extrapolam os limites de discussão propostos nesta tese. No entanto, cabe mencionar dois aspectos: a primeira gravidez, levada a termo, ocorre em contexto de conjugalidade estabelecida; as demais não. Além disso, o desfecho das gestações subsequentes era balizado não apenas pelo tipo de relacionamento, classificado como recente ou instável, mas pelo fato de que ela já tinha uma criança pequena para cuidar. O contexto do último aborto foi peculiar: embora o casal tivesse decidido levar tal gravidez a termo, o rapaz morreu em um acidente de carro e Bruna decidiu interromper a gestação, pois não queria ter “uma criança sem pai”.

¹⁵⁰ Além de o parceiro insistir para que ela mantivesse essa gestação, Bruna teve medo de interrompê-la, em razão das dificuldades e do sofrimento vivenciados em seu último aborto, em que “quase morreu”.

relacionamentos. No caso de Bruna, não significa que ela não mantivesse relações sexuais, mas estas eram imprevisíveis, não programadas, fortuitas ou no âmbito de parcerias eventuais, como no caso do relacionamento do primeiro aborto. Tanto esta expressão quanto a frase “quando a gente já programa uma coisa você se cuida” ilustram esta lógica que associa a preparação contraceptiva a contextos relacionais específicos, e de previsibilidade das relações sexuais. Esta concepção não é exclusiva a determinados grupos sociais.

Karen tem 27 anos, pertence a segmentos médios, é solteira, profissional de saúde. Ela declara ter tido cerca de 30 parcerias sexuais, sendo quatro consideradas estáveis. Sua trajetória reprodutiva contempla uma gravidez, com aborto provocado. Esta é a única biografia, conforme já dito, na qual a moça procura orientação médica e inicia anticoncepcional oral antes do início da vida sexual (aos 14 anos). Karen, no entanto, adota a pílula somente em relacionamentos estáveis. Aos 15 anos inicia um namoro de longa duração (quatro anos) com um colega de turma. A informante teve dificuldades de contar para o rapaz (também com 15 anos) que já não era mais virgem. A primeira transa aconteceu aos seis meses de namoro:

“Porque eu era muito nova e era muito incomum. Eu era a única menina não virgem das minhas amigas e eu sabia que ele era. E fui a primeira pessoa que ele beijou na boca, então... demorei pra conseguir contar pra ele. Eu achava muito difícil. Ele chorou muito [quando soube], ele sonhava em ter a primeira vez...”

Karen adotou a contracepção oral neste relacionamento, sem discussão sobre o assunto. Ela comunicou ao rapaz o uso da pílula, o que denota uma atitude de incorporação da responsabilidade contraceptiva como questão de foro feminino e individual. Este namoro era marcado por términos e reconciliações. A cada encerramento Karen suspendia o método hormonal. Nesses intervalos o casal recorria ao preservativo masculino ou usava “nada”. A informante chegou a achar que era estéril, porque “nunca chegou a engravidar” deste rapaz, e mantiveram relações sexuais sem proteção algumas vezes¹⁵¹. Em um dos períodos de briga e afastamento do namorado, ela engravidou de um parceiro casual, aos 18 anos.

¹⁵¹ Cabe registrar a construção da hipótese de infertilidade, a partir da manutenção de relações sexuais sem proteção contraceptiva e sem ocorrência de gravidez. Pode-se supor, inclusive, que a sensação de que há pouca probabilidade de engravidamento enseja o “relaxamento” das práticas contraceptivas. Trata-se de uma situação que envolve certa circularidade: a recorrência de intercursos sexuais sem proteção e a não ocorrência de gravidez conduzem à noção de que há uma baixa possibilidade de “risco” de uma gestação que, por sua vez, atenua a sensação de necessidade de proteção contraceptiva nas relações sexuais. Assim, há diminuição da vigilância contraceptiva. Este é um dos processos que pode ser descrito a partir da lógica do “taking chances”, apresentada por Luker (1975), e mencionado anteriormente. Apesar de parecer tautológico, cabe ponderar sobre as circunstâncias em que se passa a ter intercursos sexuais sem contracepção – esse é um dos termos que compõe a situação descrita.

Transou com um amigo de escola, conhecido há mais de dois anos, sem uso de recurso contraceptivo. Afirma que “não tinham nada” um com o outro, eram somente amigos. Ela foi visitá-lo após uma tragédia familiar. O rapaz estava hospedado em um hotel e ela foi ao seu encontro, em solidariedade: foi ver se ele “estava precisando de alguma coisa... e aí aconteceu” (grifo nosso).

Karen declara que, após o episódio do aborto, passou a utilizar a pílula anticoncepcional “sem parar”. Mas não parece ser bem assim: este comportamento esteve sempre associado aos seus namoros estáveis. Em parcerias ocasionais ela utilizava o preservativo masculino ou, às vezes, “nada”. No decorrer da entrevista, ela identificou alguns momentos em que deixou de usar a pílula. Em 2003, se “cansou” do método e o interrompeu. A suspensão em 2006 consistiu em uma estratégia subjetiva de se obrigar a usar a camisinha em todas as relações sexuais. Ela trabalhava então na assistência em HIV/AIDS e ficou assustada com a possibilidade de infecção:

“Eu parei de novo de usar [a pílula] em agosto do ano passado. Eu não tava namorando, não tava com ninguém, parei. Achei que estava tomando pílula há muito tempo, pra nada. Parei de usar pílula e passei também a me preocupar mais com doenças sexualmente transmissíveis, passei a usar mais camisinha. Eu fiquei um tempo trabalhando com Aids e aí eu fiquei muito assustada e aí eu falei: eu tenho que parar, tenho que me cuidar mais. Então parei por isso.” (Karen, 27 anos, camadas médias, uma gravidez) (grifo nosso)

Estar sem parceria fixa propicia a sensação de que está “tomando o anticoncepcional para nada”. A prática contraceptiva permanente ou contínua, da qual a pílula e o DIU constituem exemplos, não está autonomizada. Ao contrário, ela está subordinada aos contextos relacionais, sobretudo ao se tratar do contexto brasileiro. Cabe aqui mencionar uma imagem de campanha veiculada aos jovens sobre contracepção na França, em canais de TV aberta. Em conversa entre duas amigas, uma pergunta à colega o motivo de uso contínuo da pílula, levando em consideração que sua vida sentimental se assemelha ao deserto de Gobi. A amiga responde: nunca se sabe¹⁵². Esta mensagem tem por objetivo reforçar a noção de que a contracepção deve ser contínua, a despeito de a mulher estar ou não em um relacionamento afetivo-sexual¹⁵³.

¹⁵² Trecho do diálogo no original : « 'Ta vie sentimentale, c'est le désert de Gobi, pourquoi tu prends toujours la pilule ? ' 'On sait jamais, au cas où ! ' [O diálogo é seguido da mensagem:] 'La contraception, c'est utile pour des histoires imprévues.' » Cf.: <http://www.choisirscontraception.fr/>.

¹⁵³ Utilizo o termo reforçar, tendo em vista as ponderações efetuadas anteriormente nesta tese, acerca do atual contexto francês, em que as gerações mais jovens encaram a contracepção contínua como ‘incômodo’ (BAJOS et al., 2002). Embora aquela sociedade esteja sob o ‘império’ de uma norma contraceptiva, orientadora das condutas, as autoras ressaltam o aspecto relacional, presente nos cenários da contracepção, que impõe

A descontinuidade da pílula propicia situações de vulnerabilidade. Assim, em casos de acidentes com o preservativo, Karen lança mão da contracepção de emergência. A biografia de Karen enseja uma reflexão sobre outro aspecto. Esta moça, que pode ser considerada altamente esclarecida e informada, não considera o preservativo masculino como recurso contraceptivo. Ela o vincula à função sanitária:

“Camisinha não é um método contraceptivo, é um método contra doença sexualmente transmissível só. Porque estoura, porque além de estourar... eu me lembro quando engravidei, eu falei para minha mãe que tinha estourado, na verdade não sabia que estourava camisinha até comigo estourar 3 vezes em duas semanas. Além disso, nos preliminares é muito difícil usar...” (Karen, 27 anos, camadas médias, uma gravidez) (grifo nosso)

3.4.5 Dificuldades com a contracepção: um *bricolage* de situações

A biografia de Dayane constitui-se em um caso ilustrativo que remete a diversas dimensões já sinalizadas e, de certa maneira, condensa algumas discussões empreendidas nesta tese. Dayane não é a única, dentre as entrevistadas, a ter mais de uma gestação interrompida. Portanto, não se trata de uma exceção. Sua trajetória permite ampliar, a meu ver, o horizonte das mútuas implicações entre contracepção e sexualidade no Brasil.

Venho argumentando que, no Brasil, a prática contraceptiva é efetuada a partir da iniciação sexual com parceiro/a. São poucos os casos em que há socialização contraceptiva que implica adoção de método previamente à primeira relação sexual. Trata-se de um aprendizado gradual, modelado pela história familiar e pessoal, pelos contextos relacionais, e por inscrições sociais e culturais, que incidem sobre o grau de autonomia dos sujeitos, no tocante à capacidade de gerir a própria vida e, dentre estas, as condições para exercer o controle da fecundidade. O domínio da contracepção pode ser possível em alguns casos, atuando de maneira a conformar um projeto (por exemplo, a maternidade “planejada” engendrada pela

dificuldades no gerenciamento feminino e individual da contracepção. As autoras correlacionam a constância das taxas de aborto naquele país, que não diminuíram, apesar de a França ser um dos países com maior uso da pílula, às dificuldades de lidar com a norma contraceptiva, em que o aspecto relacional é um dos elementos centrais (BAJOS et al., 2004). Não é casual que as campanhas recentes para os jovens incidam sobre a ideia de que a “contracepção não é uma questão feminina, mas sim do casal”, ou ainda, de que a associação entre pílula e camisinha representa a “proteção máxima”. Cf.: <http://www.choisirsacontraception.fr/>.

norma contraceptiva francesa); em outros, essa gestão pode ser difícil e, às vezes, impossível (BAJOS; FERRAND; HASSOUN, 2002, p. 39).

Como compreender as trajetórias com mais de uma gravidez imprevista? Quais são os matizes no percurso contraceptivo dessas mulheres? Em que medida os percursos contraceptivos das moças com apenas uma interrupção se diferenciam daquelas que possuem dois ou mais abortos? Há diferenças? Há similaridades? Trata-se de uma discussão necessária, que será apenas ensaiada, e merece aprofundamento posterior. Esclareço que meu interesse é buscar um entendimento das dinâmicas e dos processos que antecedem cada situação de engravidamento, e não discutir sobre aborto.

A trajetória reprodutiva de Dayane conta com seis gestações (as quatro primeiras de parceiros diferentes), quatro abortos induzidos, um filho vivo e outro falecido com um mês de vida. A primeira gravidez ocorreu aos 18 anos, no âmbito de um relacionamento estável com rapaz dez anos mais velho. À ocasião, namoravam há dois anos. Ela utilizava pílula anticoncepcional desde os dezesseis anos. Sua primeira gestação, atribuída à substituição de troca de marca de contraceptivo oral, foi levada a termo¹⁵⁴. O relacionamento terminou quando a filha tinha um ano e meio.

As quatro gestações seguintes foram interrompidas. Aos 20 anos Dayane iniciou um relacionamento, com duração de um ano, com rapaz de 22 anos. O rapaz queria muito ter um filho e não aceitava que ela tomasse a pílula anticoncepcional. Ela cedeu às pressões do rapaz, interrompeu o uso da pílula, e engravidou. No entanto, Dayane refere que sua filha ainda estava pequena e quis fazer um aborto. Ela dependia do dinheiro do parceiro para providenciar a interrupção da gravidez. As negociações prosseguiram e ela o convenceu a prover a despesa do aborto¹⁵⁵. Sobrevém o fim do relacionamento. Dayane voltou a ter encontros sexuais por um período de dois meses, com o primeiro parceiro sexual. Eles eram amigos e vizinhos. Afirma que “não usava nada”. Houve uma terceira gravidez e nova interrupção. Seu depoimento demonstra certa ambivalência em relação a esta gestação. Declara que não queria ter este filho, mas esperava que o parceiro

¹⁵⁴ Na época sua mãe sugeriu o aborto. Diante de sua negativa, foi expulsa de casa, passando a coabitar com o namorado por três meses. Retornou à casa da mãe antes do nascimento prematuro de sua filha, aos cinco meses.

¹⁵⁵ Dayane não conta a ninguém de sua família que estava grávida. A mãe soube da condição de sua filha porque a moça precisou ir ao hospital fazer curetagem. Como o rapaz queria o filho, ela só conseguiu convencê-lo a providenciar o dinheiro quando já estava com quatro meses de gravidez.

pedisse para ela não “tirar”. Contudo, “ele não falou nada”¹⁵⁶. Cerca de seis meses depois ela iniciou um novo relacionamento, com um rapaz de 20 anos e dois filhos. Engravidou pela quarta vez, no início do relacionamento. Cada um residia com as respectivas famílias de origem. Na contabilidade do casal, ambos consideravam que tinham três crianças pequenas. O parceiro a apoiou na decisão pelo aborto.

Há dois anos Dayane mantém relacionamento com um mesmo rapaz. Desde então, engravidou duas vezes, sendo a penúltima interrompida. Relata uso de preservativo masculino (“a gente usava muita camisinha, muita mesmo”) e de contracepção de emergência neste relacionamento. Em mais de uma ocasião a camisinha foi retirada pelo parceiro durante o ato sexual, sem que ela percebesse: “Ele era tão sujo, que tirava e eu nem percebia, só percebia depois” (grifo nosso)¹⁵⁷. Tomou conhecimento da contracepção de emergência recentemente, em um curso de ‘planejamento familiar’ ministrado no posto de saúde, passando a utilizá-la com regularidade. Como requisitava com frequência, os profissionais de saúde passaram a lhe recusar a entrega do contraceptivo. Sobreveio uma quinta gravidez, descoberta no período em que o namoro havia sido interrompido. Dayane diz ter ficado “desesperada” ao saber que está grávida. O parceiro desejava ter o filho, mas ela decidiu pelo aborto e conseguiu realizá-lo em estágio avançado da gestação. O rapaz não sabe que ela provocou a interrupção da gravidez; ele acha que foi aborto espontâneo. A última gestação ocorreu aos 23 anos, em uma viagem. O casal foi acampar em uma ilha, “local totalmente deserto, não tinha pílula do dia seguinte... não tinha camisinha, foi aí que aconteceu...”. O parceiro mais uma vez se opõe à

¹⁵⁶ A narrativa a *posteriori* permite novas elaborações dos fatos. Parece-me que a ambivalência narrada por Dayane está vinculada ao fato de ter visto que o bebê seria um menino. Há uma forte idealização na sociedade brasileira do modelo de família com dois filhos, de preferência, um menino e uma menina. Dayane já tinha uma filha quando ocorreu este aborto. Transcrevo a sequência deste diálogo: “ENT: Se ele [parceiro] tivesse falado pra você ter, você teria tido? EGO: Eu teria... e era menino. (...) Poderia ter, eu poderia ter conservado. Ele estaria com... ia fazer dois anos.”

¹⁵⁷ Em 2010 foi publicado um estudo norte-americano que abordou o tema de gestações decorrentes de estratégias de coerção e de sabotagem por parte dos parceiros. Uma das situações descritas é de “sabotagem” do parceiro na hora do ato sexual, como a reportada por Dayane. Situações como coito interrompido que ‘deveria ter sido feito’, ou de ‘sumiço’ da cartela de anticoncepcional também foram arroladas, como casos de engravidamento por “sabotagem” ou “coerção” (MILLER et al., 2010). Em entrevista concedida a uma revista norte-americana, a autora do estudo (MILLER et al., 2010) afirma que é necessário refletir sobre as situações de gravidez sob a ótica relacional. Assim, pode-se deparar com situações em que uma gestação é decorrente de intenções masculinas, que podem ser contrárias ao desejado pelas mulheres. Tal situação não estaria restrita a contextos de gravidez adolescente/juvenil (HARRIS, 2010). Embora a autora chame atenção para o fato de tratar-se da categoria “ambivalência”, como explicitada em alguns estudos: ela poderia representar “a influência do parceiro na esfera da saúde reprodutiva e da autonomia feminina” (texto no original: “We need further research to find out if part of what we’ve been addressing as ‘ambivalence’ is in fact male-partner influence on women’s reproductive health and autonomy”). Esta assertiva conduz a uma indagação: até que ponto é possível afirmar a existência de autonomia feminina, a despeito das conquistas contraceptivas, no âmbito da reprodução sexuada?

interrupção da gravidez. Após uma “revelação” na igreja evangélica que frequenta, ela desiste do aborto. Em suas palavras: “Nessa igreja que frequento a irmã olhou pra mim e falou que eu estava grávida. Antes de eu saber. E que se eu tirasse desta vez eu iria morrer. Por isso que esta criança não vou tirar.” Além disso, Dayane pretendia fazer a laqueadura tubária ao final da gestação: “vou ligar. Aí não vou ter mais. Quero acabar com esse negócio também de ficar tirando, tirando... Aí acabou, liga logo, corta tudo que tiver que cortar”. Contudo, seu intento não foi obtido¹⁵⁸.

Em resumo, trata-se de uma trajetória com ingresso na vida sexual aos 15 anos, manutenção da mesma parceria sexual por certo tempo e adoção concomitante de contracepção oral. A primeira gravidez, aos 18 anos, se dá no âmbito de relacionamento estável e é atribuída à troca de marca da pílula. Posteriormente há várias gestações e abortos: os contextos de não uso de método são distintos, mas ressalta-se o fato de que as gestações ocorreram no início de relacionamentos afetivo-sexuais, de curta duração, concluídos pouco após os abortos. As duas gestações levadas a termo têm lugar em parcerias estáveis.

Os contextos que antecedem o engravidamento apresentam negociações com parceiros em torno da contracepção e da parentalidade; negociações com profissionais de saúde em torno da disponibilização de método¹⁵⁹; a temporalidade das relações; contracepção vinculada ao tipo de relacionamento (recurso a métodos ligados ao ato sexual nos relacionamentos de menor duração; pílula anticoncepcional em relacionamento de maior duração); problemas com contraceptivo oral (esquecimentos, efeitos colaterais); entre outros. Desta forma, variados elementos contribuem para a configuração desta trajetória e, de modo mais amplo, as gestações estão associadas às dificuldades de gestão da vida cotidiana e sexual. Ao mesmo tempo, o comportamento de Dayane expressa escolha em torno da maternidade, avaliação sobre o contexto da relação e decisão de ter, ou não, um filho. Neste caso, mais do que evidenciar questões como “em que circunstâncias, lugar e tempo uma mulher pode ficar grávida” (BATEMAN-NOVAES, 1982b), a narrativa dos contextos de engravidamento conduz à indagação “em que circunstâncias, lugar e tempo ela poderia deixar uma gestação ir a termo / ter um

¹⁵⁸ Meses após a entrevista recebi a informação de que o bebê nasceu prematuro e veio a falecer em decorrência de meningite.

¹⁵⁹ Cabe aqui especular o que pode ter sido considerado como demanda “frequente” da contracepção de emergência pelos profissionais de saúde. Na entrevista, consta que ela solicitou o contraceptivo “muitas vezes”.

filho”. Nesse sentido, sua trajetória não se diferencia tanto assim das demais moças com experiência de um aborto¹⁶⁰.

A abordagem de trajetórias com mais de uma gravidez imprevista/aborto, como evento excepcional, indica um contexto em que uma gestação imprevista pode ser admitida, mas uma segunda não o pode ser. Subjacente a esta noção encontra-se a ideia de que deveria haver um aprendizado do manejo contraceptivo, sobretudo a partir do primeiro incidente, de forma que a gravidez não voltasse a se repetir. Entretanto, esta perspectiva lida com o enfoque da contracepção como se este se resumisse a uma dimensão técnica. O fato de algumas trajetórias contarem com apenas uma gravidez imprevista/aborto (ao menos até o momento da entrevista) incita a pensar na possibilidade de inflexão das práticas contraceptivas a partir de um evento, supostamente marcante para a biografia feminina¹⁶¹. No entanto, os casos aqui utilizados como ilustração, com uma ou mais gestações imprevistas, demonstram que o processo de aprendizado detém múltiplos níveis, sentidos, contextos, significados e tempos.

3.5 Enquadramento da contracepção segundo os contextos relacionais

O processo de socialização à contracepção, desencadeado a partir do início da vida sexual, ganha modulações segundo a realidade em que os indivíduos estão inseridos. Uma plêiade de situações de engravidamento se apresenta nas trajetórias das jovens. Há gravidez em período mais ou menos contíguo ao início da vida afetivo-sexual, em que é possível supor que o controle das técnicas de contracepção ainda não tenha se instaurado. Há gravidez com mesmo parceiro da iniciação sexual e, também, com parceiro subsequente. A gravidez pode ocorrer em período de uso de método, em intervalo entre métodos ou por suspensão de método.

Salienta-se a correlação que pode ser estabelecida entre tipos de métodos contraceptivos e de relacionamentos (estáveis ou eventuais). A literatura aponta que o uso e a modalidade de contraceptivo estão fortemente associados ao padrão de

¹⁶⁰ Para um aprofundamento da reflexão sobre mulheres com mais de um aborto na trajetória, consultar Bateman-Novaes, 1982b.

¹⁶¹ Com exceção de uma entrevistada que realiza laqueadura tubária após o terceiro filho, não há como adiantar o que acontece na continuidade da trajetória afetivo-sexual e reprodutiva das demais entrevistadas.

parceria. Luker (1975) designa tal contexto como “relationship-specific contraceptive pattern”. Esta designação possibilita um entendimento acerca das discontinuidades de método, da adoção de recursos vinculados ao ato sexual ou à programação de relações sexuais, das conexões entre contracepção e representações sobre sexualidade. As práticas contraceptivas são modeladas por injunções sociais, compreendidas como diferenciais de classe, gênero, idade, origem etc., bem como por aspectos contextuais e relacionais imbricados no manejo da potencialidade reprodutiva. Essa concepção complexifica as abordagens centradas na necessidade de informação correta e de amplo acesso aos contraceptivos. Tais elementos são necessários, porém insuficientes. A escolha e a utilização de um contraceptivo transcendem a intenção de evitar gestações (BATEMAN-NOVAES, 1979-1980).

Este capítulo buscou evidenciar algumas dinâmicas em torno da contracepção e salientar um leque de atitudes e de condutas referentes ao manejo da potencialidade reprodutiva. A disposição em colunas das categorias “contracepção / artificial / previsível / programação” de um lado, e “sexualidade / natural / imprevisível / espontaneidade” de outro, ilumina as lógicas que presidem os contextos contraceptivos, e antecedem as situações de engravidamento (o “aconteceu”). No limite, todas sinalizam para a dimensão de incerteza, presente no âmbito da sexualidade e reprodução.

São poucos os casos de contracepção “contínua”: a situação de discontinuidade da parceria e do método é majoritária. Métodos tradicionais, como coito interrompido, por vezes conjugado com a tabelinha, são adotados e responsabilizados por não terem “dado certo”. Tais recursos se opõem à ideia daqueles modernos e medicalizados. A camisinha também é recorrente nos relatos, sendo usualmente associada ao início dos relacionamentos. Nesse sentido, trata-se de recursos vinculados ao ato sexual. A pílula é o método eleito para (e na) continuidade dos relacionamentos. No entanto, as jovens se queixam de enjoos e de outros efeitos colaterais, o que faz que o uso seja descontinuado¹⁶² e, em algumas situações, por indicação médica. Algumas gestações são referidas nos intervalos de

¹⁶² Machado e Schor (2005, p. 791) chamam atenção para a importância de prescrição médica para o uso da pílula: “Sob a mesma denominação de “pílula anticoncepcional” estão uma série de formulações contendo diferentes tipos e dosagens de hormônios sintéticos. A escolha aleatória de uma dessas formulações, sem acompanhamento médico, pode contribuir para a má adaptação ao método, pela falta de controle de possíveis efeitos colaterais. (...) A pílula anticoncepcional, escolhida por sua alta eficácia, acaba potencializando o risco de gravidez devido à discontinuidade em seu uso, provocada por efeitos colaterais”. As autoras ponderam que o “esquecer de tomar”, situação frequentemente descrita nos estudos sobre contracepção no Brasil, pode ser uma

troca de método. Assim, observa-se variação de métodos utilizados pelas informantes, por vezes no âmbito de um mesmo relacionamento, e em função de mudança de parceria. As práticas contraceptivas se ajustam a contextos afetivos distintos. Portanto, não se trata de uma conduta uniforme, contínua, linear, constante. Ao contrário, ela varia de significados, conforme o ponto de vista sobre a situação. A descontinuidade do uso da pílula, em decorrência de não contar com parceria sexual é frequente, o que reforça o argumento de a prática contraceptiva estar subordinada ao aspecto relacional.

Há participação masculina, mais do que a literatura dá crédito. Os homens podem atuar como socializadores das mulheres na esfera da sexualidade, e também na esfera da contracepção (caso exemplar da contracepção de emergência). Aliás, é no jogo relacional que mulheres e homens atuam, negociam, e, por que não dizer, aprendem as lógicas das práticas contraceptivas. Outro aspecto a salientar é a ampla referência ao coito interrompido: um dos métodos contraceptivos mais antigos do mundo, elemento importante na transição da fecundidade em determinados países, que permanece sendo largamente utilizado (JONES et al., 2009; JÜTTE, 2008; ORTAYLI et al. 2005). Assim, a dinâmica do par complexifica a noção de que a gestão da contracepção é de foro individual e feminino.

São apresentados a seguir dois quadros com uma síntese dos métodos adotados ao longo das trajetórias das entrevistadas e as principais parcerias afetivo-sexuais respectivas: aquelas tidas como parcerias estáveis e as eventuais, com algum episódio de gravidez. Contudo, não há como apreender, a partir deste esquema, os momentos em que mais de um método é usado concomitantemente ou em sequência, pois somente as biografias descritas anteriormente possibilitam esta riqueza de detalhes. Considerado este limite, os quadros permitem uma visualização da síntese dos recursos contraceptivos experimentados pelas informantes até o momento da entrevista. Os diferentes métodos contraceptivos foram agrupados em quatro categorias: a) hormonal (pílula anticoncepcional, anel vaginal, contracepção de emergência e injeção); b) barreira (diafragma e preservativo); c) natural (coito interrompido, tabelinha); d) esterilização. Essa classificação foi escolhida por ser considerada como a melhor forma de condensar, de maneira mais esquemática, as

possível estratégia para lidar com a tensão gerada entre “não querer interromper o uso da pílula, por medo de

diferentes características de cada método.

Quadro 4: Parcerias heterossexuais ⁽¹⁾, métodos contraceptivos utilizados e gestações, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas populares de 18-27 anos - Rio de Janeiro, Brasil

Entrevistada	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Thainá			■●	■▲●	●	●	●	●	▲	■▲	■▲	■●			
Natasha			x	●	●	●	●	●	●		▲●	●	/	/	
Dayane			▲●	●	●	●	●	●x	x	x▲●	▲●				
Bruna	▲x	●x	x	●	●	▲		▲■●	x▲■	▲●					
Olívia						x▲■	●	●	●	●					
Ticiane	●x	■	●	●	●	●	●	▲●	x■●	●	●	●	●		
Zélia						▲	▲	●▲	x	x▲●	●▲	●▲	▲		
Zilmara						■▲x	▲	■▲	■▲	■▲●	■▲●	■▲●	■▲●		
Fabiane						x●	●	●	●■▲	■▲	■●		▲●		
Nina		■▲	▲		▲	■▲	■▲	■▲	■▲	▲●	■	■▲●	■▲		

LEGENDA:

Primeira linha = parcerias ao longo da trajetória (cada cor refere-se a um parceiro distinto)

Segunda linha = métodos contraceptivos e gestações

Símbolos:

- método hormonal;
- ▲ método de barreira;
- método natural;
- X nenhum método;
- / esterilização;

■ Gravidez;

■ 2 gravidezes;

■ entrevista

Quadro 5: Parcerias heterossexuais⁽¹⁾, métodos contraceptivos utilizados e gestações, por idade, nas trajetórias de mulheres de camadas médias de 18-27 anos – Rio de Janeiro, Brasil

Entrevistada	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Regiane															
						x▲	■▲	●	●	●	●	●			
Úrsula															
				▲●	●■		■●		▲■●	▲					
Karla															
			▲●	●	●▲	▲●	▲●	▲●	▲●	▲●	▲●	▲●	▲●		
Karen															
	▲●	x●▲	▲●	▲●	▲●x	●	●	●						x●	●
Denise															
			x			▲●	■▲	▲●	●	●	■	■	■	■	

LEGENDA:

Primeira linha = parcerias ao longo da trajetória (cada cor refere-se a um parceiro distinto).

Segunda linha = métodos contraceptivos e gestações. Símbolos: ● método hormonal; ▲ método de barreira; ■ método natural; X nenhum método; / esterilização feminina

■ 1 gravidez;

▬ entrevista

NOTA: (1) O quadro contempla parcerias estáveis e as parcerias eventuais nas quais ocorreu a iniciação sexual e/ou gravidez.

4 ESTERILIZAÇÃO CONTRACEPTIVA E O DOMÍNIO DA REPRODUÇÃO

O contexto demográfico brasileiro é marcado por um perfil de fecundidade jovem. Diferentemente do que ocorre em outros países, a transição demográfica no Brasil não implicou uma postergação da reprodução para faixas etárias mais elevadas (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006). O debate acalorado sobre gravidez na adolescência nas duas últimas décadas coloca em foco esta característica de juvenilização da reprodução no país.

A estrutura da fecundidade por grupos de idade apresenta-se concentrada nas faixas etárias de 20-24 e 15-19. Contudo, desde a década de 1970 há um aumento consistente na participação das moças de 15 a 17 anos, no cômputo da taxa de fecundidade de 15-19, segundo Barbosa (2008). A autora constata não só o rejuvenescimento da fecundidade, ao destacar “o aumento da participação relativa da taxa específica de fecundidade do grupo de mulheres com idade entre 15 e 19 anos no cômputo da taxa de fecundidade total” (BARBOSA, 2008, p. 133), como o rejuvenescimento interno à faixa de 15 a 19 anos, ao observar o crescimento da participação relativa dos nascimentos oriundos de mulheres entre 15 e 17 anos, no total de nascimentos de mães jovens¹⁶³.

A esterilização feminina é referida como causa e produto desse perfil de fecundidade jovem. Por um lado, argumenta-se que a forte incidência da laqueadura contribuiria para o delineamento desse padrão (BERQUÓ 1993; 1999; MINELLA, 2005; SIMÕES, 2006). Por outro lado, alguns estudos apontam que a laqueadura é um desfecho frequente para aquelas que iniciaram a carreira reprodutiva cedo. Subjacente ao argumento está a suposição de que essas mulheres também alcançariam mais rapidamente o número “desejado” de filhos. Portanto, a esterilização seria um método contraceptivo atraente, por reduzir o “tempo de exposição” a novas gestações, sobretudo imprevistas (BUMPASS et al., 2000)¹⁶⁴.

¹⁶³ Segundo dados da pesquisa GRAVAD, a primeira experiência de gravidez antes dos vinte anos foi declarada por 29,5% das mulheres e 21,4% dos homens que já haviam ultrapassado essa idade. Entre jovens com até 18 anos, as respectivas proporções para moças e rapazes foram de 16,6% e 8,9%. Antes dos 15 anos, os valores são pequenos, situando-se em 1,6% dentre as moças e 0,6% dentre os rapazes (AQUINO et al, 2006b).

¹⁶⁴ Bumpass e colaboradores (2000) afirmam que a idade relativamente precoce com que a mulher completa a “fecundidade desejada” pode deixá-la, em média, por 15 anos sob risco de ter uma gravidez imprevista, embora este seja um fator minoritário no processo de decisão e escolha pela esterilização contraceptiva. Contudo, esses autores consideram que há restrita avaliação em torno do fato de que muitas mulheres já terão a quantidade de

De um ponto de vista sociológico, o fenômeno da rejuvenilização da fecundidade pode ser interpretado segundo a hipótese de uma fraca dissociação entre sexualidade e reprodução no contexto brasileiro, sobretudo para determinados segmentos sociais, em que o início da atividade sexual e da carreira reprodutiva ainda estariam fortemente vinculados. Este argumento foi utilizado para compreender os contextos subjacentes à reprodução precoce (ou gravidez na adolescência), debate travado na década de 1990 e início dos anos 2000 (BOZON; HEILBORN, 2006).

Neste estudo não há qualquer pretensão de resolver a circularidade contida na argumentação anteriormente apontada sobre esterilização feminina e perfil de fecundidade jovem. Berquó (1999) sinalizou, ao comparar os dados sobre idade da laqueadura tubária nas PNDS de 1986 e de 1996, que a esterilização ocorria cada vez mais cedo na vida das mulheres. Assim, fica a indagação acerca de um possível rejuvenescimento da esterilização, em articulação com a tendência de rejuvenescimento da reprodução¹⁶⁵.

Tais temas são candentes em razão dos embates político-ideológicos subjacentes: é sempre tênue a fronteira entre planejamento “familiar”¹⁶⁶ e controle da natalidade, assim como frequentemente a mídia efetua uma associação linear entre crescimento demográfico e aumento da pobreza e da criminalidade¹⁶⁷. A polêmica em torno da esterilização, sobretudo no contexto brasileiro, em que há alta prevalência dessa prática, abriga discussões sobre políticas de população e confronto entre correntes controlistas (neo-malthusianas) e natalistas¹⁶⁸, debates

filhos que desejam em idades precoces (¼ terá completado o número de filhos desejados até os 25 anos de idade), componente essencial do processo que conduz à esterilização (BUMPASS et al., 2000).

¹⁶⁵ Seria interessante encontrar estudos quantitativos que se dedicassem a examinar o intervalo de tempo entre o início da vida sexual, idade no nascimento do primeiro filho e realização da esterilização, por exemplo, a partir dos dados existentes da PNDS 2006 (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 2006), comparativamente às anteriores (1986 e 1996).

¹⁶⁶ Já foi discutido em capítulo anterior sobre a importância em se adotar uma perspectiva em termos de planejamento *reprodutivo* e não *familiar* – tais termos não são sinônimos e implicam desdobramentos distintos, sobretudo para esfera das políticas públicas.

¹⁶⁷ Em 2007, por exemplo, tramitava no Congresso Nacional um projeto de lei, proposto pelo senador Marcelo Crivella (PRB-RJ), no qual propunha a redução da idade mínima de 25 para 18 anos para obtenção da esterilização no Brasil. O autor da iniciativa haveria declarado que a lei ajudaria a reduzir a violência porque “não nasceriam crianças expostas à fome e ao abandono” (FRAYSSINET, 2007). Cf. também: Bomba relógio, 2005.

¹⁶⁸ O equacionamento entre desenvolvimento e crescimento econômico como função direta do ritmo de crescimento populacional (paradigma presente desde fins década de 1950) costuma ser um dos argumentos arrolados para justificar ações de controle populacional. Esta perspectiva atribui o retardamento do desenvolvimento econômico ao rápido crescimento populacional (CALDWELL; CALDWELL, 1986 apud CAETANO, 2010). De certa forma, pode ser citado ainda o debate contemporâneo sobre queda da fecundidade, envelhecimento populacional e bônus demográfico, conjuntura que abriria uma “janela de oportunidades” para crescimento econômico ímpar do país e implementação de importantes políticas públicas (PAUL, 2007; VITAL, 2010).

acerca de políticas de saúde (acesso à contracepção, medicalização do setor saúde, intervenções desnecessárias sobre o corpo da mulher, assistência ao parto, etc.), dentre outras (ALVES, 2004; 2006; VIEIRA, 2002; 2003; BARROSO, 1984; BERQUÓ, 1982; 1999). Renomados autores já salientaram a importância da esterilização feminina, como um dos fatores que concorreu fortemente para a queda da taxa de fecundidade no país (BERQUÓ, 1993; 1999; MARTINE, 1996).

Enfim, há uma infinidade de questões que emergem a partir do prisma da esterilização, seja masculina ou feminina. Meu intento neste capítulo, ao focar um momento específico da trajetória de vida de quinze mulheres, é discutir sobre os contextos de decisão do “encerramento” da potencialidade reprodutiva na juventude, bem como as configurações biográficas quando de sua realização.

Pode-se supor que a esterilização represente uma estratégia de estabilização ou de consolidação de um percurso contraceptivo/reprodutivo. O capítulo três foi dedicado ao exame das práticas contraceptivas ao longo de trajetórias femininas, aos usos (ou não) de métodos, as circunstâncias individuais e relacionais implicadas nos comportamentos contraceptivos, envolvendo recursos de anticoncepção temporários. Foi enfatizado o caráter errático dos percursos contraceptivos, peculiaridade que pode ter sido exacerbada, por se referir a uma análise empreendida a partir de trajetórias de mulheres com gravidez imprevista e aborto. Agora, trata-se de abordar os contextos em que um método contraceptivo permanente e raramente reversível entra em cena¹⁶⁹.

A esterilização pode representar maior autonomia na esfera sexual, na medida em que permite concretizar a desvinculação entre reprodução e sexualidade. No que concerne às trajetórias das mulheres, por um lado é possível pensar, como salientou Carmem Barroso (1984), que tal dissociação seja signo da “liberação sexual”, representação atinente aos movimentos feminista (p. 174). Por outro lado, o recurso à esterilização feminina pode ser o reflexo de uma moralidade sexual mais tradicional, justamente por se constituir em um método de controle da fecundidade que se distancia do ato sexual. Nas palavras da autora (1984):

Enquanto a prática do aborto implica que um ato sexual foi praticado, e o uso de métodos anticoncepcionais estão articulados com o planejamento sexual, o que significa consciência e volição, uma mulher pode ser esterilizada e "esquecer do

¹⁶⁹ Ainda que remota, há sempre a possibilidade de reversão da esterilização ou o recurso a novas tecnologias reprodutivas para voltar a procriar.

problema da procriação", evitando assumir-se como ser sexual ativo, que tem desejos e é dona de seu corpo. (BARROSO, 1984, p. 174).

Certamente, as questões em torno da contracepção transcendem, em muito, as discussões sobre falta de informação, carências do sistema de saúde, acesso a métodos contraceptivos, entre outras. Em uma sociedade marcadamente desigual, seja do ponto de vista social, econômico, de gênero ou sob outras óticas, a esterilização pode representar uma tentativa de controle sobre a própria vida, ao menos no que concerne à potencialidade reprodutiva. Considerando-se o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, por exemplo, estas últimas podem preferir um método “que é o menos conspícuo, o mais garantido e o menos dependente da cooperação masculina” (BARROSO, 1984, p. 174)¹⁷⁰.

Não obstante, conforme aponta Bateman-Novaes (1982b), o desejo de evitar uma gravidez não é a única motivação para a escolha de um método de contracepção. Indo além, a autora afirma que a prática contraceptiva pode ser reveladora da atitude de uma mulher, em face do imprevisto, em torno de sua capacidade de procriar. Assim, determinados métodos contraceptivos e/ou a escolha pelos mesmos remetem para uma lógica em que a percepção é de um corpo a ser gerido, dominado, disciplinado, “subjugado à vontade consciente” (BATEMAN-NOVAES, 1982a, p. 91)¹⁷¹. Pode-se supor que a esterilização seja a expressão máxima dessa “vontade de disciplinar um corpo refratário, fonte de conflitos e de contradições” (BATEMAN-NOVAES, 1982a, p. 91), da busca por não se deixar (mais) ser surpreendida/o por um corpo capaz de procriar.

A “escolha”¹⁷² pela esterilização é frequentemente retratada como sinônimo de não querer (ter) mais filhos. Supõe-se que esta seja uma decisão motivada, sobretudo, por esta característica de encerramento da prole. Assim, é possível

¹⁷⁰ Cf. Barbosa, 1989.

¹⁷¹ A autora adverte que o pressuposto subjacente a tal perspectiva é que a autonomia é apanágio daqueles que detêm os meios técnicos (subentendidos como os métodos modernos ou medicalizados da contracepção) para controlar as manifestações desse ‘corpo refratário’. Portanto, a ideia de liberdade equivaleria à possibilidade feminina de gerir sua capacidade de procriar (BATEMAN-NOVAES, 1982a, p. 91).

¹⁷² A palavra “escolha” é aqui utilizada intencionalmente com aspas, para assinalar que nem sempre as situações de laqueadura são “voluntárias”. Os termos “escolha” ou “opção” encobrem situações ambíguas, como os casos em que a esterilização é realizada por indicação terapêutica. Além disso, pode-se indagar o que, de fato, significa “escolher”, quando o contexto é marcado por um restrito leque de opções ou por um conjunto de alternativas, diante dos quais as mulheres “individualmente são impotentes para alterar”: “Em diversos graus e modos, mulheres em diferentes países, ocupações, classes, raças, idades e situações conjugais encontram suas decisões reprodutivas estruturadas por um conjunto de condições sobre as quais têm muito pouco controle” (BARROSO, 1984, p. 170). Estas ponderações de Barroso (1984) se aproximam da noção de campo de possibilidades, que permite que se escape “de um voluntarismo individualista ou de um determinismo sociocultural rígido” e admite a “análise de trajetórias e biografias enquanto expressão de um quadro sócio-histórico, sem esvaziá-las arbitrariamente de suas peculiaridades e singularidades” (Velho, 1994, p. 40).

reformular a indagação 'por que a escolha pela laqueadura (ou vasectomia)' da seguinte forma: 'por que não quer (ter) mais filhos?'. Formulada nesses termos, a pergunta aproxima a questão da fecundidade, tal como muitas vezes enfocada pela saúde pública ou demografia, da temática socioantropológica da família e conjugalidade. Em geral, é apontado que a laqueadura é mais frequente entre as mulheres unidas, com três ou mais filhos (MS, 2008), mas a informação se a laqueadura foi realizada no âmbito de uma união é rara. Cabe atentar que ela pode ter sido realizada tanto no âmbito da união declarada no momento da pesquisa (pensando-se em estudos transversais) quanto fora dela¹⁷³. Em contextos de separações e recasamentos, a certeza sobre o tamanho da prole pode sofrer reavaliações (BEAUJOUAN, 2010). Estas situações têm sido registradas, por exemplo, pela literatura que abarca o tema do arrependimento após a esterilização (MACHADO et al., 2005; FERNANDES et al., 2002).

A partir da suposição de que a esterilização (masculina ou feminina) ocorre majoritariamente no cerne de um par, é possível indagar sobre o modo como esta decisão é construída. Trata-se de uma decisão individual ou do casal? A tomada de decisão foi compartilhada? Com quem? Quais são as dinâmicas que se estabelecem no processo de escolha pela esterilização? Em situações de união, quem ou como se decide pela esterilização, quando não há acordo entre o casal sobre o número de filhos? Como se decide qual parceiro será esterilizado? Quais os elementos biográficos que se destacam nesses cenários? Enfim, quais são os atores envolvidos nesse processo?

A primeira parte deste capítulo contém uma descrição da pesquisa empreendida junto a mulheres e homens esterilizados, e relato do trabalho de campo. Em seguida, busca-se compor um perfil do grupo das mulheres entrevistadas¹⁷⁴, por intermédio da apresentação de algumas variáveis sociodemográficas elencadas¹⁷⁵. A segunda parte está estruturada em torno de

¹⁷³ As pesquisas demográficas vêm registrando um incremento nos números de uniões consensuais, além de separações e recasamentos. A respeito do aumento de arranjos monoparentais, justificado, em grande parte, pela instabilidade dos vínculos conjugais, Berquó afirma: "casar, ter filhos e se separar cada vez mais leva menos tempo" (BERQUÓ, 1998, p. 431).

¹⁷⁴ Apenas as entrevistas femininas são analisadas neste capítulo.

¹⁷⁵ Adotei uma estratégia de apresentação das informantes diferente dos demais capítulos. No anterior, optei por uma descrição sucinta do perfil sociodemográfico, em prol do detalhamento de elementos biográficos referente aos percursos contraceptivos e gestações. Neste capítulo, ofereço detalhes do trabalho de campo realizado e das biografias, a partir de algumas características sociodemográficas, de tal forma que todas as informantes são apresentadas ainda na primeira parte. O uso de diferentes estratégias para tratamento e apresentação dos materiais empíricos que compõem a presente tese devem-se ao fato de as fontes e as condições de produção serem bastante distintas.

elementos das trajetórias sexuais e reprodutivas das informantes, que permitem o exame dos cenários em que a esterilização contraceptiva foi realizada.

4.1 O trabalho de campo

Empreendeu-se uma investigação qualitativa com mulheres e homens, com o objetivo de compreender o encerramento da vida reprodutiva por intermédio da esterilização, e seus vínculos com a sexualidade. Inicialmente, este estudo seria um complemento para a tese, no sentido de aportar elementos do contexto decisório desse momento da vida reprodutiva. Imaginei como eixo central uma análise dos dados quantitativos da recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006 – Ministério da Saúde, 2008), em associação com o material das entrevistas qualitativas. Contudo, acabei por circunscrever a análise ao material qualitativo por considerá-lo mais produtivo na prioridade concedida aos cenários e contextos biográficos, neste capítulo sob ótica da supressão “definitiva” da fecundidade.

Realizei entrevistas individuais em profundidade: quinze mulheres e nove homens, que haviam se submetido à laqueadura tubária ou à vasectomia¹⁷⁶. A identificação de informantes foi por redes de contato¹⁷⁷. Os critérios de elegibilidade foram distintos, segundo o sexo. Entre as mulheres, a condição era terem realizado a laqueadura tubária antes dos 30 anos. Esta delimitação se apoiou em dois fatores: primeiro, a constatação de que mais da metade das esterilizações femininas, no Brasil, ocorre antes dessa idade; segundo, o fato da atual Política Nacional de Juventude definir como *jovem* qualquer cidadão com idade entre 15 e 29 anos (NOVAES et al., 2006). Estes elementos auxiliaram a circunscrição da busca por mulheres que tivessem sido esterilizadas ainda dentro dos marcos etários oficiais que definem a juventude.

O limite etário para inclusão de entrevistadas no estudo abarca mulheres com até 34 anos¹⁷⁸. Por um lado, esta estratégia engloba algumas participantes

¹⁷⁶ Todas as entrevistas desta etapa foram por mim conduzidas.

¹⁷⁷ Na utilização de “redes sociais ou de amizade”, um participante faz novas indicações ou mediações com outros possíveis informantes de suas redes de relações, e assim sucessivamente. Por vezes, um participante consegue obter muitos informantes; em outras, a rede produz apenas um contato ou mesmo nenhum.

¹⁷⁸ É usual a distribuição das idades em faixas quinquenais, em estudos da área da demografia ou da saúde coletiva, por exemplo: 0 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 24, e assim sucessivamente.

pertencentes a uma faixa de idade subsequente à classificada como *juventude*. Por outro lado, esta delimitação permitiria aos atores uma memória mais acurada dos eventos, em função da contiguidade temporal, além de menor variabilidade no conjunto, em termos geracionais. Reconheço que, ainda que sejam socialmente construídas (ARIÈS, 1986; BOURDIEU, 1983), as fronteiras etárias constituem artifícios metodológicos necessários à estruturação e ao desenvolvimento de uma investigação¹⁷⁹.

Entre os homens, a procura por informantes se limitou ao fato de terem optado pela vasectomia. Alguns elementos justificam esta escolha. Em primeiro lugar, a prevalência de homens que se submetem a este tipo de intervenção é relativamente restrita, quando comparada com as proporções de laqueadura tubária (MS, 2008). Em segundo lugar, a literatura aponta que os homens tendem a ser mais velhos do que as mulheres, quando realizam este procedimento – em torno dos 40 anos ou mais (BARONE, 2004; MARCHI et al., 2007; VIVEROS, 2009). Em terceiro lugar, a busca por informantes homens também deveria ocorrer por redes informais de sociabilidade, como entre as mulheres, e não em serviços especializados, que disponibilizam este procedimento¹⁸⁰. Por fim, as entrevistas masculinas teriam caráter complementar em relação às femininas. Diante destas características, a eventual delimitação *a priori* de uma faixa etária para os informantes homens poderia inviabilizar o trabalho de campo. Assim, a solicitação nas redes consultadas fazia menção a homens que tivessem efetuado vasectomia, preferencialmente em idade relativamente jovem.

O trabalho de campo ocorreu intensivamente entre outubro de 2009 e fevereiro de 2010. A prioridade consistiu em entrevistar o grupo de ‘mulheres com esterilização antes dos 30 anos, que não tivessem idade maior do que 34 anos no momento da entrevista’. Foi solicitado a diversos conhecidos, parentes, pesquisadores da área ou afins, pessoalmente, por telefone ou via listas de e-mails

¹⁷⁹ Infância, juventude, vida adulta e velhice são demarcadores sociais do ciclo da vida e, portanto, arbitrariamente construídos, que dizem respeito aos processos de percepção social das idades. Essa perspectiva propicia uma desconstrução de pressupostos naturalizados acerca das “etapas da vida” e é, em grande medida, devedora dos estudos de Philippe Ariès (1986).

¹⁸⁰ A literatura consultada sobre vasectomia geralmente contém estudos qualitativos realizados majoritariamente em serviços especializados de planejamento familiar. A clientela dessas unidades frequentemente é composta pelo “casal” que busca uma solução contraceptiva (LANDRY; WRAD, 1997; MARCHI et al., 2007; MUMFORD, 1983; VIVEROS, 2009). A utilização de redes informais de sociabilidade possibilitaria a apreensão de outros contextos, nos quais a motivação pela vasectomia necessariamente não se ancorasse na perspectiva do casal ou da conjugalidade, nem teria o viés de um discurso institucional específico, expresso nas falas masculinas (o que de fato ocorreu).

(sobretudo listas virtuais, que agregam pessoas com interesses comuns). Deixava-se claro que a circunscrição por “classe social” não era um critério de seleção, mas que seria desejável entrevistar mulheres de diferentes inserções sociais. Trabalhava com a hipótese acerca da dificuldade de encontrar mulheres de camadas médias, jovens, já esterilizadas. Em diversas ocasiões, as ‘potenciais’ entrevistadas atendiam a um dos critérios – tinham feito a laqueadura ainda muito jovens, “com vinte e poucos anos” –, mas já haviam ultrapassado o limite etário estabelecido.

Os contatos suscitaram a entrada em duas redes principais, ambas de mulheres de camadas populares. Parte delas são residentes do Complexo do Alemão – conjunto de 13 favelas com mais de 65 mil habitantes¹⁸¹, situado na zona norte do Rio de Janeiro, circundado pelos bairros de Ramos, Penha, Olaria, Inhaúma e Bonsucesso. Uma moradora do Complexo há 17 anos (negra, 30 anos, separada há 5, uma filha de 11 anos) atuou como facilitadora do trabalho de campo¹⁸², intermediando os contatos para as entrevistas iniciais ali realizadas. As primeiras informantes foram suas colegas e vizinhas; outras foram obtidas a partir desses contatos.

O outro conjunto de entrevistas é formado por mulheres que habitam em um bairro da periferia do município de Caxias, cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro. O contato inicial foi efetuado por um grupo que desenvolve um trabalho comunitário na localidade. A líder é uma pastora evangélica, da Igreja do Evangelho Quadrangular. À época, este grupo de voluntariado começava a montar um centro de apoio para os moradores da comunidade, no qual seriam oferecidos diversos cursos, como: manicure, reforço escolar, culinária, pintura em tecido, apoio na alfabetização de adultos, arranjo de flores, entre outros. Durante o período de trabalho de campo, o centro passou a oferecer alguns cursos profissionalizantes e consultas de clínica médica. O contato mais estreito foi estabelecido com uma voluntária, também pertencente à igreja e residente na localidade, que dava “plantão” neste centro uma vez por semana, prestando informações sobre as atividades ali desenvolvidas. No intervalo de uma semana, ela e/ou a pastora identificavam uma ou duas potenciais informantes da região (moradoras do bairro e

¹⁸¹ Estimativas oriundas das projeções populacionais realizadas pelo Instituto Pereira Passos, ainda com base nos dados do censo do ano 2000. Fonte: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>, acessado em 14 de dezembro de 2010. Não estão disponíveis os resultados do censo populacional de 2010 por região administrativa do município do Rio de Janeiro.

¹⁸² Para a entrada no conjunto de favelas do Complexo do Alemão, à época sob domínio do tráfico de drogas, foi necessária uma intermediação, efetuada por morador estabelecido no local.

não necessariamente frequentadoras da igreja), que eram convidadas a participar da pesquisa. As informantes se deslocavam até o referido centro de apoio, no dia e turno agendado, para conceder a entrevista.

As demais entrevistadas são moradoras de bairros populares do município do Rio de Janeiro, situados nas zonas norte e oeste da cidade, oriundas de contatos com outras redes informais.

De forma análoga, os informantes homens foram contatados por meio de dessas mesmas redes e, também, a partir das mulheres já entrevistadas. Curiosamente, em um primeiro momento, havia mais entrevistas agendadas com homens do que com mulheres. A primeira foi realizada com um homem de 53 anos, que havia se submetido à vasectomia aos 35; outro, então com 37 anos, havia feito a vasectomia aos 21. A obtenção de informantes mulheres era mais difícil pelo critério etário: muitas haviam sido esterilizadas ainda jovens, mas por ocasião do estudo ultrapassavam os 40 anos.

As entrevistas foram realizadas nas casas ou na vizinhança, na sala reservada do centro de apoio da comunidade de Caxias, em lugares públicos, como um bar, no banco da praça, na sala de leitura de uma biblioteca municipal, no sopé de uma árvore (no Complexo do Alemão), de acordo com a preferência dos entrevistados. Buscou-se assegurar a privacidade e o caráter reservado do encontro, apesar de, por vezes, contar com interrupções na conversa¹⁸³.

Nas entrevistas com as mulheres, a quebra de continuidade era devida à presença de um filho, que demandava atenção. Em uma situação, uma parte da entrevista com uma mulher jovem contou com a presença da sogra, que chegou ali na casa durante a entrevista e achou intrigante a presença de uma investigadora, interessada em saber sobre *gravidez e laqueadura* (àquela altura, enfocamos a conversa sobre os partos da moça). Esta senhora veio a intermediar o encontro com um de seus filhos, vasectomizado. O término da conversa foi acelerado em duas ocasiões: quando uma mulher ia levar os filhos para a escola e não teria tempo de retornar para a finalização da entrevista; em outra, quando a moça estava atrasada para um compromisso com um de seus amantes.

¹⁸³ A realização das entrevistas em espaços públicos, frequentemente em lugar mais afastado ou sem pessoas no entorno não consistiu em empecilho para propiciar um ambiente de privacidade.

Nas situações de entrevista com homens, as conjunturas de interrupção foram diferentes: não houve interferência de filhos. Em um caso, a entrevista foi conduzida no ambiente de trabalho, nos intervalos mais ou menos longos entre um procedimento e outro, pois o rapaz é técnico de exames de imagem. Outro encontro foi marcado não exatamente por interrupção, mas pelo fato de a entrevista ter sido realizada com a presença e participação da esposa. A mediação foi efetuada por sua mãe (a sogra anteriormente mencionada), que já havia sinalizado que seu filho era muito reservado. Após conversa telefônica, foi marcada a entrevista em sua residência. O rapaz, de 29 anos (vasectomia aos 27 anos), era extremamente tímido, e frequentador de uma igreja evangélica. Apesar da explicitação da importância de privacidade na entrevista, o rapaz afirmou que não tinha segredos com sua esposa, e que ela poderia auxiliá-lo na lembrança de detalhes. Permanecemos na sala de sua casa, cuja demarcação com a cozinha era feita por uma mesa. A esposa permaneceu na cozinha, preparando o almoço. Esta entrevista foi a de menor duração. Todos os temas foram abordados, mas o rapaz foi muito econômico em sua fala, sobretudo nas questões concernentes à sexualidade – chegou mesmo a ficar ruborizado em várias ocasiões. O final da entrevista contou com a participação ativa da esposa, que relatou suas dificuldades contraceptivas, seu desejo pela esterilização e os impasses que enfrentou na busca pela laqueadura, que afinal não obteve. Nesse momento, dois filhos pequenos estavam na sala, almoçando para irem para a escola.

Todas as entrevistas foram realizadas em apenas um encontro, com duração média de duas horas. Cabe lembrar que o trabalho de campo não se processa de modo linear: em muitas ocasiões houve tentativas de entrevista frustradas, seja por desencontro, desistência ou indisponibilidade do informante.

O roteiro semi-estruturado de entrevista abordava a reconstrução da trajetória biográfica dos informantes, centrada nos eventos da vida afetivo-sexual e reprodutiva. Ele incluía questões sobre dados sócio-demográficos, origem e formação familiar; trajetória escolar e de trabalho; iniciação sexual; parcerias afetivo-sexuais subsequentes (as mais importantes para o/a informante e aquelas que contaram com eventos reprodutivos); práticas contraceptivas; esterilização e desdobramentos para vida afetivo-sexual (vide roteiro no apêndice “B”).

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, e cumpre com os preceitos éticos estabelecidos pela

Resolução 196/96¹⁸⁴. Informações sobre a pesquisa e a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (vide TCLE no apêndice “C”) eram efetuadas no início de cada entrevista. A assinatura do documento era, por vezes, realizada no momento inicial do contato; em outras ocasiões, o termo era retomado ao término da entrevista e, então, era assinado pelo investigador e pelo entrevistado. Considero que esta segunda estratégia deixava o/a informante mais à vontade para rever sua posição, a qualquer momento, no que tange à sua participação no estudo, na medida em que a entrevista transcorria. Obteve-se também autorização para que a conversa fosse gravada em áudio¹⁸⁵. Não houve nenhuma desistência no transcorrer das entrevistas, tampouco recusa de gravação – inclusive o pequeno objeto de registro de áudio rapidamente era esquecido na cena.

Conforme apontado na introdução desta tese, o presente capítulo se restringe às entrevistas realizadas com as mulheres. A análise do material empírico coletado com os informantes homens será objeto de futuras análises.

4.2 Mulheres entrevistadas: quem são?

As indicações obtidas por meio de redes informais de sociabilidade resultaram em quinze entrevistas, dentre as quais cinco participantes residem na periferia do município de Duque de Caxias, sete no Complexo do Alemão e três no subúrbio e zona oeste carioca (bairros da Pavuna, Cavalcanti e Bangu). Suas idades variaram entre 25 e 35 anos¹⁸⁶.

É frequente encontrar pessoas oriundas de outros estados nas comunidades de baixa renda do Rio de Janeiro. Muitas informantes são filhas de pais migrantes. Entretanto, a maioria das entrevistadas nasceu no estado do Rio de Janeiro, sendo somente quatro provenientes de outros estados (duas de Pernambuco, uma do Rio Grande do Norte e uma de Minas Gerais). Para Núbia e Helena, a migração ocorreu após o nascimento do primeiro filho; em ambos os casos a mudança de estado se deveu a questões associadas à relação conjugal. Núbia (25 anos, quatro filhos,

¹⁸⁴ Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 1996.

¹⁸⁵ As entrevistas foram posteriormente transcritas na íntegra, para análise dos dados.

¹⁸⁶ Vicissitudes do trabalho de campo resultaram na inclusão de duas informantes que haviam completado 35 anos recentemente.

esterilizada aos 21 anos) é natural do RN; chegou ao Rio de Janeiro com 19 anos para morar com o marido, que já havia migrado um ano antes. Em sua biografia há vários episódios de fuga para ficar junto com este rapaz. A viagem para o RJ consiste em mais um, dentre os inúmeros escapes da casa de sua família de origem. Helena (31 anos, quatro filhos, esterilizada aos 29 anos) é oriunda de Pernambuco e migrou para o Rio de Janeiro com 22 anos. Seus pais e irmãos menores já haviam se deslocado anos antes para o estado (ela é a primogênita dos sete filhos do casal), mas ela permaneceu no nordeste; estava casada e com um filho pequeno. Decepções com o marido (traições amorosas) motivaram a separação do casal, a partir do que ela decide juntar-se à família de origem.

As informantes, na maioria dos casos, são mulheres unidas ou casadas¹⁸⁷. Doze estavam casadas/unidas e coabitavam com parceiro e filhos à época da entrevista; duas eram solteiras (uma com experiência de coabitação com parceiro, separada há 12 anos e residia com três de seus cinco filhos em casa cedida pela mãe; outra nunca coabitou com parceiro e residia com os pais, as filhas e duas sobrinhas); uma se dizia “viúva e separada”, e vivia em uma quitinete alugada com seus dois filhos. Trata-se de Cristina (31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos), que ficou viúva do primeiro companheiro, pai de seus filhos, assassinado aos 19 anos, por ter reagido a um assalto. A informante tornou a se casar depois e a relação durou três anos. No momento da entrevista, ela estava sozinha há seis anos.

A abordagem da variável raça/cor pode ser efetuada por uma pergunta aberta e, posteriormente, por uma fechada. Este expediente possibilita não apenas observar o esforço de classificação efetuado pelo/a entrevistado/a, como a flexibilização das categorias de cor, a partir da demanda de classificação de acordo com as categorias do IBGE. Registra-se a heterogeneidade de formas como as pessoas lidam com o quesito cor/raça. Nesse sentido, a categorização êmica nem sempre coincidia com o modelo do censo. Nas respostas à pergunta aberta “qual a sua cor?”, foram utilizados os termos como “branca”, “morena”, “mulata”, “negra”, “branca sarará”, etc. Considerando-se as respostas fechadas, seguindo as categorias preestabelecidas do IBGE (“branca”, “preta”, “parda”, “amarela” ou “indígena”), sete se declararam brancas, duas pretas, cinco pardas e uma amarela. As que se consideraram inicialmente “morenas”, optaram em seguida pela

¹⁸⁷ Quase todas as participantes deste estudo foram submetidas à esterilização contraceptiva quando estavam unidas ou casadas.

alternativa “branca” ou “parda”; uma entrevistada migrou da resposta “qualquer cor” para a opção “branca”.

Com exceção de uma entrevistada, todas as demais já estão fora do sistema de ensino. As mulheres possuem, de modo geral, baixa escolaridade: oito têm nível fundamental incompleto, duas completaram este nível; três concluíram o ensino médio, e duas alcançaram nível superior de escolaridade.

Uma moça chegou a frequentar a escola por muitos anos, mas não ultrapassou a primeira série, e se considera analfabeta. Ela diz que nasceu com muitos problemas de saúde e ficou por muito tempo internada. Ela se reporta às palavras de sua mãe e ao prognóstico do médico: “Se ela sobreviver, alguma coisa vai afetar a mente dela”. Bia não consegue memorizar nada do que lê, e como “esquece tudo muito fácil e rápido”, sempre teve muita dificuldade com os estudos (“não consegui aprender nada”). Afirma que sua mãe a matriculou na escola, mas permaneceu por muito tempo na mesma série: a primeira do ensino fundamental. Abandonou a escola, aos 15 anos, ao engravidar.

As trajetórias escolares são geralmente marcadas por muitas interrupções, em função de mudanças de cidade, desânimo com o ensino e repetências. Daniele (27 anos, quatro filhos, laqueadura aos 22 anos), por exemplo, estudou até o quinto ano do ensino fundamental. Oriunda de Pernambuco, chega ao Rio de Janeiro com quatro anos, com sua mãe e seus três irmãos mais velhos. Afirma que não gostava de estudar e tinha muita “preguiça”: até conseguia obter “notas boas”, mas repetia de série por excesso de faltas, preferindo “bagunçar”. Sua trajetória conta com idas e vindas entre Recife e Rio de Janeiro, em função de desentendimentos com sua mãe, sobre ‘namorados’. Era enviada para a casa da avó materna, em PE, por “uns tempos”¹⁸⁸. Além disso, Daniele engravida ainda muito jovem, o que acentua seu desinteresse e dificuldades com a escola.

A existência de frequente defasagem entre idade e série escolar, na trajetória de moças que se tornam mães em idade ‘precoce’ é apontada por muitos estudos. Este é um elemento registrado pela literatura que aborda de modo crítico o tema da gravidez na adolescência (ALMEIDA, 2008; ALMEIDA et al., 2006). Tal posição significa a não atribuição à gravidez e ao nascimento da criança em “idade precoce”

¹⁸⁸ “Eu, sempre assim, arrumava um probleminha com a minha mãe, ela me mandava para lá. Aí eu saía daqui e estudava lá. Por isso nunca terminei, que eu ficava naquele... era aquele indo e vindo. Eu vim para cá eu tinha 4 anos, passava dois anos aqui e dois lá, aí dois lá, dois aqui.”

como principal determinante para interrupção da escolarização juvenil. Antes, a interpretação enfoca, de modo compreensivo, os contextos em que tais gestações ocorrem, além de contemplar seus nexos com outros elementos da biografia individual (ALMEIDA et al., 2006; AQUINO et al., 2006; HEILBORN; CABRAL, 2006b). Eliane (26 anos, dois filhos, laqueadura aos 23 anos) consegue concluir o ensino fundamental aos 20 anos. Após uma decepção amorosa, ela sai do local onde morava, para passar um tempo na casa de sua tia. Ali conhece e se envolve com o atual marido, pai de seus dois filhos, logo passando às relações sexuais e engravidada. O rapaz imediatamente a leva para residirem juntos. Ela sai da casa da mãe e interrompe os estudos aos 16 anos, quando cursava a sexta série do ensino fundamental. Posteriormente retoma a escolarização, em um curso supletivo. No entanto, as atribuições com o cotidiano doméstico contribuíram para que Eliane encerrasse os estudos, ao concluir o ensino fundamental: “Parei por causa de casa, marido, filho. Não aguentei”. Além de seus dois filhos, Eliane cria um sobrinho de cinco anos, desde os sete meses. O menino é filho de sua irmã mais nova, que foi mãe aos 13 anos.

Desentendimentos com a família e a tentativa de escapar ao controle parental pela sexualidade, são elementos também referidos em outras entrevistas. A busca pela autonomização via sexualidade é ilustrada pela biografia de Núbia. Ela afirma que parou de estudar quando cursava a quinta série do ensino fundamental, porque “conheceu o marido” e engravidou do primeiro filho. Em sua trajetória há fugas de casa, idas e vindas para o atual marido, mudanças de cidade, gravidez e filho. Enfim, trata-se de um percurso conturbado, sem projeto de escolarização:

“A gente namorou e depois a gente separou, aí eu engravidei do L., que não é filho dele, aí a gente acabou o namoro. Aí a minha avó pegou meu filho para criar, porque assim, eu era muito novinha, muito sem noção de nada. Aí eu fui e voltei para o meu marido, aí engravidei dele. Nesse percurso todo eu parei de estudar, nunca mais consegui. Parei [de estudar] por conta de tudo. De fugir, de voltar, de fugir, de voltar, porque eu fugi com ele 5 vezes. Minha mãe botava a polícia e me tomava. Aí depois eu fugia de novo.” (Núbia, 25 anos, quatro filhos, esterilizada aos 21 anos).

Magnólia (30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos) alcançou o nível superior de escolaridade e cursava o segundo semestre da faculdade privada de direito, quando “abandonou tudo” para ir morar com um rapaz “no pico do morro”. Ela afirma que deixou de estudar porque se apaixonou pelo parceiro que, posteriormente, viria a ser o pai de sua filha mais velha. Fugiu de casa aos 21 anos para coabitar com o rapaz. Tal atitude desagradou seus pais, que depositavam nela,

filha mais velha, expectativas de mobilidade escolar. Decepcionado, o pai da moça parou de pagar a faculdade e o curso foi interrompido. Pouco tempo após a fuga, ela reatou o relacionamento com os pais. Contudo, ela declara não ter querido voltar a estudar, pois havia perdido o interesse pelos estudos. Refere que essa escolha consiste em uma das grandes mágoas de seu pai: “não ter conseguido formar a filha”. Ela menciona: “Fiz vários cursos, estudei em escola particular, mas não deu em nada” (Magnólia, 30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos).

Histórias de interrupção, dificuldades com o sistema de ensino e repetência escolar são muitas. Contudo, há trajetórias que demonstram esforço na direção de um processo de escolarização, a despeito dos obstáculos. Flávia, 28 anos, mãe de dois filhos (um casal), esterilizada aos 27 anos. Sua mãe morreu no parto, em decorrência de eclampsia, quando ela tinha cerca de três anos (morreram mãe e filho). Seu pai ficou viúvo, com quatro filhos; ele recasa e tem mais quatro filhos. Seu pai costumava viajar para outros estados, a trabalho (empreitadas em obras), e levava todos os filhos consigo. Flávia morou em diferentes estados (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo), acompanhando a família. Ela chega ao Rio de Janeiro com 16 anos. Apesar dos deslocamentos, ela completou o segundo grau (nível médio), aos 18 anos:

“Se você vê meu histórico vai morrer de rir, porque no meu histórico escolar tem São Paulo, tem aqui no Rio, tem Minas... [Como você conseguiu estudar?] Consegui, consegui. Assim, com muita dificuldade, mas porque eu quis terminar, mesmo nesse vai e vem. Meu pai sempre falou assim: “Filha, oportunidade de estudar eu não tive, que tive que trabalhar cedo”. A determinação que eu tive de pelo menos ter o básico no estudo, não é? Eu falei: independente de mudar, tinha que estudar, fazer alguma coisa pelo menos para mim ajudar meus filhos, e de certa parte, tanto eu quanto meus irmãos tivemos dificuldades, minha mãe [madrasta] analfabeta nós não tínhamos quem ensinar a gente. (...) A gente ia batendo o pé, e chegamos lá.”¹⁸⁹
(Flávia, 28 anos, dois filhos, esterilizada aos 27 anos).

Outra informante, Neili, tenta retomar os estudos, já com alguns filhos, mas sua intenção esbarra nos ciúmes do marido. Com 32 anos (três filhos, laqueadura aos 29 anos) e com várias tentativas de retorno e de abandono da escola, sua última interrupção foi próxima dos 28 anos. Inicialmente, ela afirma que parou de estudar em função do trabalho, pois cursava a escola à noite, depois do serviço, e ficava muito cansada. Com o desenrolar da entrevista, ela menciona que o esposo implicava com o fato de chegar em casa tarde, e sempre a acusava de o estar

¹⁸⁹ Outros irmãos de Flávia também alcançaram o nível médio.

“traindo”. Ela acabou desistindo da escola, e passou “a ir direto do serviço para casa”.

Os baixos níveis de escolaridade se refletem no tipo de inserção laboral. A maioria estava envolvida em algum trabalho remunerado por ocasião da entrevista, em atividades com baixa qualificação profissional, como atendente em comércio (padaria, lanchonete, bar), manicure, camelô, serviços domésticos; uma trabalhava em produção de bolsas de couro, em uma pequena fábrica da própria família. Algumas possuíam inserção formal de trabalho; outras trabalhavam como autônomas; e outras estavam desempregadas. Uma entrevistada refere que faz biscates de serviços domésticos: “uma faxina aqui”, “passo uma roupa ali”, “vendo Avon”, sem que o marido saiba, pois ele não gosta que ela trabalhe fora de casa.

No conjunto das entrevistadas, somente uma mulher praticamente nunca trabalhou fora de casa. Trata-se de Natália, que reside na casa dos pais com suas filhas e duas sobrinhas – uma está grávida, tem 17 anos, a outra tem 13 anos e é “especial” (teve paralisia cerebral, não fala nem anda, “é toda atrofiada”). Sua família de origem é numerosa: os pais são oriundos do RN; ele com 77 anos e a mãe com 76 anos. Ela é a caçula de 24 irmãos: apenas 12 estão atualmente vivos. A maioria morreu ainda na infância, exceto um, ex-presidiário, assassinado aos 28 anos. Natália é a responsável pelos cuidados com a menina doente desde que nasceu. A irmã de Natália, mãe da criança, se casou e tem outros filhos, mas a “rejeita”. A avó acolheu a neta, mas é Natália quem se dedica diariamente à criança, o que a impede de sair do circuito doméstico e trabalhar fora. Esta função não se realiza sem tensões com os membros da família de origem, sobretudo com sua mãe, identificada por ser aquela que a impede de trabalhar:

“Aí a minha mãe fica: “Se você trabalhar, quem é que vai olhar? Sua irmã aqui não vem, quando vem aqui também nem toca”. E eu falo: “Mas eu também não vou ficar aqui para sempre”. A vida boa que meus irmãos têm eu não tenho... Porque ninguém quer ficar, cada um caçou a sua vida e largou essa menina para eu tomar conta sozinha.” (Natália, 26 anos, duas filhas, esterilização aos 23/24 anos) (grifo nosso)

Em uma ocasião Natália trabalhou como vendedora na Feira de São Cristóvão, por apenas alguns dias, a contragosto de sua mãe. Esta sempre a ameaça de expulsá-la de casa, caso Natália arrume um emprego.

Não é somente a baixa qualificação que dificulta a inserção laboral das mulheres. Questões referentes ao universo doméstico, à conjugalidade e/ou à maternidade também contribuem para que elas se ausentem do mercado de

trabalho, de modo definitivo ou temporário. Quatro entrevistadas estavam desempregadas no momento da entrevista. Tatiana (30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos), por exemplo, não trabalha desde que seu primeiro filho nasceu, quando tinha 24 anos. A informante trabalhou em *shopping center* como atendente de lanchonete por quase seis anos. Pouco tempo após ser promovida ao cargo de coordenadora júnior, a loja foi vendida e todos os funcionários demitidos. Além da demissão, sua sogra, que então ajudava a cuidar de seu filho, ficou doente e não podia mais auxiliá-la com a criança. Em seguida, ela engravida do segundo filho. Sem contar com a ajuda da mãe ou da sogra, Tatiana se retirou do mercado de trabalho, restringindo-se ao âmbito doméstico. Declara que os filhos são muito “apegados” e ainda são pequenos, o que dificulta a busca por um emprego.

O envolvimento com atividades laborais fora do âmbito da casa, com percepção de alguma renda começa cedo na trajetória de algumas mulheres. A primeira atividade remunerada geralmente está associada à necessidade de ajudar a família de origem, ou à busca por autonomia financeira e à possibilidade de acesso ao consumo de bens materiais. O trabalho aparece revestido por uma “orientação instrumental” (PAIS, 1998) e, frequentemente, compete com a disponibilidade para continuação dos estudos. Betânia (33 anos, três filhos, laqueadura aos 27 anos), por exemplo, estudou até a sétima série do nível fundamental, apesar dos esforços e do incentivo de seus pais. Refere que seus irmãos são diferentes: um concluiu o nível superior; a outra completou o segundo grau e planeja entrar para faculdade particular. Ela não gostava de estudar e teve algumas repetências escolares. Em determinado momento, seus pais “desistiram” de investir em sua escolarização. Ela tem o primeiro emprego como manicure, aos 14 anos, em salão de beleza perto de sua casa; diz que começou a “fazer unha” para comprar as “próprias coisas” (como “roupas, calcinha, sutiãs”).

O relato de Nicole (35 anos, cinco filhos, laqueadura aos 28 anos) não explicita um posicionamento mais ativo de sua família, no sentido de prosseguimento dos estudos. Ela não ultrapassou a primeira série do ensino fundamental; afirma que não gostava de estudar e não “levava a sério”: “Eu nova, acho que era muito levada. Minha mãe falou que eu não queria nada com escola. Eu não lembro. A maioria lá em casa não estudou não”. Ela começa a trabalhar aos 13 anos, fazendo serviços domésticos em casa de família, com uma folga a cada 15 dias, para retornar à casa de seus pais. Declara que desejava ter seu próprio “dinheirinho”, para comprar as

coisas: “sempre gostei de trabalhar, adorava”. Entretanto, nunca conseguiu um serviço com carteira assinada nem descontou INSS como autônoma. Atualmente possui uma “barraquinha” no bairro em que reside, onde vende doces, refrigerante (de tipo popular), cigarros, e afirma:

“Trabalho para mim agora. (...) “Eu não trabalho fora por causa deles [filhos]. Eu já trabalhei muito, mas agora também não tem como largar eles. Ninguém quer tomar conta, não é? Aí se eu for trabalhar para pagar, dá no mesmo. Se fica perto de mim também, eu boto para a escola. Que eu estando aqui eles não faltam a aula, porque não dou mole. Porque eu não estudei, mas quero que eles estudem. Até que o de nove anos já sabe ler, a da terceira também já sabe ler.” (Nicole, 35 anos, cinco filhos, laqueadura aos 28 anos)

Os valores declarados de renda familiar são variáveis, pois frequentemente são provenientes de trabalhos autônomos ou temporários, sem renda fixa. Os rendimentos referem-se aos salários dos respectivos companheiros, aos valores que recebem por seu trabalho e, em alguns casos, a renda familiar é completada por benefícios sociais, como o Bolsa Família (programa social do governo federal). Os montantes declarados também oscilaram muito, desde R\$200,00 (portanto, abaixo do salário mínimo à época)¹⁹⁰ a até R\$2500,00 reais (caso das duas entrevistadas que ingressaram no nível superior de escolaridade). Natália foi a única que não soube dar, ao menos, uma estimativa da renda em seu domicílio. Ela sabe que o total é composto pela aposentadoria de seu pai e do que recebe em uma “lojinha” que vende arreio de cavalos; do benefício que a mãe recebe, em função da neta deficiente; e da Bolsa Família que conseguiu para as duas filhas (total de R\$70,00). Nicole vive com três de seus cinco filhos em uma casa cedida, nos fundos do quintal de sua mãe, e sobrevive com um valor aproximado de R\$250,00, dos quais R\$136,00 são provenientes da Bolsa Família. Bia, apesar de se declarar analfabeta, recebe R\$400,00 de seu emprego como doméstica; seu parceiro trabalha como gari da prefeitura do município de Caxias e ganha cerca de R\$600,00.

O perfil das entrevistadas, no que concerne ao quesito religião atual, requer cautela em sua apresentação: em uma primeira aproximação, observa-se uma polarização entre mulheres adeptas à religião pentecostal (seis) e as que referem não ter religião (seis); duas declaram-se católicas e uma protestante. Contudo, o contato que iniciou a rede de entrevistas com as mulheres moradoras da periferia de Caxias é uma pastora. Algumas informantes, embora não pertençam à mesma igreja da mediadora dos contatos, também se declararam pentecostais. Há trânsito

¹⁹⁰ Em 2009, o piso do salário mínimo nacional correspondia a R\$ 465,00 reais.

religioso entre as informantes: por exemplo, algumas foram criadas na igreja católica e aderiram ao pentecostalismo; outras entrevistadas foram criadas em alguma religião, mas atualmente não se identificam e/ou frequentam qualquer culto.

A declaração sobre religião (se tem ou não religião, e qual seria) guarda determinadas dificuldades, sobretudo para aquelas que não são praticantes. Este traço não surpreende, em se tratando de uma sociedade multicultural, como a brasileira. Algumas informantes demarcaram o fato de que têm fé e “acreditam em Deus”, apesar de não terem uma religião. Brenda (35 anos, seis filhos, laqueadura aos 28 anos), por exemplo, foi criada na igreja católica, mas não fez a primeira comunhão¹⁹¹, diferentemente de seus irmãos. Atualmente, se declara sem religião, apesar de frequentar eventos (missas, cultos), tanto da igreja católica quanto da pentecostal. Afirma que as filhas mais novas frequentam a igreja evangélica por conta própria, sem seu incentivo ou de seu marido, que é católico: “Elas foram por elas mesmo. Se arrumam sozinhas, passam a roupa, penteiam o cabelo uma da outra e vão para igreja. Mesmo quando eu não estou em casa elas vão”. Magnólia foi criada no catolicismo, mas não frequenta a igreja. Em um momento da entrevista, declara-se católica, pois fez catecismo e primeira comunhão. Em seguida, refere que não é praticante. Ao insistir para que defina se é católica ou sem religião, Magnólia prefere dizer que é sem religião, que está “sempre acreditando”, mas não participa de nada.

A caracterização das informantes evidencia uma significativa heterogeneidade das camadas populares, que engloba desde mulheres com baixíssima escolaridade, até as que prosseguiram os estudos. Duas entrevistadas com nível superior de escolaridade incompleto complexificam as classificações em termos de pertencimento de classe, sobretudo numa sociedade que comporta acentuadas disparidades sociais, ao mesmo tempo em que permite mobilidade social de seus membros. Políticas sociais em período histórico recente têm propiciado aumento da escolarização, inclusive de nível superior, além do crescente acesso a bens de consumo, o que vem sendo caracterizado como expansão da (nova) classe média brasileira, ao menos no que concerne ao aspecto econômico. Assim, é possível considerar que duas informantes estão situadas em uma espécie de fronteira na segmentação do social, sob o prisma econômico. Elas prosseguem com a

¹⁹¹ Um dos sacramentos do catolicismo, importante marcador na trajetória dos que se declaram católicos.

escolarização, possuem moradia própria e bens duráveis, como carro, dispõem de uma renda familiar relativamente alta, quando comparadas às demais. Uma é Magnólia, filha de um comerciante estabelecido, que trabalha com seu pai na loja; a outra é Esther, que frequentou o curso de formação de professores no nível médio (antigo curso “normal para professores primários”), fez um empreendimento com a mãe e ambas compraram parte da sociedade da creche na qual ela trabalhava. Portanto, passou a ser dona do próprio negócio. Ambas talvez possam ser classificadas como representantes das camadas médias, ainda que de seus segmentos inferiores, em processo ascendente de mobilidade social.

Contudo, o critério econômico não constitui condição suficiente para classificação, de acordo com os debates atuais da antropologia social, pois a perspectiva que orienta a visão de mundo dos sujeitos é angular para situá-los no panorama social. Uma parcela da literatura antropológica brasileira efetua uma diferenciação em termos do par classificatório “tradicional e moderno” (frequentemente reconceitualizado na oposição entre “holismo e individualismo”), para fazer referência a grupos sociais distintos. O primeiro seria representativo de uma lógica inerente às camadas populares, enquanto o segundo seria identificado às camadas médias da sociedade brasileira. Essa mesma literatura argumenta que há diferentes processos de construção social da pessoa, na medida em que distintas lógicas de organização se apresentam no universo cultural das camadas populares e de segmentos médios urbanos. Por exemplo, Duarte (1986) postula que a família, o trabalho e a localidade seriam os pilares da estruturação das identidades dos membros das camadas populares, com preeminência hierárquica do grupo sobre o indivíduo. Como contraponto, as camadas médias urbanas contariam com os seguintes eixos estruturantes das identidades: “indivíduo, sociabilidade e ocupação”. Nesta mesma esteira, Sarti (1996) considera que a família é o substrato da identidade social dos integrantes de segmentos populares¹⁹², consistindo em seu núcleo de sobrevivência material e espiritual. Assim, a família é o parâmetro simbólico de estruturação de entendimento do mundo (SARTI, 1996, p. 33), encarna um “sentido de totalidade” sobre o indivíduo, organiza-se a partir de uma lógica assimétrica entre os gêneros e uma hierarquia entre as idades (HEILBORN, 1997).

Nessa perspectiva, elementos das biografias de Magnólia e Esther permitem afirmar que elas se situam em uma espécie de fronteira simbólica, pois comungam

de traços culturais característicos do *ethos* das camadas populares e de segmentos médios. Elas são as que mais destoam do perfil predominante composto.

O quadro um, apresentado a seguir, contempla uma síntese das características sociodemográficas descritas e foi ordenado a partir da variável 'escolaridade'.

¹⁹² Convém destacar que a autora utiliza, mais precisamente, o termo "pobres".

Quadro 6: Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas

(continua)

Nome*	Bairro moradia	Idade atual	Cor**	Origem	Renda familiar	Escolaridade atual	Situação conjugal	Mora com	Religião Atual	Ocupação atual ou última
Bia	Bairro em Caxias	31	Parda	RJ	1000,00	1ª série (analfabeta)	Casada/unida	Parceiro e filhos	Pentecostal	Doméstica
Nicole	Bairro em Caxias	35	Branca	RJ	250,00	1ª série	Solteira	Filhos	Sem religião	Camelô
Natália	Bairro em Caxias	26	Branca	RJ	Não sabe	4ª série	Solteira	Pais, filhas e sobrinhas	Pentecostal	Nunca trabalhou
Daniele	Complexo Alemão	27	Parda	PE	600,00	5ª série	Casada/unida	Parceiro e filhos	Sem religião	Manicure - desempregada
Núbia	Complexo Alemão	25	Amarela	RN	1500,00	5ª série	Casada/unida	Parceiro e filhos	Católica	Comércio (atendente)
Cristina	Complexo Alemão	31	Branca	RJ	1200,00	6ª série	Viúva	Filhos	Pentecostal	Atendente em bar
Betânia	Cavalcanti	33	Branca	RJ	2000,00	7ª série	Casada/unida	Parceiro e filhos	Pentecostal	Manicure (conta própria)
Brenda	Complexo Alemão	35	Preta	RJ	500,00	7ª série	Casada/unida	Parceiro e filhos	Sem religião	Biscates domésticos

Quadro 6: Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas

(conclusão)

Nome*	Bairro moradia	Idade atual	Cor**	Origem	Renda familiar	Escolaridade atual	Situação conjugal	Mora com	Religião Atual	Ocupação atual ou última
Eliane	Complexo Alemão	26	Parda	RJ	600,00	Fundamental completo	Casada/unida	Parceiro e filhos	Sem religião	Comércio - desempregada
Neili	Bairro em Caxias	32	Parda	RJ	200,00	Fundamental completo	Casada/unida	Parceiro e filhos	Pentecostal	Comércio - desempregada
Tatiana	Complexo Alemão	30	Branca	RJ	1000,00	Médio completo	Casada/unida	Parceiro e filhos	Sem religião	Comércio - desempregada
Flávia	Pavuna	28	Negra	MG	900,00	Médio completo	Casada/unida	Parceiro e filhos	Protestante	Caixa em rede de supermercados
Helena	Bairro em Caxias	31	Parda	PE	1500,00	Médio completo	Casada/unida	Parceiro e filhos	Pentecostal	Fábrica de bolsas (empresa familiar)
Magnólia	Complexo Alemão	30	Branca	RJ	2500,00	Superior incompleto	Casada/unida	Parceiro e filhos	Sem religião	Gerente em bar (comércio do pai)
Esther	Bangu	27	Branca	RJ	2500,00	Superior incompleto (em curso)	Casada/unida	Parceiro e filhos	Católica	Sócia de uma creche

* Os nomes são fictícios.

** Variável cor/raça segundo as categorias utilizadas pelo IBGE nas pesquisas censitárias (“preta”, “parda”, “branca”, “amarela”, “indígena”).

4.3 Elementos da trajetória sexual e reprodutiva

4.3.1 Idade da iniciação sexual e primeira gravidez

A trajetória reprodutiva das mulheres pode ser descrita a partir das idades de alguns acontecimentos chaves, como menarca, primeira relação sexual, primeira gravidez e, no caso das presentes entrevistadas, a idade da esterilização. O momento da iniciação sexual é retratado pela literatura da área da saúde como o período em que moças e rapazes passariam a estar expostos aos “riscos” associados à vida sexual, como a contração de doenças sexualmente transmissíveis e/ou ocorrência de gravidez. A contextualização das circunstâncias nas quais a passagem à sexualidade com parceiro é experimentada ilustra as diferentes maneiras de viver a sexualidade na adolescência e juventude.

As moças, como vimos, têm começado a vida sexual cada vez mais cedo; porém, nem sempre há um adiamento do início da vida reprodutiva (BOZON, 1993; 2008; BOZON; HEILBORN, 2006; HEILBORN; CABRAL, 2006b). Há uma hipótese corrente de que a queda da idade da iniciação sexual constitua um dos fatores propiciadores da esterilização, pois essas mulheres alcançariam mais rapidamente o número “desejado” de filhos (BUMPASS et al., 2000). Esta ilação pode ser verdadeira para contextos em que há uma fraca dissociação entre sexualidade e reprodução¹⁹³. A partir da aceitação da primeira proposição, é possível formular uma segunda, nos seguintes termos: existem “custos” – no sentido empregado por Luker (1975) – em permanecer fértil por muitos anos, após a obtenção da fecundidade desejada. Assim, a esterilização poderia se tornar uma “escolha” atraente.

No presente estudo, as idades das entrevistadas, por ocasião da primeira experiência sexual, variaram entre 12 e 19 anos. Observa-se que a maioria das informantes apresenta um padrão “precoce” de iniciação sexual: nove dentre as quinze entrevistadas. As demais se iniciaram em idade “mediana” (quatro) ou “tardia”

¹⁹³ Há uma produção das ciências sociais sobre juventude e sexualidade, que desconstrói o mito de que uma iniciação sexual mais “precoce” resultaria em antecipação da vida reprodutiva. Ao contrário, estas duas dimensões não estariam necessariamente articuladas (ou associadas). Veja-se, por exemplo, o debate sobre o “prolongamento da juventude” (GALLAND, 1995; 2009) ou a concepção de “jeunesse sexuelle”, sobretudo nos países ditos desenvolvidos. A ênfase não recai sobre a idade, mas sobre os contextos de preparação para o exercício da sexualidade (BONELL, 2004; BOZON, 2008; BOZON; KONTULA, 1997; SCHALET, 2000; 2004).

(duas). Tal classificação procede da pesquisa GRAVAD, na qual a idade da passagem à sexualidade com parceiro foi categorizada em precoce, mediana e tardia (no caso das moças, as respectivas idades corresponderiam a 15 anos ou menos, 16 a 17 anos, 18 anos e mais).

As primeiras experiências sexuais podem ser descritas segundo os cenários de iniciação sexual apresentados no início da tese. O universo de 15 entrevistadas detém características se remetem, na maioria, aos contextos categorizados como moças *impacientes pela vida adulta* ou que tinham como *prioridade o projeto conjugal* (“fiéis ao namoro à antiga” - vide capítulo dois). Este traço sinaliza certa consistência sociológica do grupo de informantes; o conjunto compartilha condições homogêneas, de experiências e valores que se desdobram em uma visão de mundo similar¹⁹⁴.

A iniciação sexual de Cristina (31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos) conjuga precocidade e rápida transição para a vida adulta. Ela sai do domicílio parental aos 13 anos, para morar com uma tia e “ajudar a cuidar” do primo recém-nascido. Este período também coincide com a interrupção de seus estudos, quando cursava a sexta série do ensino fundamental: alega ter parado de estudar por “falta de interesse”. Havia a intenção de frequentar a escola em curso noturno, mas o envolvimento em namoros acabou competindo com o investimento escolar. Sua primeira vez ocorre aos 15 anos, com um rapaz cinco anos mais velho. Ele residia na mesma comunidade e trabalhava próximo à sua casa, em uma oficina de pintura de carros. A primeira relação sexual com penetração aconteceu após algumas tentativas:

“Todo dia a gente tentava um pouquinho, não é? Até eu perder a virgindade. Era aquela coisa, ficava na portinha... tinha muito medo. Todo dia tentava um pouquinho, até que eu lembro do dia que sangrou. (...) Foi bastante tempo, foi umas duas ou três semanas tentando.” (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos) (grifo nosso)

Apesar das várias tentativas, o casal não utilizou métodos contraceptivos no início. Com o decorrer das relações, o rapaz passou a usar a camisinha ou a recorrer ao coito interrompido. O uso exclusivo de métodos masculinos no início da vida sexual é relatado com um tom de autocrítica: “Todas às vezes ele usava

¹⁹⁴ Visão de mundo é uma categoria comum ao saber antropológico e frequentemente referida como auto-evidente. Apoiando-se em Geertz (1978), esta noção pode ser compreendida como a dimensão relativa aos “aspectos cognitivos e existenciais”, “ideias mais abrangentes sobre a ordem das coisas”.

camisinha, e quando não tinha camisinha ele não deixava dentro. (...) Sabia que não podia engravidar, ele pensava, eu não¹⁹⁵. Os encontros sexuais ocorriam na casa da tia, pois ela passava o dia sozinha, cuidando do primo e dos afazeres domésticos. Declara que estavam apaixonados e resolveram casar. Montaram uma casa, onde passavam juntos os finais de semana e viviam como se fossem já casados, “fazia comida, lanchinho”, mas a novidade logo virou rotina que, juntamente com os ciúmes do então “noivo”, resultaram no término do relacionamento, quando ela estava com 16 anos¹⁹⁶.

Betânia (33 anos, três filhos, laqueadura aos 27 anos) namorava em casa com um rapaz da vizinhança um ano mais velho, filho de um amigo de seu pai, desde os dez anos de idade. Seu pai consente o namoro “dentro de casa”, para seu controle. Em sua festa de debutante, aos 15 anos, ocorre o noivado – data marcante na trajetória de Betânia, que associa à iniciação sexual: “Depois que eu fiz quinze anos, passou a minha festa, foi que eu me perdi... me achei”. A passagem às relações sexuais ocorre em sua casa, a despeito do forte controle parental:

“Namorava em casa, só que tinha um pedaço na casa da minha mãe, que era um tanque e tinha um corredor que ficava escuro, então eu namorava ali, mas minha mãe nunca desconfiou de nada, sempre namorava, tinha encontro de namoro, então vai desconfiar do que, né? Aí, foi ali mesmo, encostada no tanque.” (Betânia, 33 anos, três filhos, laqueadura aos 27 anos)

Betânia afirma que seu pai não a deixava sair de casa para encontrar com amigos ou namorar. Entretanto, o rapaz era “pagodeiro” e ela queria acompanhar o parceiro. Além de se dizer apaixonada, ela acredita que sua primeira vez “aconteceu” para que seu pai pudesse “soltá-la” um pouco mais. O noivado termina dois anos mais tarde, quando Betânia descobre que o parceiro tinha outra namorada. Nessa ocasião ela conta a seus pais que não era mais virgem¹⁹⁷.

As primeiras gestações de quase todas as entrevistadas (13 informantes) ocorrem antes dos 20 anos de idade, período em que se convencionou classificar como “gravidez na adolescência” (BROWN et al., 2001; CALAZANS, 2000)¹⁹⁸. De

¹⁹⁵ A diferença de idade entre parceiros na iniciação sexual expressa uma assimetria de experiências. No caso aqui em exame, pode-se especular se o “não pensar” na contracepção e/ou na possibilidade de gravidez seria indicação de “confiança” no parceiro, que, por ser mais experiente, é suposto “já saber” das coisas. Cf. Bozon; Heilborn (2006), para uma problematização sobre as diferenças de declaração de moças e rapazes a respeito da possibilidade de conversar sobre contracepção e/ou sexualidade com parceiro/a na iniciação sexual.

¹⁹⁶ A velocidade dos eventos não é exclusiva do contexto da iniciação sexual. A informante refere que tudo aconteceu “muito rápido” em sua vida: a primeira gravidez ocorre aos 16 anos; aos 19 ela tinha dois filhos e já estava esterilizada; aos 21 anos fica viúva.

¹⁹⁷ Betânia tem somente dois parceiros sexuais na vida: o rapaz da iniciação sexual e o namorado seguinte, que se tornou seu marido.

¹⁹⁸ Deve-se lembrar que gravidez e maternidade na adolescência não são termos sinônimos. O primeiro abriga a

fato, os enredos de tais gestações se assemelham largamente ao que já foi retratado por vários autores (AQUINO et al., 2003; BRANDÃO; HEILBORN, 2006; COSTA, 2002; DADOORIAN, 1994; HEILBORN et al., 2006; HEILBORN; CABRAL, 2006b; KATZ, 1999; MOTTA, 1998): contextos relacionais marcados por fortes prescrições de gênero, além de uma fraca dissociação entre sexualidade e reprodução, e conseqüente encurtamento de um período de “juventude sexualizada” – a possibilidade de vivência da sexualidade sem os constrangimentos da reprodução (BOZON, 2008).

Daniele (27 anos, quatro filhos, laqueadura aos 22 anos) inicia-se com 14 anos, antes que o “mundo acabasse” e “morresse virgem”. A primeira gestação ocorre aos 16 anos, com outro parceiro sete anos mais velho. Conheciam-se desde a infância, pois ele era amigo de um de seus irmãos; tornam-se próximos e passam a sair juntos. Transavam sempre, pois “ele morava perto”, mas sem uso de método contraceptivo: “Sempre rolava, mas a gente, eu nunca... quer dizer, eu nunca pensei em tomar remédio e nem ele em camisinha”¹⁹⁹. Mantiveram um relacionamento enquanto ele estava separado de sua noiva. Ao saber pelas irmãs do parceiro que ele havia reatado o compromisso com a moça, Daniele resolve se afastar, sem saber-se grávida. O rapaz só toma conhecimento da gestação quando ela já está no sétimo mês. O bebê nasce e ele registra o filho.

Os contextos de gravidez na adolescência são fortemente marcados pelo protagonismo de membros da família de origem dos jovens (BRANDÃO, 2004; CABRAL, 2005; HEILBORN et al., 2002). Afastada do parceiro, a reação da mãe de Daniele foi fundamental para o desfecho desta gestação. Quando se descobre grávida, Daniele se pergunta sobre “como criar um filho sem pai” e teme pela reação de sua mãe; mas esta a surpreende e gosta da ideia de se tornar avó:

“Quando a minha mãe soube, eu pensei que ela fosse fazer um escândalo, pelo contrário, ela adorou. Ela falou: ‘Eu vou ser vovó. Meu primeiro neto’. Quer dizer, da mais nova, é da onde saiu o primeiro neto. Tanto é que é o neto assim, ela diz que não, mas todos eles vêm que é o que ela mais gosta é o meu filho, ele é o primeiro neto dela, é o primeiro bisneto do meu avô, e é o primeiro neto dos pais dele [parceiro] também.” (Daniele, 27 anos, quatro filhos, laqueadura aos 22 anos) (grifo nosso)

possibilidade de interrupção da gestação, ainda que realizada em contextos de ilegalidade.

¹⁹⁹ Interessante esta passagem da informante, que sinaliza para uma espécie de “especialização dos métodos” segundo gênero: a representação de que cabe à mulher o uso da pílula anticoncepcional e, ao homem, a camisinha.

A boa receptividade, sobretudo por parte de sua mãe, não deixa espaço para cogitação ao aborto. Daniele diz que estava “gostando da ideia de ser mãe”, e sua família a apoiou fortemente:

“Tanto é que com 4 meses eu já tinha comprado já dois enxovais para ele, um todo verde... Sério, um todo verde e um todo amarelo. Que era época também de copa do mundo. Aí com 4 meses já tinha berço montado, enxoval comprado, tudo lavado e passado, e era assim, de 2 em 2 meses tinha que tirar tudo que era para lavar e passar, por causa da poeira.” (Daniele, 27 anos, quatro filhos, laqueadura aos 22 anos)

Nesse conjunto de entrevistas, todas as primeiras gestações foram levadas a termo²⁰⁰. Entretanto, isto não significa que a possibilidade da interrupção da gravidez não tenha sido aventada ou tentada. A maternidade ou paternidade pode não ser a resultante inexorável de uma gravidez não prevista no início da vida afetivo-sexual dos jovens. Ao contrário, o aborto – seja em sua dimensão de cogitação, tentativa ou efetivação – pode integrar as trajetórias dos jovens, diante da ocorrência de uma gravidez não planejada (PERES; HEILBORN, 2006). Entretanto, o contexto de ilegalidade de tal prática constitui um dos elementos que dificulta sua realização, além de contribuir, em alguma medida, aos processos que culminam pela opção da esterilização.

As informantes – Magnólia e Esther – que tiveram a primeira gravidez depois dos 20 anos são justamente as que atingiram escolaridade superior, ainda que incompleta²⁰¹. Elas também são as que possuem o maior intervalo de tempo entre a iniciação sexual e a ocorrência da primeira gravidez (cinco e sete anos, respectivamente), bem como utilização de métodos “modernos” de contracepção, durante ou após a iniciação sexual. O início da vida reprodutiva, em ambas as trajetórias, está estreitamente vinculado a um projeto de conjugalidade.

Esther (27 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos) avalia os eventos da sua vida como tendo acontecido “tudo muito rápido”²⁰². A iniciação sexual ocorre aos 16 anos, com o primeiro namorado. Posteriormente, ela tem outros relacionamentos afetivos, casando-se aos 21 anos. O marido, seis anos mais velho, pediu-a em casamento no quinto mês de namoro e, menos de um ano depois, estavam casados.

²⁰⁰ Cf. quadro dois neste capítulo que ilustra o calendário da iniciação sexual e dos eventos reprodutivos das informantes.

²⁰¹ A literatura produzida a partir do material da pesquisa Gravid evidencia que a existência de um projeto de escolarização contribui fortemente para a postergação do início da carreira reprodutiva (ALMEIDA, 2008; ALMEIDA et al., 2006; AQUINO et al., 2006).

²⁰² Cristina e Bia também qualificam os eventos de suas trajetórias como tendo acontecido “tudo muito rápido”. Apenas para lembrar, Cristina fica viúva aos 21 anos, com dois filhos; Bia demarca algumas vezes em sua entrevista que “aos 21 anos já tinha quatro filhos”.

Logo após o matrimônio, seu marido começou a pressioná-la por um filho, alegando querer ser pai, e que todos seus amigos já tinham filhos. Na época, Esther fazia uso de método injetável e era o marido quem aplicava a injeção todos os meses. No último episódio de negociação do contraceptivo, o marido fica sem falar com a entrevistada, em retaliação ao fato de que ela não interrompeu o uso do anticoncepcional (ele aplica a injeção, mas “fica de mal”). Esther, embora se achasse ainda muito nova para ser mãe, decide então suspender o medicamento e engravida cinco meses depois. O fato de já estar casada, com a “vida arrumadinha”, emprego e casa própria, contribuíram para que cedesse à pressão do marido:

“O meu marido me cobrava muito. Querida muito ser pai. [E você?] Eu sempre quis ser mãe. Acho que toda mulher tem vontade de ter filho, mas eu achava um pouco cedo. (...) Eu trabalhava numa escola, dava aula. Ele estava no mesmo emprego que trabalha hoje. Eu tinha comprado meu apartamento, tinha minha casa direitinho, montadinha. Falei: ‘Ah, se vier veio.’ Deixei rolar.” (Esther, 27 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

Magnólia (30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos) também tem sua primeira gestação após coabitação com parceiro há mais de um ano, na casa que seu pai havia lhe dado. Ela deixa de tomar a pílula, método contraceptivo em uso desde antes de sua iniciação sexual, para engravidar. Questionada sobre a decisão de engravidar aos 23 anos, Magnólia declara que já “estava na hora de ter criança”. Apenas para lembrar, esta é a entrevistada, filha de comerciante local, que foge da casa dos pais aos 21 anos, para ir morar com o namorado no pico do morro, como prova de amor e interrompe uma trajetória de escolarização ascendente.

Comparativamente, Esther e Magnólia são as entrevistadas que conseguem adiar por mais tempo o início da vida reprodutiva (cf. quadro três sobre perfil reprodutivo). Entretanto, este suposto maior controle ou domínio das regras contraceptivas do começo da trajetória, ou antes, do melhor manejo na separação entre sexualidade e reprodução, não implica um maior intervalo de tempo, entre o começo da vida sexual ativa e a esterilização contraceptiva. Em ambos os casos, diferentes fatores preponderaram na decisão pela esterilização.

4.3.2 Filhos tidos (ou a fecundidade realizada)

A esterilização é, a princípio, um método ideal para quem não quer ter mais filhos. Deriva desta concepção a ideia de que as mulheres esterilizadas são aquelas que obtiveram a quantidade de filhos desejados, que teriam atingido a fecundidade desejada. Opto, contudo, por utilizar a expressão “fecundidade realizada”, que contempla, a meu ver, tanto situações em que o número de filhos tidos corresponde ao que, de fato, havia sido planejado e/ou desejado, quanto contextos em que mulheres desejariam ter tido um número menor de filhos do que tiveram, ou ainda, outras que gostariam de ter tido uma prole maior. É importante considerar que tanto as intenções reprodutivas quanto as avaliações retrospectivas sobre o número de filhos podem ser afetadas por elementos contextuais das trajetórias, tais como instabilidade conjugal, recasamentos, perda de algum filho, entre outros fatores.

Segundo a PNDS de 1996 (SOCIEDADE..., 1997) e a de 2006 (MS, 2008), mais de 60% das mulheres unidas e esterilizadas tinham, no mínimo, três filhos vivos na data da entrevista. Este valor tem sido geralmente encontrado nos estudos que buscam traçar o perfil das mulheres com laqueadura tubária (SOCIEDADE..., 1997; CARVALHO; SCHOR, 2005; MS, 2008; OSIS et al., 2003; PIROTTA; SCHOR, 1998; 1999; VIEIRA et al. 2001; 2005; dentre outros).

A quantidade de filhos tidos no universo em análise variou entre dois e seis: quase metade das entrevistadas (sete) possuía dois filhos no momento da esterilização; duas informantes tinham três crianças; quatro mulheres tiveram quatro filhos cada; uma teve cinco, e outra seis filhos. O total resulta em 47 filhos.

É óbvio que a fecundidade alcançada decorre de inúmeros elementos das trajetórias de vida. Há diversos motivos, contextos, valores e visão de mundo, fatores determinantes e imponderáveis da vida, que acabam conformando o tamanho final da prole. Este pode ou não corresponder ao que fora inicialmente “planejado” ou “desejado”. Dificuldades contraceptivas e gestações imprevistas consistem apenas uma parcela dos aspectos – ou das justificativas – que concorrem para o número de filhos tidos.

O ideal vigoroso e bastante difundido em diversas camadas sociais no Brasil de um “modelo” de família com “dois filhos” aparece, de modo contundente, na trajetória de algumas informantes, e se sobressaem, diante de contextos decisórios sobre a reprodução e/ou esterilização. As biografias de Natália e Eliane são exemplares.

Natália (26 anos de idade, duas filhas, laqueadura aos 24 anos) é a caçula de uma família pobre e numerosa. Ela engravidou pela primeira vez aos 16 anos, em uma relação eventual. Conhecia o rapaz de sua vizinhança, e ambos freqüentavam o mesmo grupo de amigos. Por insistência do rapaz, durante uma festa em que todos os colegas haviam formado pares de namorados ou de ficantes, ela concede a transa. Pergunta ao rapaz se ele tem camisinha, mas transam sem proteção:

“Foi assim, eu sempre falava que se tivesse que sair com alguém ia ser com camisinha. Aí ele: ‘Vamos namorar, vamos namorar... não sei o que...’ Estava aquele grupo de amigos um namorando um com outro. Aí falei para ele: ‘Você tem?’ ‘Não, não tenho.’ ‘Ah, então vai sem nada, porque eu também não tenho.’ Foi a burrice que eu fiz, foi aquilo de não usar... Eu acabei engravidando.” (Natália, 26 anos, duas filhas, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

O rapaz sabe que a criança nasceu, mas não reconheceu a paternidade, tampouco registrou a menina ou ajuda a criá-la. Ela escondeu a gravidez de seus pais, até o momento em que não conseguia mais disfarçar a barriga. Sua mãe reage negativamente e deixa de falar com a filha. Não há cogitação de aborto, mas alguns irmãos de Natália queriam que sua mãe a convencesse a dar o bebê ao nascer. Na época, Natália se achava muito nova para ter filho, mas diz que “foi se acostumando com a ideia”:

“Ah, minha filha, uma coisa minha... Eu comecei a gostar, a sentir a criança dentro de mim, essas coisas assim. Eu comecei a gostar. Eu pensava sempre assim: ‘Ela é uma sementinha que está dentro de mim, está crescendo...’ Eu sei que eu vou me prender por ser muito nova, mas já que é minha, vou criar. Se tiver que passar fome, alguma dificuldade, eu não vou dar e nem vou fazer nada. É minha. Se eu tive capacidade para fazer, vou ter que me virar em criar.” (Natália, 26 anos, duas filhas, laqueadura aos 24 anos)

Já a segunda gravidez foi intencional. Natália não queria que sua filha crescesse “sozinha”, sem um/a irmã/o. Gostaria de ter um segundo filho, para que ambas as crianças crescessem juntas. Ela então deixa de usar o contraceptivo injetável, para ter condições de engravidar. Desta vez, o parceiro era um “namoradinho”, de um relacionamento que não sabe precisar a duração. Queria engravidar, “mesmo sabendo que era errado”. Estava em questão a possibilidade de ter outro filho, e não o parceiro ou o relacionamento:

“Porque assim, não é que era com ele, é que eu queria ter outro filho. Eu queria ter outro filho e acabou sendo ele. Tanto que depois não vi mais ele, também não me importei assim de procurar, também ele não me procurou e eu hoje não sei se ele é vivo, se ele é morto, se tem mais filho...” (Natália, 26 anos, duas filhas, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

Natália buscou os caminhos institucionais para a laqueadura tubária, após atingir o número desejado de filhos.

O ideal de limitar a prole em dois filhos também guiou a busca pela esterilização no caso de Eliane – grávida pela primeira vez aos 16 anos, logo no início do relacionamento com aquele que viria a ser seu marido e parceiro atual. Eliane declara que não teve tempo “nem de pensar” em medidas contraceptivas, já que engravidou “rápido”²⁰³. Muito assustada, teve medo de contar para o parceiro sobre a gravidez, pois ainda não o conhecia bem: “Porque, até então, achava que tinha pouco tempo pra mim saber quem ele era, se ele realmente ia assumir, se ele ia fazer alguma coisa. Ou pela criança ou pelos dois, pela mãe e pela criança.” O parceiro, à época com 21 anos, reagiu positivamente à notícia, e ambos passaram a coabitar em sua casa imediatamente. Alguns anos mais tarde, o casal passa a criar o filho da irmã mais nova de Eliane, mãe aos 13 anos. Apesar de afirmar que esta criança é um filho para o casal, ela refere que “ele não saiu de dentro dela”. Ela engravidou intencionalmente de seu segundo filho biológico, para realizar a esterilização.

Este caso apresenta uma mistura do desejo de esterilização e de um segundo filho. Eliane se considerava bem adaptada à pílula anticoncepcional, não sentia efeitos colaterais, mas achava “muito chato ter que ficar tomando remédio”. Ela reconhece que, com apenas um filho, teria ainda mais dificuldades para conseguir a esterilização, método que estava decidida a obter. O marido era contrário a uma nova gravidez, mas ela deixou de usar a pílula sem que ele soubesse. Por um lado, trata-se de uma gravidez instrumental para obtenção do método definitivo de contracepção, considerado “muito mais confortável”. Como estava decidida pela esterilização, optou por “ter mais um [filho], já que não ia ter mais nenhum”. Por outro lado, era preciso completar o número idealizado de dois filhos, para concretizar sua decisão pela esterilização.

A biografia de Brenda (35 anos, seis filhos, laqueadura aos 28 anos) corresponde ao imaginário social corrente, de que a esterilização é o método preferencial para mulheres com prole ampliada. Brenda se submete à laqueadura tubária após ter tido seis filhos. Seu depoimento explicita algumas dificuldades

²⁰³ Conforme apontado nos capítulos anteriores, o recurso à contracepção frequentemente é posterior ao início dos relacionamentos afetivo-sexuais. Por vezes, uma gravidez sobrevém antes que medidas contraceptivas tenham sido providenciadas.

contraceptivas em sua trajetória, mas a entrevistada fez questão de destacar a *profecia* proferida pelos médicos que a atenderam: “O doutor falou que eu nem ia ter filho, porque meu útero era virado; bem, virado ele é até hoje, mas eu pegava [engravidava] assim mesmo (...) e tive [filho] de montão.” Uma primeira especulação, diante desta afirmativa, é que sua suposta dificuldade de engravidar, em função do “útero virado”, poderia ter contribuído para uma menor vigilância contraceptiva, no período em que se manteve fértil. Contudo, ela afirma que não entende como engravidava, pois “nunca” se esqueceu “dos remédios”, mas engravidava “mesmo assim”.

Brenda teve três parceiros sexuais até o momento da entrevista. Sua iniciação sexual foi aos 17 anos, com rapaz residente na vizinhança. O relacionamento durou seis meses; o namorado foi assassinado. Algum tempo depois ela se envolve com outro rapaz, dez anos mais velho, “muito parecido” com namorado anterior. A primeira gravidez ocorreu logo no início do relacionamento (“uns cinco ou seis meses”), apesar do uso de pílula anticoncepcional: “Eu tomava remédio tudo direitinho, todo dia, antes de dormir, tinha horário certo para tomar”. A entrevistada busca informações sobre pílula com amigas, e faz uso sem orientação de profissional de saúde. Quando descobre a gravidez, refere que não pensou em aborto e, como já trabalhava, sua mãe apenas disse que deveria “se virar para criar o filho”. Ela conta para o rapaz que estava grávida, e ele afirma que assumiria o filho. No entanto, seus irmãos não recebem bem a notícia da gravidez. Eles procuram seu parceiro para “tirar satisfações” e ameaçam matar o rapaz; ele então desaparece²⁰⁴. Na primeira gestação, Brenda recebe orientações no posto de saúde onde era assistida no pré-natal, mas afirma que não passou a fazer contracepção após o nascimento da criança, porque “ficou sozinha: “Eu não tinha relação, aí não tomava [a pílula]”.

O primeiro filho estava com quase um ano quando Brenda conheceu seu terceiro parceiro sexual (dez anos mais velho) e pai de seus outros cinco filhos; se

²⁰⁴ Esta história parece exibir a cobrança do grupo de pares da moça e reparo da honra, no sentido mais clássico da “cultura mediterrânea” (PITT-RIVERS, 1988; FONSECA, 2000). Provavelmente, a notícia da gravidez torna público que Brenda tinha vida sexual ativa. No estudo comparativo que fazem entre Brasil e França na década de 1990, Bozon e Heilborn (1996; 2001) afirmam que a sociedade brasileira é freqüentemente analisada em termos do complexo cultural mediterrâneo: há uma ênfase no valor da família e da noção de honra, traduzida por uma forte demarcação dos papéis de gênero e de controle sobre a conduta feminina. A iniciação sexual das mulheres guardaria contornos específicos no sentido de uma atitude mais tradicional em meio a alguns grupos sociais.

casaram. Ele morava na mesma comunidade. Apesar de coabitarem, a entrevistada declara que demorou muito para começarem a ter relações sexuais:

“Eu acho que fiquei traumatizada que eu engravidei (...) Porque o medo e o trauma que fiquei, porque eu fiquei grávida, demorou quase um ano para eu ter relações com ele. Ele mesmo falava: “Eu não tenho doença, não sei o que...” Ele pensava que tinha medo dele ter doença, mas não era isso, eu tinha medo de ter outro filho.” (Brenda, 35 anos, seis filhos, laqueadura aos 28 anos) (grifo nosso)

Após a passagem às relações sexuais com este parceiro, Brenda não utilizava nenhum recurso contraceptivo. Menciona que o sonho dele era ter filhos, pois seus irmãos já possuíam descendentes. Afirma que “demorou” três anos para engravidar, apesar das relações sexuais frequentes: “Ah! A gente morava sozinho, bem dizer era todo dia, de dia, de noite, direto, mas não pegou filho”²⁰⁵. Com a notícia da gravidez, o marido fica exultante. Contudo, ela fica temerosa quanto à possibilidade de passar novamente por “grande sofrimento” na hora do parto²⁰⁶. Durante o pré-natal de sua segunda gravidez, Brenda escolhe usar a pílula anticoncepcional após o nascimento da criança, mas diz que engravidou, mesmo em uso desse método. A quarta gravidez “foi pior ainda”: “meu filho estava com 4 meses, ainda amamentava... o doutor falou para mim que não pegava porque eu amamentava. Mas também não pensei em tirar”. Após o nascimento do quinto filho, Brenda adotou o contraceptivo injetável mas, novamente, não deu certo. Sua filha mais nova estava com oito meses quando ela se descobre grávida. Então decide: “Não, eu quero ligar! Aí fui lá, conversei com o doutor: ‘Eu tenho que ligar! (...) Eu que quis ligar. Porque já tinha muito filho e injeção não estava dando jeito, nem remédio”. Apesar de terem cinco filhos juntos, Brenda refere que seu marido era contrário à laqueadura, e teve que convencê-lo a “assinar o papel”²⁰⁷: “Por ele eu tinha filho até hoje! Quando a menstruação atrasa, ele fica feliz”²⁰⁸. Certamente, trata-se de um importante elemento, que contribui para que a vasectomia não tenha sido cogitada à época.

²⁰⁵ Neste estudo, o assunto sobre frequência das relações sexuais foi abordado de forma sistemática por se considerar este aspecto como relevante para compreensão das práticas contraceptivas, os contextos de engravidamento e/ou os intervalos de tempo entre as gestações. Esta informação inexistente nas duas outras investigações abordadas nos capítulos anteriores (GRAVAD e HEXCA).

²⁰⁶ A entrevista de Brenda contém narrativas de partos sempre muito difíceis; não costumava ter dilatação suficiente. O primeiro parto foi a fórceps; no segundo “o médico teve que ficar por cima e empurrar”.

²⁰⁷ A lei sobre planejamento familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996) preconiza que “Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges” (BRASIL, 1996).

²⁰⁸ Nessa entrevista, a informante traz exemplos de pessoas conhecidas, que ficaram novamente grávidas, anos depois da realização de laqueadura tubária. Em seu depoimento, ela narra sobre um atraso menstrual recente, além de “muito enjôo”, com o qual ficou preocupada quanto à possibilidade de uma nova gravidez.

É comum a suposição de que casais com alta parturição estariam mais motivados a optar pela esterilização. Contudo, Bumpass e colaboradores (2000) chamam a atenção para o fato de que a variável parturição não é a mais significativa, pois casais com poucos filhos também podem escolher a esterilização, tendo em vista o desejo de constituição de famílias pequenas. Entretanto, o tamanho das famílias também pode ser influenciado pela busca de descendentes de ambos os sexos²⁰⁹. O modelo de família com, pelo menos, um casal de filhos – o menino e a menina – parece ser hegemônico (ou dominante) no Brasil, em diferentes estratos sociais. O caso de Helena (31 anos e quatro filhos do sexo masculino) é ilustrativo: ela se submete à laqueadura, mas mantém a esperança de voltar a engravidar, e ter uma filha.

Helena estudou até o ensino médio, e afirma que está esperando seu filho caçula ficar “maiorzinho”, para entrar para a faculdade. Sua primeira relação sexual foi aos 19 anos, com parceiro 17 anos mais velho do que ela. Apesar de ter fugido de casa para ficar com o rapaz, eles começaram a ter relações sexuais somente quando passaram a coabitar²¹⁰. Não há recurso a qualquer método contraceptivo, pois o rapaz afirmava ser estéril. Entretanto, poucos meses depois, Helena se descobre grávida e entra “em pânico”: como ela poderia justificar uma gravidez, tendo em vista que o parceiro “era estéril”? O relacionamento perdura por cinco anos, com uso intermitente de coito interrompido, como contracepção. Há nova gravidez, terminada em aborto espontâneo, aos 20 anos. A entrevistada afirma que “tomou trauma e nojo” do parceiro e a frequência das relações sexuais diminuiu consideravelmente: “uma vez por semana, duas vezes no mês”. Além disso, ela sabia que o parceiro mantinha casos extraconjugais, o que contribui à repulsa em transar com ele.

Helena se separa do parceiro e migra com o filho para o Rio de Janeiro, cidade em que toda sua família de origem passara a residir. Começa a “descobrir a vida” aos 22 anos, período em que intensifica sua sociabilidade e conhece outro parceiro sexual, que marca sua trajetória. Segundo seu depoimento, este rapaz foi o

²⁰⁹ Esther e Eliane, por exemplo, ao fazerem uma avaliação sobre a decisão pela laqueadura, elencam o fato de terem conseguido “formar um casal” de filhos. Para elas, este seria um dos aspectos a reforçar que fizeram a “escolha certa”.

²¹⁰ Ela afirma: “Nós fomos para a praia, passamos 3 dias nessa primeira praia, juntos, sem nada acontecer, porque eu não conseguia. Eu tinha medo. (...) Depois desses 10 dias na praia voltamos para a casa da minha mãe. Aí ele falou: “Eu trouxe ela, e vou casar com ela. Só que ela está falando que não quer.” (...) Mas ela não sabia que eu não tinha me perdido. Ela só foi saber quando viu meu colchão cheio de sangue... sangrei feito galinha cabidela.” (Helena, 31 anos, quatro filhos, laqueadura aos 29 anos). (grifo meu).

responsável por ensiná-la a usar a camisinha; conversavam sobre os demais métodos contraceptivos e, também, acerca de “coisas sobre o sexo”. Este rapaz é identificado como “ficante”, embora o relacionamento tenha se estendido por dois anos: “Ele foi o homem que abriu a minha mente”. Ao ser indagada sobre o motivo do término do namoro, ela declara que não podia continuar, porque ele não desejava filhos, e ela queria. Aos 24 anos, a informante conhece o homem que “escolheu para ser o pai dos seus outros filhos”. Refere que demoram a namorar, porque ela não gostou dele no começo mas, após muita insistência, o moço a beija. Ela afirma:

“Foi quando vi que o negócio podia mudar de figura, era feio, mas não era tanto. Melhorou a situação, ele não era bonito, mas era bom... Eu senti que ele era para ser meu marido, que era para ser o pai dos meus filhos”. (Helena, 31 anos, quatro filhos, laqueadura aos 29 anos) (grifo nosso)

O casal inicia o namoro utilizando o preservativo masculino. Entretanto, o parceiro resistia ao uso e ela não conseguia “tomar remédio”. Ele então diz: “ah, deixa engravidar”. As relações sexuais passam a ser desprotegidas, mas sua frase, ao citar a descoberta da gravidez, indica as contradições e ambivalências presentes em alguns contextos: “Nós queríamos. Só que não era esperado. A gente não estava preparado [para aquela gravidez].” Os recursos contraceptivos utilizados entre as gestações seguintes (3ª, 4ª e 5ª) não mudaram. Eles intercalavam a camisinha com o coito interrompido: “Ele topou [a camisinha] um certo tempo, depois ficou revoltado... tinha intervalos sem nada, só botando para fora... às vezes não botava... e engravidava.” Quanto à reação do parceiro em relação às gestações, ela afirma que ele “nunca esquentou”, que fazia questão de falar que “ele estava grávido de novo”. Na sua quinta e última gravidez (4º filho), Helena tinha certeza de que, finalmente, teria uma menina. No entanto, ela se enganou. A laqueadura é realizada, a despeito de sua vontade, por pressão familiar.

Já o caso de Tatiana é distinto: ela queria ter somente um filho, justificando esta preferência pelo sofrimento vivenciado na gestação e no parto. Sua primeira gravidez ocorreu aos 19 anos; foi uma gravidez tubária. Tatiana afirma que “quase morreu”, em função da “trompa estourada”. Com este episódio, ela passa a coabitar com parceiro²¹¹ e inicia uso de anticoncepcional injetável, indicado pelo ginecologista do posto de saúde: “Porque o pessoal falava que ela era melhor, no

²¹¹ Esta é uma outra biografia em que a ocorrência da gravidez evidencia, para o grupo social, que a moça não é virgem. Assim, o desenlace em coabitação não é fortuito; ao contrário, parece indicar maior compromisso no casal (cf. CABRAL, 2002).

caso era uma vez só, que eu não ia esquecer, né.” A informante relata que usou o método por cerca de 2 anos, mas suspendeu o uso, com a intenção de engravidar. Tentou engravidar durante quase dois anos. De seu relato, pode-se depreender a cobrança familiar e do parceiro por um descendente, além de seu incômodo, por não ter mais certeza sobre sua potencialidade reprodutiva²¹²:

“Então, a gente começava, porque as pessoas falam que o sonho de um homem é ter um filho, né? Mesmo que depois ele fique louco e abandone a mulher e o filho, né? (...) Porque assim, a impressão que dá quando você tem um problema é que você é incapaz. Aí começa a cobrança da família: - Ah, quando é que vai chegar o neném? Quando isso? Quando aquilo? (...) No caso a gente conversava, depois que passaram dois anos, aí fomos tentar ter um filho.” (Tatiana, 30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos) (grifo nosso)

O intervalo de idade entre seus dois filhos é um ano e onze meses. Após o nascimento do primeiro, Tatiana voltou a utilizar o contraceptivo injetável, mas sentiu diversos efeitos colaterais. O casal passa a fazer uso do preservativo masculino. Ela não sabe “se foi a camisinha que estourou, ou se não colocou direito” e engravida novamente, sem desejar ou esperar: “Eu fiquei desesperada, você não tem noção. Eu falei: gente, vou passar isso tudo de novo que eu passei [se refere ao primeiro parto]! Foi horrível!”. Tatiana afirma que seu primeiro parto foi muito sofrido e longo, e que o médico “cortou demais”²¹³, impossibilitando-a de sentar por quase 20 dias. Afirma que quando se descobriu grávida novamente e sem querer, ela pensou imediatamente na laqueadura: “Eu não queria ter outro filho, ele queria, eu não queria, meu esposo sabe que eu queria só o primeiro.” Esta frase final permite especular sobre o possível desacordo no âmbito do casal, quanto ao número desejado de filhos. Ao terem, como opção contraceptiva, métodos que são relacionados ao ato sexual e/ou que dependem da cooperação masculina, é possível aventar a hipótese de que Tatiana tenha encontrado na laqueadura uma saída viável para gerenciar o binômio contracepção e sexualidade.

²¹² Bateman-Novaes (1985), embora analise casos de gestações interrompidas, pondera sobre a premência, em determinado momento da trajetória feminina, em dirimir uma eventual dúvida quanto à potencialidade reprodutiva. Assim, uma gravidez pode assumir / ter o sentido de um teste de fertilidade. No entanto, seu desfecho depende do “espaço social [possível] para a procriação” Bateman-Novaes (1985). Cf. Luker, 1975.

²¹³ A prática da episiotomia é remanescente de um modelo obstétrico de assistência ao parto, hegemônico na década de 1970. Em 1989, a Colaboração do Grupo de Gravidez e Parto publicou uma exaustiva revisão dos procedimentos obstétricos e, em 1993, publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos publicados sobre o tema, desde 1950, acerca de 275 práticas de assistência perinatal, classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Embora já se tenha comprovado que a prática rotineira da episiotomia não constitui um bom exercício da obstetrícia, a maioria dos obstetras, inclusive aqueles responsáveis pelo ensino médico, não abandonam esta técnica. No Brasil esta prática ainda é muito frequente, ocorrendo em 70% dos partos normais (percentual revelado pela PNDS 2006 – MS, 2008). Estas informações foram obtidas em comunicação oral de Simone Grilo Diniz, professora doutora do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública, especialista na área dos estudos sobre atenção ao parto.

4.3.3 Aborto e laqueadura

A hipótese de que a esterilização consista em uma solução contraceptiva, sobretudo em contexto de dificuldades contraceptivas (de diversas ordens) e de ilegalidade do aborto parece-me sólida. O debate sobre a ampla difusão da laqueadura tubária no Brasil insiste que a ausência de políticas públicas, que permitissem o acesso aos métodos contraceptivos reversíveis, constitui um dos elementos cruciais para a compreensão das elevadas taxas de laqueadura no contexto nacional (FARIA, 1989; SCAVONE; 1999). O restrito leque de alternativas contraceptivas teria como consequência que restassem “o aborto, a laqueadura, a farmácia, e as gravidezes não desejadas” como formas de gestão da fecundidade, entre os menos favorecidos economicamente (FARIA, 1989 apud CAETANO, 2010).

Inicialmente, a prática da esterilização dissemina-se entre os grupos economicamente privilegiados; posteriormente, passou a se generalizar pela população e, por certo tempo, prevaleceu entre mulheres de padrão socioeconômico mais baixo (PIROTTA; SCHOR, 1998)²¹⁴. Contudo, dados recentes da última PNDS realizada no Brasil revelam uma relativa homogeneização do acesso à laqueadura, bem como uma tendência desigual de ampliação do uso de outros métodos, considerando-se a escolaridade enquanto variável *proxi* de condição socioeconômica (PERPÉTUO; WONG, 2009). Em comparação com os dados da PNDS de 1996, as autoras afirmam que a posição econômica tinha uma relação positiva com a esterilização, enquanto a escolaridade apresentava uma relação negativa. Na PNDS de 2006, “os coeficientes de ambas as variáveis perderam significância estatística, indicando que, quando controlada a influência da idade, parturição, região e situação de residência, os fatores renda e escolaridade não estão associados à esterilização” (PERPÉTUO; WONG, 2009, p. 96). Isto significa que a esterilização feminina deixa de ser apanágio dos grupos menos favorecidos

²¹⁴ A esse respeito, Pirotta e Schor (1998) se apóiam nas concepções de Bourdieu (1979), sobre gostos e estilos de classe. Nas palavras das autoras: “os grupos sociais estão constantemente imersos em um processo de luta social que se manifesta através da esfera simbólica. Deste modo, os comportamentos, o gosto, as escolhas são reflexos de um complexo sistema de apropriação simbólica que marcam a diferenciação sociocultural” (PIROTTA; SCHOR, 1998, p. 135).

economicamente, estando disseminada por todos os estratos sociais. Segundo as autoras:

Na análise ajustada, a posição socioeconômica — medida em termos de classe e/ou de educação — não influenciava a probabilidade de esterilização feminina entre mulheres entrevistadas em 2006. A maior prevalência e as maiores taxas específicas de esterilização nas classes mais baixas de renda e educação são resultado de um efeito de composição destes grupos, da maior participação relativa de mulheres residentes nas regiões menos desenvolvidas, com maior idade e parturição, fatores explicativos importantes da probabilidade de esterilização. (PERPÉTUO; WONG, 2009, p. 96).

A interrupção voluntária da gravidez, embora ilegal no país, também é praticada com frequência, ainda que em condições muito diversas, de acordo com o contexto social. Algumas estimativas apontam uma razão de 2,07 abortos por 100 mulheres de 15 a 49 anos, segundo levantamento feito para o ano de 2005 (MONTEIRO; ADESSE, 2007). A magnitude do aborto e das esterilizações conduziu às argumentações de renomados demógrafos – George Martine (1996) e Elza Berquó (1993), respectivamente – em torno da relevância de tais fatores, sobre a redução da taxa de fecundidade do país.

Em estudo realizado por Vieira (1999) junto a mulheres de baixa renda, residentes na periferia da região metropolitana de São Paulo, sobre as atitudes em relação ao aborto e ao uso de métodos anticoncepcionais, a autora indica que as entrevistadas em uso de métodos mais “eficazes”, como a esterilização, apresentavam opiniões mais desfavoráveis sobre o aborto. Mais ainda, os resultados de sua pesquisa indicavam uma associação entre a tendência para submeter-se à esterilização em idades mais jovem e atitudes mais negativas em relação ao aborto²¹⁵.

Em certo sentido, Bumpass et al. (2000) também constróem um argumento semelhante ao de Vieira (1999), com uma inversão dos termos da proposição. Ainda que estes autores se remetam ao contexto norte-americano, no qual o aborto é legalizado, eles especulam se mulheres com experiência de interrupção voluntária da gravidez estariam menos propensas à esterilização. Esta atitude poderia refletir

²¹⁵ Outro resultado a ser sublinhado diz respeito à maior proporção de declarações sobre efeitos colaterais causados pelo uso da pílula, entre as mulheres esterilizadas, do que dentre as que estavam utilizando anticoncepcional oral, no momento da pesquisa (VIEIRA, 1999). Segundo a autora, eficácia e inocuidade do método são os principais atributos que influenciam as escolhas contraceptivas femininas (VIEIRA, 1999, p. 746).

uma experiência pessoal, em que o aborto é considerado como uma opção viável, diante de uma gravidez não prevista²¹⁶.

Considerando-se todas as ponderações metodológicas, bem como possíveis vieses de seleção, ao contrapor os resultados aportados pelo presente estudo com mulheres esterilizadas, e os descritos no capítulo anterior, com mulheres que praticaram pelo menos um aborto na trajetória, desenvolvo um exercício comparativo. Entre as informantes da pesquisa HEXCA (cf. capítulo três), apenas uma havia realizado a laqueadura tubária até aquele momento. Já entre as entrevistadas neste estudo sobre esterilização, apenas uma declarou ter provocado um aborto. Entretanto, se o aborto for considerado não somente em sua dimensão efetiva, mas em termos de cogitação ou tentativa, é possível afirmar que ele integra as trajetórias de muitas mulheres que realizam a laqueadura tubária.

A proposição de considerar pelo menos quatro tipos de experiências frente ao aborto, a saber, a cogitação do aborto, a tentativa de concretização, sua realização e a exclusão da possibilidade de interromper a gestação, foi formulada por Peres (2003) em seu estudo sobre circunstâncias reprodutivas e aborto, realizado junto a jovens com experiência de gravidez²¹⁷. Esta mirada integra tanto a possibilidade da interrupção da gravidez quanto sua concretização, ótica que se distingue de uma visão dicotômica, entre ter ou não efetuado aborto. A autora constata que somente uma minoria de jovens nunca pensou em abortar. Além disso, a proposição de Peres (2003) permite evidenciar as tentativas de aborto que não obtiveram êxito. Portanto, há uma sucessão de decisões, que surgem a partir da constatação de uma gravidez não prevista, tais como cogitação de abortar, tentativas efetuadas, realização e exclusão do aborto como possibilidade.

Dentre as quinze mulheres entrevistadas, sete pensaram ou tentaram fazer aborto, e uma conseguiu efetivá-lo. Apresento um exemplo de cada modalidade de experiência vivida.

Aborto como possibilidade (cogitação)

²¹⁶ Bumpass et al. (2000) argumentam que os níveis de gravidez indesejada poderiam ser ainda maiores (e os de abortos provocados), se não fosse o alto nível de proteção contraceptiva conferido pela esterilização naquele país, cujos percentuais também são elevados (cf. capítulo 1 desta tese, para dados comparativos de prevalência de esterilização segundo países e/ou regiões do mundo).

²¹⁷ A tese de doutorado de Peres (2003) foi desenvolvida a partir de material qualitativo da pesquisa Gravada: 123 entrevistas individuais com moças e rapazes, com e sem experiência de gravidez na trajetória.

Esther tem dois filhos. Sua segunda gravidez ocorre quando se preparava para voltar ao mercado de trabalho, e buscava suspender a amamentação do primeiro filho. Ela interrompe a medicação anticoncepcional específica para o período de amamentação, e mantém relações sexuais com marido. Como ainda não havia voltado a menstruar regularmente, Esther ainda se considerava protegida pelo método²¹⁸. Uma segunda gravidez imediatamente sobrevém:

“Quando ele [filho] estava com 5 para 6 meses, eu decidi voltar a trabalhar, então falei: ‘vou ver se começo a tomar outra medicação, vou ver se volto a tomar injeção’. Porque eu preferia tomar injeção porque era mais cômodo. A médica disse que, quando parasse de amamentar ele, eu poderia voltar à injeção. Esse período foi batata... Parei de tomar remédio e continuei tendo relação às vezes com o meu marido achando que: “Ah, estou tomando muito tempo esse remédio está no sangue ainda, não engravida. É, eu fiquei assim, nem me preocupei. Achei que: Ah, no mês seguinte eu ia começar a tomar injeção continuei tendo relação normalmente. Aí nesse período eu não menstruei e aí eu engravidei. Foi tão rápido eu nem esperava. (...) Eu fiquei doida. E quando fiz o teste de urina, que apareceu aqueles dois riscos, comecei a chorar.” (Esther, 27 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

Esther afirma que a possibilidade do aborto esteve presente quando se descobriu grávida, mas não teve coragem de tentar. Considera que houve um “descuido” seu, que não teria “acontecido se tivesse usado camisinha...” O marido, também surpreendido pela notícia da segunda gravidez, afirma que a apoiaria em qualquer decisão, de manter ou interromper a gestação. Ela reiterou: “Não tive coragem”. Esther chegou a fazer uma ultrassonografia transvaginal no início da gravidez, o que suplantou por completo a ambivalência quanto ao desfecho da gestação. O processo de decisão pela laqueadura emerge justamente neste contexto do inesperado:

“Como que eu vou fazer com duas crianças? O [filho] vai estar bebezinho, com um aninho e eu vou estar com outro recém-nascido”. Aí foi quando eu falei: “Eu vou ter e vou ligar, porque não quero mais também”. Porque veio um atrás do outro...” (Esther, 27 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos)

Tentativa de interrupção da gravidez

A primeira gravidez de Bia aconteceu aos 14 anos, em um namoro que já se estendia por mais de um ano, com rapaz três anos mais velho. Declara que ficou quase um ano tendo relações sexuais com este namorado, até a gravidez “acontecer”, mas “sem pensar que poderia ficar grávida”. Ela começa a sentir enjões

²¹⁸ Pode-se especular se o fato de não ter menstruado contribuiria para sua percepção de ainda estar contracepivamente protegida, como se houvesse uma impregnação no corpo pelo medicamento. Essa hipótese de “impregnação no corpo pelo medicamento” foi sugerida por Elaine Brandão, no âmbito de outro estudo sobre contracepção e saúde reprodutiva, com nossa participação, nos anos 2005-2006.

e sua mãe desconfia da gravidez da filha. Confirmada a gravidez, Bia refere que “ficou contente” e contou ao rapaz, que afirma que “sustentaria” a criança. Ela se afasta do parceiro quando estava com 4 ou 5 meses de gestação, pois ele “não queria compromisso”. Menciona que, à época, várias pessoas a aconselharam a interromper a gravidez, pois estava “muito nova”. Ela chegou a ingerir chás e comprimidos, mas não consegue lembrar as características dos mesmos:

“Eu até tomei um chá. Me mandaram fazer um chá forte, eu fiz... Mandaram pegar coca-cola e tomar com comprimido. Aí peguei e tomei um comprimido... Era dois comprimidos, eu tomei um. Era a tal da coca fervendo. Aí eu tomei. [Por que?] Porque uma colega que eu tenho falava: “Toma, toma que dá certo. Toma que tu é muito nova.” Aí eu tomei. Ela falou que tinha que ser dentro de casa, quente. Mas nada aconteceu. (...) Dentro de mim eu não queria tirar mesmo.” (Bia, 31 anos, quatro filhos, laqueadura aos 21 anos)

Ela volta a ter relações sexuais quando o primeiro filho estava com dois anos de idade. Namorava o mesmo rapaz há dois anos, quando ocorre a segunda gravidez. Neste relacionamento, o casal não se preocupa com contracepção. Com a notícia da gravidez, a mãe do rapaz alugou uma casa, para ambos coabitarem. A terceira gravidez ocorre quando ainda estava “de resguardo” do segundo filho²¹⁹:

“Quando eu descobri estava com 4 meses, e eu não sabia. Porque estava levando o bebê no médico, que ele já estava com 5 meses. A mulher que dá de mamar demora a menstruação vir, essas coisas. Aí eu fui no médico levar ele. Quando eu chego lá sozinha, também estava passando mal, comecei a vomitar... e a sentir enjoão, aí eu fui e falei: ‘Eu estou grávida’. (...) Para mim foi aquele impacto. Porque quando o outro fez um ano chega esse outro.” (Bia, 31 anos, quatro filhos, laqueadura aos 21 anos)

Apesar do impacto, Bia afirma que não cogitou o aborto desta vez. Entre a terceira e a quarta gestação, ela começou “a tomar remédio”, por conta própria. Em determinado momento ela deixa de tomar a pílula porque era “chato”, e achava que não engravidaria, pois já usava o método por um ano. Ao mesmo tempo, afirma sentir vergonha da menstruação e preferir engravidar a menstruar. Engravidar; pensa em fazer aborto, e tenta, com chás. Em seguida, se arrepende da tentativa e passa a ter muito medo de ter provocado algo ruim ao bebê. A transcrição de seu relato contém sua reação ao saber da gravidez:

“Quando eu engravidei da Margarida, queria tirar sim. Eu chorava, chorei muito quando fiquei sabendo que estava grávida outra vez. Aí eu pensava que ia passar por tudo de novo, ir para o médico, ser cortada de novo. Sentia aquela injeção na espinha. Eu já chorava, não de engravidar. Mas pensava no parto, de depender dos outros (...) quando eu pensava que tinha que ir de novo, para ganhar e vir toda

²¹⁹ Bia afirma que fez pré-natal em todas as suas gestações. Pergunto se os profissionais de saúde conversaram com ela, em algum momento, sobre métodos para evitar filho. Ela responde: “Não. Era só aquela coisa de medir a barriga, de ver o peso dele... E vê como que está o coração. Só isso”.

cortada. Aí eu chorava.” (Bia, 31 anos, quatro filhos, laqueadura aos 21 anos) (grifo nosso)

A tentativa de aborto foi efetuada por uso de diversos chás. Passa a aceitar a gravidez ao descobrir que, finalmente, teria uma filha. A partir de então inicia-se um novo tormento: o medo de que a menina tivesse algum problema, em decorrência das tentativas de interrupção da gravidez.

Realização do aborto

O único caso de aborto provocado no material empírico examinado neste capítulo é o de Daniele. A primeira gravidez ocorre aos 16 anos, levada adiante com apoio da mãe. Durante o pré-natal de seu primeiro filho, ela foi orientada a escolher um método contraceptivo, para usar após o nascimento do bebê. Afirma que escolheu a pílula, por considerá-la como o método “mais fácil”. No começo sentia enjoos, mas se acostumou e prosseguiu utilizando o anticoncepcional, apesar de não ter parceiro fixo. Quando seu filho tinha quase um ano, ela volta a “sair de casa”, para bailes e festas. Conhece o parceiro que viria a ser o pai de seus outros três filhos. Fazia o uso da pílula, mas afirma: “tomava um dia sim, e dois não... às vezes eu até lembrava de tomar, mas estava deitada, não estava a fim de levantar, e pensava ‘amanhã eu tomo’. E nesse de amanhã eu tomo, me ferrei.”

Daniele fica grávida pela segunda vez, e decide interromper a gestação. Pondera que ainda estava no início do namoro com o rapaz (somente três meses), seu primeiro filho era muito pequeno e ela morava na casa da mãe. O rapaz se opõe ao aborto, mas Daniele, que fazia alguns biscates com o irmão, juntou dinheiro e comprou o misoprostol²²⁰. Conseguiu o medicamento com um colega que trabalha em farmácia: “Eu tomei um e coloquei o outro”. Sua mãe também era contrária à interrupção da gravidez, mas “ela nem soube, só foi saber depois, quando foi ver eu já tinha tomado [o remédio]”. Em sua avaliação sobre o aborto, Daniele fornece elementos relevantes na configuração do cenário em que construiu sua decisão:

“Eu não me arrependo. Se eu tivesse que fazer de novo não faria, mas não me arrependo. No momento eu achei que aquilo era melhor opção, porque aquela coisa muito incerta, eu não sabia se a gente ia ficar junto, se realmente ele queria alguma coisa séria, eu pensava: ‘mais um sem pai de novo, eu não vou ficar’. Por isso que eu

²²⁰ Cytotec® é o nome comercial e conhecido pelas mulheres, do medicamento misoprostol; tem indicação médica no tratamento de úlceras gástricas e duodenais. A droga tem propriedades abortivas e é contra-indicada para uso durante a gravidez (cf. BARBOSA; ARILHA, 1993).

não me arrependo, mas hoje em dia se eu engravidasse eu não faria.” (Daniele, 27 anos, quatro filhos, laqueadura aos 22 anos) (grifo nosso)

Os contextos em que uma decisão por interromper uma gravidez é construída são diversos. Bateman-Novaes (1985) chama atenção para o fato de que o desfecho de uma gestação, muitas vezes, depende do enquadramento social em que ocorre, pois implica uma negociação com as pessoas envolvidas na gravidez e na ponderação em torno da situação de acolhimento da criança. Nas palavras da autora:

A mulher que aborta testemunha a ausência de um espaço social balizado, em dado momento da vida, em que se pode acolher um nascimento. A confrontação com uma manifestação inesperada das capacidades procriativas de seu corpo a leva a lidar/perceber que ‘dar a vida’ não é um simples processo biológico, mas um processo social complexo onde se deve poder traçar as fronteiras, construir as relações, para poder fazer face à e dar sentido a uma pessoa humana. Sua decisão a remete para uma posição ética muito diferente daquela que põe a vida como valor absoluto: ela remete à uma concepção de procriação como engajamento e como responsabilidade que uma mulher nem sempre encontra as circunstâncias e os meios de assumir. (BATEMAN-NOVAES, 1985, p. 95).

Exclusão da possibilidade do aborto

Assim como há várias dimensões envolvidas na possibilidade do aborto, também se apresentam distintos níveis de implicação, em torno de sua rejeição. Em artigo do final da década de 70, Bateman-Novaes (1979-1980) sintetizava do seguinte modo a polaridade presente nos debates acerca da interrupção da gravidez:

No debate sobre aborto há uma confrontação entre dois tipos de discursos éticos, dois sistemas de valores em relação ao nascimento. Um defende o direito do feto à vida e define todo aborto como um crime. Outro sustenta o direito da mulher à dispor de seu próprio corpo e apresenta o aborto como forma de assegurar a autonomia reprodutiva da mulher. Em torno destas duas posições se desenvolvem as discussões – científicas e morais - sobre a vida e o momento em que ela começa. (...) Para os que defendem o direito do feto à vida, a maternidade é algo sagrado, intocável: a mulher, lugar de um evento biológico, não tem o direito de intervir em um processo que a transcende... (BATEMAN-NOVAES, 1979-1980, p 219).

Subjacente a tais sistemas de valores, seja numa ou noutra posição, há diversos aspectos implicados, como representações sobre família, valor da criança para o grupo, aspirações em torno da maternidade/paternidade, projetos de vida (escolar, profissional, conjugal, etc.). Enfim, trata-se de um amplo leque de questões que conformam o desfecho de uma gravidez. O exame das trajetórias de mulheres esterilizadas e que, diante de uma gravidez, não pensaram, não tentaram ou não

fizeram um aborto indica a possibilidade de diferentes caminhos interpretativos, o que supera os limites desta tese.

Opto, então, por deixar assinalados alguns casos, que parecem ser mais frequentes neste enredo. É possível não haver uma cogitação do aborto quando a gravidez foi 'planejada' e/ou 'desejada': não há dúvidas ou ambivalências, a princípio, quanto ao desfecho, e a ideia e a possibilidade do aborto não se apresentam²²¹.

Considerando-se as situações de gravidez inesperada e total recusa do aborto, a resposta inicial da mulher, em face da indagação se ela ou alguém pensou em aborto quando a gravidez foi constatada, constitui uma pista interpretativa. Cabe ressaltar que, por vezes, esta pergunta não chegava a ser formulada, pois na narrativa em resposta à questão "como soube que estava grávida" e/ou "como reagiu à notícia da gravidez", imediatamente surgiam certas expressões como "porque filho, eu não tiro mesmo" ou "já que veio, tenho que assumir".

Os posicionamentos dos sujeitos diante de temas sensíveis, que tangenciam questões morais, usualmente exigem uma justificação. Nesse sentido, o aborto demanda uma construção argumentativa, seja em prol de sua realização ou sobre a recusa do procedimento. Não se pretende, no âmbito deste estudo, examinar as "posições" dos sujeitos em relação ao aborto (PERES, 2003). Contudo, cabe a observação de que as informantes, que declararam que a interrupção da gravidez não constituía uma possibilidade, arrolavam argumentos centrados na ideia do aborto como antítese à vida:

"Eu não queria tirar, porque nunca tirei filho. Nunca, nunca. Nenhum deles. Todos que eu tive, nasceu. Eu sou contra aborto, nunca tirei filho nenhum. Essa parte eu posso ter... Agora eu não faço mais nada, eu fiz muita coisa errada, mas o filho eu não tive coragem de tirar nunca." (Nicole, 35 anos, cinco filhos, laqueadura aos 28 anos)

"Porque aí no caso era um crime, porque é uma vida. A partir do momento que já tá dentro de mim é uma vida. (...) e porque se ele [marido] tava perto no primeiro, não ia me largar no segundo. [Não pensou em tirar?] Não! Deus me livre." (Tatiana, 30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos)

A situação de ilegalidade do aborto no país enseja contextos muito desiguais para sua realização. Os dados da pesquisa HEXCA indicam conjunturas muito diferentes, segundo a inserção econômico-social dos sujeitos, em que ele é

²²¹ Embora pareça óbvia a exclusão da possibilidade do aborto em contextos de gestação inicialmente planejada ou desejada, cabe mencionar que esta situação pode ser alterada ao longo de uma gravidez. Por exemplo, dentre as mulheres entrevistadas na pesquisa HEXCA, houve um episódio de gravidez "desejada" que foi voluntariamente interrompida em função da morte abrupta do parceiro.

praticado. As descrições oferecidas pelos jovens de camadas populares estão remetidas à realidade de escassez em que vivem. Eles contam com dificuldades para conseguir os meios para abortar, recorrendo mais a métodos inseguros. As narrativas dos jovens dos segmentos médios se referem a situações de realização de aborto que podem ser classificadas como “assépticas”, em clínicas, com alguma segurança, ainda que clandestinas. Tal recurso enseja contextos em que não ficam “sinais aparentes” da interrupção da gravidez, isto é, geralmente não se vê o produto da concepção que é expulso no abortamento. De forma muito diferente, as informantes de camadas populares utilizam uma multiplicidade de métodos, que inclui não apenas o recurso a clínicas clandestinas, como também medicamentos, beberagens e instrumentos perfurocortantes. Não raro, as narrativas deste grupo mencionam a visão do “produto” do aborto (“saiu uma bolinha”; “ia ser menino”) (HEILBORN et al., 2010). E o medo de que algo dê errado, acarretando o nascimento de uma criança “com problemas”, constitui mais um aspecto a ser considerado na conjuntura de exclusão do aborto enquanto possibilidade:

“[Pensou em aborto?] Não, porque já duas pessoas que falaram pra mim que fez e não deu certo. E a criança nasceu com problema... a de uma amiga... nasceu com o corpinho bem torto, não anda, e a outra, no caso, é doente mental. Elas ficaram escondendo da família, tentando tirar e não conseguiu. Foi mais de uma vez que usaram o remédio e deu no que deu. Então eu já tinha esse medo, né? Em nenhum momento cheguei a pensar [no aborto] porque já tinha esse negócio na cabeça, não cheguei nem a pensar.” (Eliane, 26 anos, dois filhos, laqueadura aos 23 anos)

* * *

Os elementos descritos das trajetórias sexual e reprodutiva das informantes podem ser visualizados de forma sintética nos quadros dois e três, apresentados a seguir.

Quadro 7: Iniciação sexual, gestações e esterilização, segundo idade, nas trajetórias das mulheres entrevistadas

Nome	Idade (em anos)																	Total gestações	
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29
Bia										/	/	/	/	/	/	/	/	/	4
Nicole																	/	/	5
Natália													/	/	/	/	/	/	2
Daniele											/	/	/	/	/	/	/	/	5
Núbia										/	/	/	/	/	/	/	/	/	4
Cristina				*				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3
Betânia																/	/	/	3
Brenda																/	/	/	6
Eliane												/	/	/	/	/	/	/	2
Neili																		/	3
Tatiana															/	/	/	/	3
Flávia*				*												/	/	/	3 + ?
Helena										*							/	/	5
Magnólia															/	/	/	/	2
Esther													/	/	/	/	/	/	2

Nota (*): Entrevistada com diversas gestações que resultaram em abortos espontâneos, sendo o primeiro aos 15 anos.

LEGENDA:

 iniciação sexual

 aborto provocado

 filho

 gravidez tubária

 aborto espontâneo

 esterilização

Quadro 8: Elementos da trajetória sexual e reprodutiva das mulheres entrevistadas

Nome	Idade à época	Nº de gestaç.	Nº filhos tidos	Abortos	Cogita ou tenta aborto	Idade iniciaç. sexual (IS)	Nº parc. sexuais	Idade 1ª gvdz (G1)	idade ao 1º filho (F1)	Idade na Laq.	Anos entre IS e G1	Anos entre IS e Laq.	Esteriliz. no parto
Bia	31	4	4	não	sim	12	3	14	15	21	2	9	sim
Nicole	35	5	5	não	não	15	5	19	20	28	4	13	não
Natália	26	2	2	não	não	15	5	16	16	24	1	9	não
Daniele	27	5	4	provoc.	sim	14	mín. 4	16	16	22	2	8	sim
Núbia	25	4	4	não	sim	15	2	15	16	21	0	6	sim
Cristina	31	3	2	espont.	sim	15	6	17	17	19	2	4	sim
Betânia	33	3	3	não	sim	15	2	18	18	27	3	12	sim
Brenda	35	6	6	não	não	17	3	18	18	28	1	11	sim
Eliane	26	2	2	não	não	13	4	16	16	23	3	10	não
Neili	32	3	3	não	sim	16	mín. 4	18	18	29	2	13	sim
Tatiana	30	3	2	espont.	não	16	não sabe	19	24	26	3	10	sim
Flávia	28	várias	2	vários espont	sim	13	"muitos"	15/16	25	27	2/3	14	sim
Helena	31	5	4	espont.	não	19	8	19	19	29	0	10	sim
Magnólia	30	2	2	não	não	18	7	23	23	26	5	8	sim
Esther	27	2	2	não	sim	16	mín. 5	23	23	24	7	8	sim

4.4 Cenários na “escolha” da laqueadura

Neste capítulo venho apresentando alguns elementos que compõem os cenários nos quais a esterilização é realizada. O material empírico reunido nesta seção ilustra somente uma parcela do conjunto, que contém distintas experiências e possíveis percursos contraceptivos. O encerramento da potencialidade reprodutiva se apresenta em biografias com iniciação sexual precoce, mediana ou tardia; o primeiro filho (e/ou os subsequentes) tanto pode ter sido gerado de forma inesperada como planejada. Algumas narrativas ilustram trajetórias com boa adaptação aos métodos contraceptivos reversíveis, enquanto outras apresentam uma dimensão de dificuldades quanto a contracepção para as mulheres. Também é possível que se tenha atingido o número idealizado de filhos, ficado aquém ou, ainda, ter tido mais filhos do que se imaginara inicialmente. Enfim, há diversas nuances, que podem ser depreendidas a partir das biografias destas mulheres, cujo traço comum é a esterilização antes dos 30 anos.

Essa questão também pode ser abordada sob outra perspectiva: pela definição deste grupo pelo prisma do não adiamento da reprodução, debate presente na literatura que enfoca juventude e sexualidade. Assim, trata-se de mulheres que escapam ao modelo contemporâneo de “prolongamento da juventude” (GALLAND, 1995; 2009), apanágio de determinados segmentos sociais, que está presente nas representações sociais acerca de um ideal de juventude, como se sob esta designação houvesse um grupo social homogêneo²²².

O exame das taxas de fecundidade específicas por idade mostra que não se tem presenciado, no Brasil, um deslocamento do início das carreiras reprodutivas

²²² A literatura sobre “prolongamento da juventude” (GALLAND, 1995; 2009) é oriunda de estudos sociológicos e antropológicos sobre modos de passagem para a vida adulta. Eles buscam um entendimento sobre o fenômeno presente em países industrializados, de retardamento da saída da casa dos pais e adiamento da vida conjugal e reprodutiva (CICHELLI, 2001; GALLAND, 2009; PAIS, 1993; PAIS, 1998), ao mesmo tempo em que é possível desfrutar de relativa autonomia no exercício da vida íntima. Nesta perspectiva, a juventude torna-se uma etapa de preparação para a vida adulta, na qual as expectativas sociais depositadas sobre os jovens concernem à escolarização e profissionalização, e conseqüente adiamento da conjugalidade e reprodução. O termo “jeunesse sexuelle” (BAJOS; BOZON, 2008) salienta esta dimensão, em que o exercício da sexualidade torna-se possível fora dos marcos da conjugalidade e tampouco implica reprodução. Em contrapartida, a passagem para a vida adulta pode ocorrer de forma condensada. Esta forma de transição seria mais característica de grupos menos favorecidos socialmente. O evento reprodutivo, sobretudo com o nascimento de um/a filho/a, representaria um dos elementos centrais de passagem para a (ou consecução da) identidade ou *status* de adulto, tanto para

para faixas etárias de 25-29 anos ou acima, a exemplo do que vem ocorrendo em países desenvolvidos (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005; PSION, 2009; 2010). A norma contraceptiva francesa, utilizada no âmbito desta tese como contraponto para iluminar as especificidades brasileiras, remete para a programação dos nascimentos naquela sociedade, em um tempo socialmente prescrito. Na França, esta fase compreende uma média de quinze anos da vida da mulher, circunscrita entre 25 e 40 anos. No entanto, o tempo que as mulheres permanecem férteis é quase o dobro. Em tal contexto, quando uma gravidez ocorre fora destes marcos sociais, o recurso ao aborto consiste em uma possibilidade de retorno à ‘normalidade’ e adequação à “norma contraceptiva/procriativa”, principalmente se a gestação acontece no início ou no término do ciclo reprodutivo (BAJOS, FERRAND, HASSOUN, 2002; BAJOS; FERRAND, 2006; BATEMAN-NOVAES, 1979-1980; 1982a; 1985; SIHVO et al., 2003)²²³. No Brasil, o recurso a um método permanente de contracepção em idade relativamente “precoce” pode ser indício de uma busca pela estabilização da trajetória contraceptiva e reprodutiva, especialmente quando a mulher não deseja mais filhos. Não é possível aqui argumentar sobre o tempo médio de permanência da fertilidade das mulheres no Brasil, pois tal assertiva demandaria análises específicas, que escapam aos objetivos desta tese. No entanto, pode-se afirmar que o uso da esterilização também comprime o período de tempo disponível para a reprodução. Assim, os intervalos entre tais eventos, num contexto ou noutro, ainda que em função de conjunturas distintas, provavelmente são semelhantes²²⁴.

A concepção de que esterilização é realizada de modo voluntário, configurando-se como uma “escolha” é preeminente na literatura (CARVALHO, 2007; LUIZ; CITELI, 2000; MILLER et al., 1991; PIROTTA; SCHOR, 1999; SCHOEN, 2005; WALSH, 1996). Contudo, conforme mencionado anteriormente, a

moças quanto para rapazes (AQUINO et al., 2006; CABRAL, 2002; HEILBORN; CABRAL, 2006b).

²²³ No contexto francês, a estabilização da carreira reprodutiva é alcançada com o uso do DIU. Pode-se especular se a idade mais avançada com que geralmente se atinge o número de filhos desejados, comparativamente ao contexto brasileiro, reduziria a percepção da necessidade de esterilização. Este argumento está presente em Bumpass et al. (2000): mulheres mais velhas (final dos 30 anos, início dos 40) podem considerar a esterilização desnecessária, uma vez que elas estariam se aproximando da menopausa, e o ganho potencial com este procedimento seria descartado, em função do tempo restante de fecundidade. Para os autores, este fato seria um dos elementos a justificar a maior prevalência de esterilização em idades mais jovens.

²²⁴ O quadro três, sobre perfil reprodutivo das informantes, contém uma variável com o intervalo de tempo entre a iniciação sexual e a esterilização, e outra com o número de anos entre a idade na iniciação sexual e primeira gravidez. Carvalho e Schor (2005) utilizam a expressão “anos disponíveis à reprodução” para fazer referência ao intervalo de tempo compreendido entre a iniciação sexual e a esterilização das mulheres entrevistadas em seu estudo.

noção de “escolha” pode estar entremeadada por diversos significados. Outro elemento corrente consiste na suposição de que a esterilização comporta uma tomada de decisão efetuada pelos casais. Bumpass et al. (2000) indicam que muitos estudos assumem um modelo decisório em torno da esterilização “em dois estágios”, em que primeiramente, os casais optariam pela esterilização para, em seguida, negociar acerca de qual dos parceiros deverá ser esterilizado. Ao focar o contexto norte-americano, os autores ressaltam que tais investigações comportam certo viés, na medida em que, frequentemente, se baseiam em amostras de casais que buscam clínicas especializadas para obtenção do procedimento²²⁵. Eles argumentam que o processo de decisão pela esterilização pode ser de apenas um dos parceiros (BUMPASS et al., 2000). Descrevem, por exemplo, uma situação hipotética, em que uma mulher pode considerar que seu marido jamais faria a vasectomia. A partir de então, a decisão se centraria na seguinte questão: se ela deve ou não efetuar a laqueadura.

Outra possibilidade é a de um dos membros sentir-se mais compelido a prevenir futuras gestações. Os autores consideram que uma das razões factíveis para compreender as maiores proporções de esterilização feminina²²⁶ é a ausência do processo em dois estágios, no contexto de conjugalidade: elas poderiam assumir que não querem mais filhos, não considerando sequer os benefícios e/ou custos da vasectomia (BUMPASS et al., 2000, p. 12). Eles ressaltam a relevância de uma avaliação em torno da percepção das expectativas de gênero e do desequilíbrio na divisão do trabalho reprodutivo entre homens e mulheres. O fato de a gravidez ocorrer no corpo feminino e dos cuidados com a prole constituírem encargo das mulheres propicia um contexto sociocultural que engendraria maior “interesse” feminino na prevenção de gestações não desejadas (LUKER, 1975; OUDSHOORN, 2003).

Na PNDS 2006 (MS, 2008), respondida somente por mulheres, é indagado o motivo mais importante que fez com que ela e/ou o parceiro decidisse pela esterilização. Como resposta, ¼ das informantes declarou que a esterilização foi efetuada por recomendação médica²²⁷; mais da metade (55%) citou a preferência

²²⁵ Cf. os trabalhos de Miller, Shain, Pasta (1991) e Mumford (1983), por exemplo.

²²⁶ Nos Estados Unidos, há uma inversão ao longo das últimas décadas nas prevalências de vasectomia e laqueadura tubária: nos anos 1970, a esterilização masculina era mais frequente; atualmente há predomínio da esterilização feminina (JOHNSON, 1983; MILLER et al., 1991; MUMFORD, 1983; BUMPASS et al. 2000).

²²⁷ Problemas na última gravidez ou de saúde figuram como as principais razões de recomendação médica para a esterilização.

por se tratar de um método definitivo de contracepção; 8% referiu o fato de ser um método com “menos efeitos colaterais” ou “mais fácil de usar” (dados não apresentados). Além disso, a pesquisa contém informações sobre a decisão de qual membro do casal deveria fazer a esterilização (neste item, apenas uma resposta era possível): em primeiro lugar, consta a decisão da própria mulher (36%), seguida de “recomendação do médico” (21%). “Facilidade de fazer a cirurgia” (11%), “companheiro se recusou a fazer a cirurgia” (8%), “companheiro não queria filhos” (6%) também são mencionados²²⁸.

O recurso a materiais etnográficos permite aceder a uma heterogeneidade de situações e de nuances em que a esterilização é realizada. Neste item, me detenho ao contexto relacional em que tal procedimento foi executado e os processos de construção da decisão. A maioria das mulheres do universo pesquisado estava casada ou em união quando foram esterilizadas; apenas duas estavam solteiras. Contudo, neste processo decisório, o “casal” pode não ser composto pela mulher e seu parceiro, mas pela mulher e o/a médico – e tais casos não se restringem às situações em que a laqueadura é realizada por indicação terapêutica²²⁹. O processo decisório pode abarcar situações de acordo ou desacordo. Neste último caso, apresentam-se negociações com o objetivo de consenso (novamente, o segundo membro do casal pode ser o companheiro ou a figura do médico). Enfim, há diversos níveis de interação na tomada de decisões e de efetivação da laqueadura, bem como distintos atores sociais envolvidos. A escolha não é unilateral ou individual. Além da mulher, estão presentes no cenário o parceiro, o médico ou familiares, que desempenham relevante papel no contexto. Assim, embora se trate de quinze biografias, sobrepuja-se a heterogeneidade de situações em que a laqueadura é realizada. Nem todos os casos serão aqui apresentados; tampouco considero que os descritos adiante sejam ‘casos exemplares’. Eles ilustram a diversidade de experiências na esterilização contraceptiva e aspectos envolvidos nos cenários de decisão.

²²⁸ A pesquisa contempla ainda outras possibilidades de resposta sobre ‘quem deveria fazer a esterilização’, mas elas apresentam pequenos percentuais (dados não apresentados).

²²⁹ Bateman-Novaes e Salem (1995) sinalizaram, no trabalho sobre novas tecnologias reprodutivas, a “complexidade crescente da rede” que participa nos processos de decisão sobre reprodução e a quem caberia a “precedência” (mulher, parceiro ou corpo médico) para discutir determinadas questões. Cf. Vargas, Russo, Heilborn, 2010.

4.4.1 “Meus dois filhos são de pais diferentes”: acusação moral e pressão familiar

O início da entrevista com Magnólia (30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos) foi marcado por esta frase, repetida como uma apresentação de si. Moça em mobilidade social ascendente, nível superior incompleto, seu depoimento é fortemente marcado pela figura paterna. Ela afirma que suas duas gestações foram planejadas: “as minhas duas gravidezes eu parei de tomar o remédio para engravidar, engravidei porque quis”. Esta é a única informante esterilizada que utilizava método contraceptivo anteriormente à iniciação sexual (pílula anticoncepcional). Teve cerca de sete parceiros sexuais até então, o que considera “muito pouco, pouquíssimo”. Magnólia fugiu da casa dos pais aos 21 anos, como “prova de amor”. A primeira gravidez é fruto deste relacionamento, em que se dizia muito apaixonada. Entre o segundo e o terceiro ano do relacionamento ela engravida e tem o primeiro filho; entretanto, o rapaz sai de casa quando o bebê tinha pouco mais de um mês de vida: “ele foi embora e não voltou até hoje”. Um ano depois, ela conheceu o rapaz que viria a ser o pai de seu segundo filho. Em ambos os relacionamentos, Magnólia temia a desaprovação de seu pai e namorava escondido. Os dois relacionamentos eram hipogâmicos – rapazes com nível de instrução inferior ao dela, mesma idade ou mais novos, e funcionários da loja de seu pai. Há uma nítida desqualificação dos parceiros: “Meus pais gostam dele, mas acham que nunca arrumei homem, só garoto (...) então meu pai fica achando que eu tinha que me relacionar com um cara bem mais velho, um homem... não desmerecendo, mas tipo assim, um homem”. Neste relacionamento, o rapaz passa a morar em sua casa, e insiste para que tivessem um filho. Apesar de temer o mesmo desfecho da união anterior, ela cede aos pedidos dele e suspende a pílula para engravidar.

Ao ser indagada sobre o motivo para realização da laqueadura, Magnólia afirma inicialmente que quis “ligar” porque “já tinha dois filhos”, dando ênfase ao fato de cada um ser de um parceiro diferente: “Não queria mais filho. Tipo assim dois filhos, um com cada homem, não queria mais. Ninguém mais vai fazer mais filho em mim! Vai para o inferno! Chega!”. Insisto na pergunta, com o objetivo de

compreender essa expressão (“ninguém mais vai fazer filho em mim”), ao que ela responde:

“Eu liguei mais porque achava que era feio dois filhos com cada pai, aí vamos botar que não deu certo, aí eu arranjo outro cara, aí o cara vai querer três filho, aí eu, com três filhos um de cada pai, não dá, aí não: chega! Eu não quero isso mais. (...) E eu achava que era tipo assim, queria mostrar para meu pai que eu estava com juízo, ‘não vou querer mais ter filho’. Na verdade não foi nem por mim, foi mais por eles [seus pais]. ‘Não vou ter mais filho, não vai ter mais perturbação para eles’, entendeu? É isso. Não foi por causa de mim.” (Magnólia, 30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos) (grifo nosso)

A notícia da segunda gravidez não é bem recebida por seu pai, que não considerava o rapaz “um homem”: “Não, mais filho não, porque esse cara não é homem”. A ideia da laqueadura é apoiada pela mãe. No decorrer da entrevista Magnólia revela que o pai fazia “deboches” sobre sua condição, inserida em uma segunda união e grávida de outro parceiro. A informante relata que o pai incentivou fortemente a “decisão” pela esterilização, “ao modo dele”. Ela esclarece:

“Porque meu pai falava muita gracinha para mim, dizia ‘tem que ligar mesmo, que ninguém vai fazer mais filho na minha filha’. Meu pai é muito debochado. ‘E tem que ligar mesmo, tem que ligar mesmo, tem que ligar mesmo’. E eu falei: ‘eu vou ligar’. Eu falei: ‘Mãe, eu vou ligar’. Ela: ‘Liga mesmo, liga mesmo’. Então eles não me pressionaram, mas ficavam assim, de deboche na minha cara. Como é que vou te explicar? [ela fica reflexiva] Tipo assim, é como se fosse um cachorro. E realmente ninguém fala assim como ele fala: ‘Ninguém vai fazer mais filho na filha do [fulano]’. Tipo assim: ‘Acabou a brincadeira’. Sabe? Tipo assim, ninguém vai gozar mais com a minha filha. Coisa de pai, no mesmo momento que ele me esculhamba, acho que ele me defende. Aí foi por isso que eu liguei.” (Magnólia, 30 anos, dois filhos, laqueadura aos 26 anos)

Esse caso evidencia uma influência da *opinião* familiar no desfecho para a laqueadura. Há um enredo que contém uma acusação moral da família por ter um “filho de cada pai”. A informante parece incorporar o discurso paterno sobre ter filhos com homens diferentes. Neste caso, é possível pensar que a esterilização também constitua uma maneira de dissimular a sexualidade feminina: a suspensão da capacidade de procriar neutraliza os “riscos visíveis” da atividade sexual.

O parceiro era favorável à laqueadura. O casal não chegou a conversar sobre a possibilidade de vasectomia, pois Magnólia já conhecia a opinião desfavorável do rapaz acerca do procedimento. Em uma reunião social entre amigos, surgiu o tema da vasectomia na conversa, quando o rapaz teria dito: “Está maluco! Deus me livre. Eu não vou fazer filho? Vou ficar broxa”. A informante retrucou, mas conclui, afirmando: “É mais fácil do que a mulher, não é? Mas ele é ignorante, ele acha que

seria menos homem. Eles acham que vão ser menos homens. O homem, ele acha que quem tem que fazer [esterilização] é a mulher, não o homem”.

O pré-natal de Magnólia foi realizado em serviço privado de assistência. Ela e a médica que a assistia não chegaram a conversar sobre a possibilidade de outros métodos contraceptivos, como o DIU. A médica questionava-a nas consultas sobre a certeza da decisão de efetuar a laqueadura. No momento do parto – cesáreo – ela indagou novamente: “Mãe, você quer isso?” “Quero, quero sim, pode cortar”.

Conforme apontado por Luker (1975), tanto a contracepção quanto a gravidez podem contar com custos e benefícios. O reconhecimento de que a pessoa é ativa sexualmente é passível de consistir em um custo, associado à escolha de um método contraceptivo. Nesse sentido, ter relações sexuais é diferente de admitir que se tem relações sexuais. A escolha por um método que exclui a capacidade de novas gestações, a despeito da manutenção de relações sexuais, parece ir ao encontro das expectativas do pai, no caso em pauta. Ele é um elemento central de referência neste enredo – um “significant other” na acepção de Luker (1975) que, ao que tudo indica, não o agrada a situação afetivo-conjugal-reprodutiva de sua filha. A trajetória desta mulher não se adequa ao modelo conjugal/familiar idealizado por seu pai, segundo a narrativa desta entrevistada.

“Ela quer te envergonhar, meu filho, (...) ter uma escadinha de filhos”

A história de Cristina assemelha-se à de Magnólia: acusação moral sobre a moça e pressão da família (neste caso, do rapaz) pela laqueadura. Cristina tem dois filhos com um rapaz, um ano mais novo que ela. A moça afirma que o relacionamento nunca agradou à sogra. Quando começaram a namorar, ele ainda estudava, enquanto ela já estava fora da escola. Ela era experiente sexualmente, e ele, ainda virgem. Além disso, as gestações “mais ou menos seguidas” contribuíram para que a mãe do rapaz considerasse que ela havia “desvirtuado” o filho²³⁰.

A primeira gravidez é interrompida por um aborto espontâneo, momento em que ambas as famílias descobrem que os jovens mantinham relações sexuais. Seis meses após ocorre nova gestação, levada a termo. A família de origem, sobretudo a do rapaz, reagiu muito mal à notícia da segunda gravidez: “foi complicado, porque

²³⁰ Em minha dissertação de mestrado (CABRAL, 2002) que versou sobre paternidade na adolescência, entrevistei também as mães dos rapazes progenitores: em tal contexto, era frequente a responsabilização das moças por parte das “sogra” pelo fato da ocorrência de gravidez, além de um tom depreciativo para com elas em diversos casos. A temática sobre a tensão entre consanguíneos e afins é peculiar à literatura antropológica

eles acharam que era tipo assim, falta de responsabilidade, não é? Se eu já tinha engravidado da primeira, porque deixei acontecer a segunda?”²³¹. Cristina afirma ter sido responsabilizada por ter engravidado, pois era “mais velha” que o rapaz:

“E a mãe dele sempre achou que eu que seduzi o filho dela. Ela achava que o filho dela era inocente, não é? Até hoje eu e ela batemos de frente por causa dele, entendeu? Ela acha que o filho dela era um menino inocente e eu que... como se fosse muito mais velha do que ele, um ano só de diferença. Até hoje ela acha que eu que seduzi o filho dela. Entendeu?” (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos) (grifo nosso)

Nesta gravidez Cristina experimenta uma coabitação parcial: permanece uns dias na casa de sua mãe, fica outros na residência do parceiro. Quando o bebê nasceu ela estava na casa da sogra (“a mãe dele cuidava do umbigo”), mas refere que ainda não estavam morando juntos, “não tinha paradeiro certo” (“ficavam nas duas casas”). Quando o filho estava com 4 meses de nascido, ela se desentendeu com a sogra e o casal passou a coabitar em uma casa cedida pela avó dela. Depois do parto, o casal passa a praticar o coito interrompido com mais “empenho”, mas “às vezes escapulia”: “Depois que eu tive meu filho é que realmente sabia que não podia engravidar tão rápido, mas acabei engravidando do mesmo jeito... Continuei com meu método, sem tomar remédio”.

O intervalo entre a segunda e a terceira gravidez é de um ano e dois meses. Na terceira gestação houve vários desentendimentos entre ela e a sogra. Em uma ocasião, a mãe do rapaz queria levar o neto para morar consigo:

“Porque ela se apegou muito do meu filho. Ela queria levar o menino porque ele tinha enfiado um palito no ouvido. Ela foi lá e fez um auê porque ela falou que ia levar o menino no médico, e eu falei que não ia deixar. E ela pegou e falou assim: ‘Eu vou botar na justiça, vou alegar que vocês dois não têm responsabilidade para criar esse filho’. Aí eu falei assim: ‘Então a favela inteira vai perder os filhos, porque ninguém tem condições de criar um filho’. Então se fosse assim, se a justiça fosse tirar um filho da mãe porque a mãe é pobre, o pai é pobre, não trabalha, então ninguém vai ter filho, ninguém vai poder ter filho, vai nascer e não vai poder ficar com os filhos. Aí nesse dia ela não levou o menino porque ele não deixou, eu também não queria que ela levasse.” (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos)

Em novo embate, a sogra afirma que ela deveria fazer a laqueadura tubária, para não “encher [o rapaz] de filhos”:

“Ela dizia que eu tinha que ligar, porque eu ia encher ele de filho. Ela disse: ‘Ela quer te envergonhar meu filho, ela quer que você tenha uma escadinha de filho, que não sei que...’ Porque eu falei que não ia ligar. Eu só resolvi ligar porque eu lembrei das dores que eu tive do primeiro parto. Eu sofri muito, as contrações que eu tive do meu filho. Eu tive muita dificuldade para ter ele, então eu não queria passar por aquilo, além dela, depois passar de novo. (...) Eu não queria também ficar cheia de filho,

(cf. FONSECA, 2000).

²³¹ A informante mudou muito o semblante e tom da voz quando falou sobre a reação da família.

acho que era vergonha também ficar cheia de filho, um atrás do outro, um atrás do outro. (...) Uma penca de filho um atrás do outro? Deus me livre! (...) Então eu falei... Eu dormindo já com o maior barrigão eu falei assim: 'Fulano, eu vou ligar, liga para sua mãe e fala com ela que eu quero ligar'." (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos) (grifo nosso)

O pré-natal foi realizado no serviço privado de saúde, porque "já tinha a intenção de ligar". De início, o médico se opôs à realização do procedimento em função da idade dela. Ela declara que tinha dúvidas sobre a laqueadura, por considerar que o médico tinha razão, quando levantava a hipótese de que um dia ela poderia querer se casar novamente, e ela "não queria ficar só com os filhos". A sogra interveio nas negociações junto ao médico, alegando que o jovem casal não possuía condições financeiras de cuidar das crianças, que eles "passariam fome", e ele cedeu. Orientou que levasse "o pai, a mãe, o marido e o dinheiro" no dia do parto. O médico realizou uma cesariana, embora ela estivesse "quase tendo o filho por parto normal". Quando indagada se outros métodos contraceptivos foram cogitados na época, ela respondeu que chegou a pensar no DIU, mas novamente se referiu às acusações da sogra. Para ela, tais críticas teriam contribuído em sua decisão:

"[DIU?] Pensei, momento antes, meses antes pensei e disse para ela que eu ia colocar o DIU. Ela falou que eu não ia ter responsabilidade para ficar trocando, que eu ia acabar engravidando nesse negócio, aí... mas eu pensei sim em colocar o DIU. Mas aí acabei ligando mesmo." (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos)

A certeza sobre o tamanho da prole pode sofrer nova avaliação *a posteriori*, sobretudo em contextos de separações e recasamentos (BUMPASS et al., 2000; MACHADO et al., 2005). Aproximando dos termos de Luker (1975), a presença ou ausência de parceiro, a possibilidade de dissolução da união ou formação de futuras uniões podem alterar os custos e benefícios relativos à esterilização, ao introduzir incertezas na trajetória afetivo-conjugal, ou ao alterar o cenário da decisão retrospectivamente. Cristina ficou viúva antes dos 21 anos, com dois filhos. Na entrevista ponderou que talvez não fizesse a laqueadura (caso pudesse decidir novamente), pois ter filho com um parceiro é fundamental para constituir uma família. Ela voltou a ter relacionamentos posteriores à viuvez. No momento da

entrevista, ela iniciava um namoro com rapaz mais novo e sem filhos²³², mas ela considera que “se não tiver um filho, não tem um novo amor”:

“Porque um resumo da minha via eu acho que o laço familiar é o que mais pega. Eu acho que se eu não tiver um filho eu não volto a ter laço familiar. É só isso que eu acho de ruim na minha vida, que às vezes bate uma deprê, é de querer ter um laço familiar. Laço familiar não é pegar um homem e botar dentro da minha casa. Eu, ele e um filho, pelo menos um filho com ele...” (Cristina, 31 anos, dois filhos, laqueadura aos 19 anos) (grifo nosso)

Cabe aqui também refletir sobre o uso da expressão “ter uma penca de filhos”, enunciada nitidamente de forma pejorativa. Ela ilustra, sob a perspectiva geracional, uma mudança valorativa acerca do tamanho ideal de família: o contexto hegemônico vigente é o de casal com dois filhos, de preferência um menino e uma menina, fruto de gestações planejadas, delineando o que Bateman-Novaes (1982a; 1985) antecipadamente denominou para o contexto francês de norma procreativa.

4.4.2 “Eu não queria me ver assim igual a elas, acabadas, cheias de filhos”: autodeterminação e auto-imagem

Natália realizou a laqueadura tubária aos 24 anos, estava solteira. A segunda gestação foi aos 19 anos: queria ter mais um filho/a para que os dois “crescessem juntos” e fizessem “companhia um para outro”. Natália justifica a escolha pela laqueadura, por “não querer ter mais filhos”, afirmando que desejava fazer diferente das mulheres de sua família:

“Foi até pelo exemplo da minha casa. As minhas irmãs tudo têm 3, 4, 5 filhos. E eu me via... Eu não queria me ver assim igual elas. Que elas estão acabadas, e tudo assim, brigadas com o marido. Tem um cunhado que ele até batia, chutava, bebia para caramba, corria atrás da minha irmã. Aí às vezes ela falava para as pessoas que não aguentava os filhos que tinha. Eu não quero passar por isso. Então eu não quero ter mais filhos. Eu tenho essas duas, eu quero ficar com elas, está muito bom. Sou muito nova para ficar me enchendo de filhos. Amanhã ou depois eu estou com 30 anos com 3, 4 filhos. Não quero isso para mim. Eu penso assim se com 2 já é difícil, imagina com 3, 4 filhos.” (Natália, 26 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

Este caso reafirma a aspiração por famílias pequenas, em diversos grupos sociais. Natália menciona exemplos próximos de experiência de maternidade, de

²³² Cristina e Magnólia são duas informantes que, ao final da entrevista, me perguntam se haveria algum recurso para que elas tornassem a ter filhos novamente.

sua mãe e suas irmãs, para se distinguir²³³. A esterilização, neste caso, representa uma tentativa de ruptura de um padrão reprodutivo familiar. O processo para obtenção da laqueadura se iniciou no próprio bairro em que residia, com palestras em uma escola da localidade. As interessadas deveriam assistir a quatro encontros – dois na comunidade e dois na maternidade pública em que o procedimento seria realizado – nos quais foram discutidas formas de contracepção e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Tais encontros contavam com a participação de profissionais de saúde e de um representante do conselho tutelar. Métodos reversíveis de anticoncepção foram apresentados às mulheres, mas Natália estava decidida a obter a laqueadura tubária. Naquele momento, ela utilizava anticoncepcional injetável. Afirma que foi aconselhada pelos profissionais a colocar o DIU. Apesar de fazer referência a casos bem sucedidos/adaptados ao método, ela descreve outros, que parecem ter contribuído para sua percepção desfavorável acerca deste recurso:

“Eles até aconselharam o DIU e tal. Eu falei que eu não queria, porque tinha muito medo, porque tinha gente que emagreceu demais, que teve rejeição, teve que tirar, e a minha mãe quase que morreu de câncer... Quase teve câncer por causa do DIU... Aí eu fiquei com medo. Uma amiga também quase morreu, teve hemorragia por causa do DIU, teve reação. E uma amiga minha colocou e até hoje está muito bem, não tem nada. A minha cunhada colocou, rapidinho, já tem mais de um ano, não sente nada. Vai em 6 meses para fazer manutenção do DIU, mas não sente nada. Mas eu queria mesmo ligar, que eu não queria mais ter filho. Se minha mãe e meu pai depois faltarem eu vou ficar com uma penca de filhos. Nunca trabalhei fora, só uma vez, aí eu cheia de filho sem saber o que fazer? Eu falei: ‘Não, não quero o DIU’.” (Natália, 26 anos, dois filhos, laqueadura aos 24 anos) (grifo nosso)

Um dos fatores que levariam as mulheres a optar pela esterilização, segundo Carvalho e Schor (2005)²³⁴, seria a desaprovação feminina de outros métodos, sobretudo no que concerne aos aspectos de eficácia, inocuidade ou aceitação cultural. Métodos reversíveis seriam rejeitados, sem nunca terem sido experimentados, em função da existência de representações negativas sobre eles. Quanto ao DIU, as autoras relatam que suas entrevistadas faziam referência às alterações no fluxo menstrual, com ocorrência de “hemorragias” nas usuárias. Esse aspecto, assim como a necessidade de acompanhamento em serviços de saúde, e

²³³ A mãe de Natália teve 24 filhos. Esta entrevistada é irmã de Nicole, que fez a laqueadura aos 28 anos, após ter o quinto filho.

²³⁴ Neste estudo as autoras buscavam compreender os motivos de rejeição das mulheres esterilizadas aos métodos reversíveis (CARVALHO; SCHOR, 2005).

a possibilidade de ocorrência de gravidez a despeito do uso do DIU, também foram elencados pelas mulheres aqui entrevistadas.

Natália foi interpelada várias vezes, com o questionamento se “tinha certeza” do que estava fazendo. Afinal, ela era “muito nova” e poderia “arrumar um companheiro e ficar com sentimento de culpa” por não poder mais ter filhos. Esses argumentos também foram acionados com outras informantes, no processo de negociação com profissionais de saúde, para obtenção da laqueadura tubária. Nicole, irmã de Natália, conseguiu a esterilização mediante uma intermediação política. A resposta a quem lhe perguntasse sobre a possibilidade de arrependimento futuro era: “vai criar filho sozinho para ver como é (...) é muito ruim criar filho sozinha, eu não quero mais filho”²³⁵. Estas duas informantes são as únicas que realizam a laqueadura sem estarem inseridas em relacionamento conjugal. Suas narrativas enfatizam a determinação pessoal para obtenção do método: “eu resolvi”, “eu decidi operar”.

As biografias de Natália, Nicole e Eliane compartilham o fato do procedimento ter sido realizado após o último parto (vide quadro três). Eliane, que se dizia muito bem adaptada ao método em uso (pílula anticoncepcional), engravida intencionalmente na segunda vez, para dar prosseguimento à busca pela esterilização²³⁶. Diz que essa “vontade” surgiu “por ela mesma”: uma vizinha comentou que, em determinada localidade, uma mulher estava fazendo “inscrições” para quem desejasse a esterilização (masculina ou feminina). Ela então, que “não pensava muito nisso”, decidiu por este método, pois ficaria “mais despreocupada” e não precisaria “tomar mais remédio”, que era “chato”. Ela e o parceiro chegaram a conversar sobre a possibilidade de vasectomia²³⁷, mas era necessário apresentar um comprovante de residência e ele não teria como conseguir o documento a tempo “do período de inscrição” (eles haviam se mudado recentemente da capital para esta cidade da Região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro)²³⁸. Ela considerou

²³⁵ Nicole tem cinco filhos; os dois primeiros são de seu casamento, mas o marido lhe retirou as crianças na separação (“tomou eles de mim”). Os outros três filhos são de parceiros diferentes; apenas um assumiu a paternidade da criança. Depois da separação, Nicole não voltou mais a coabitar com qualquer parceiro, afirmando que sempre passou as gestações sozinha.

²³⁶ Ao ser indagada sobre a história reprodutiva de sua mãe, com o objetivo de apreender possíveis influências e/ou identificações, Eliane afirma que ela usa “até hoje” a pílula anticoncepcional – sua mãe teve dois filhos.

²³⁷ O irmão deste rapaz é um dos homens com vasectomia entrevistado neste estudo.

²³⁸ A literatura sobre esterilização no Brasil assinala a prática comum, sobretudo em cidades de menor porte, quanto à associação entre mulheres, médico e políticos e uma consequente “troca de favores” – pagamento “por fora” pelo procedimento; troca por voto (CAETANO; POTTER, 2004; CAETANO, 2010). Embora Nicole tenha conseguido o procedimento por intermediação política, não foi preciso efetuar um pagamento ou transferir o título de eleitor para o município vizinho, no qual foi realizada a laqueadura. Já Eliane mudou o domicílio eleitoral

que não poderia deixar escapar tal “chance”, e se inscreveu para a laqueadura, realizada meses após o segundo parto.

4.4.3 “Se eu piscasse estava engravidando”: dificuldades contraceptivas em relevo

A entrevista de Flávia aporta várias dimensões que contribuem para demanda/escolha da esterilização. Numa primeira mirada, o processo decisório pela laqueadura apresenta contornos mais individualizados, no qual a informante decide pelo método sem consenso no casal. Sua opinião prepondera, reforçando a perspectiva de que as questões referentes à gestão da fecundidade consistiriam em atributos femininos. As dificuldades contraceptivas e reprodutivas da trajetória de Flávia são decisivas na decisão por não querer mais filhos.

Flávia tem várias gestações e abortos espontâneos (todas com um mesmo parceiro) antes de conseguir ter seu primeiro filho, aos 25 anos. A primeira gravidez ocorre por volta dos 15 anos; ela se descobriu grávida somente no sexto mês de gestação. Declara que não desconfiava que estivesse grávida porque menstruava e, como sempre foi “muito magra e não tinha barriga”, também não sentia o bebê se mexer. Um dia passou muito mal e foi ao hospital: “E aí foi numa dessas que eu passei mal, caindo na rua, que eu perdi o neném. Estava com quase 7 meses... Chegou a nascer; nasceu morto”. Ela teve outras gestações, sem saber precisar o número. Ficava grávida até dois ou três meses, e depois perdia. Descobre que tem útero infantil entre a quarta e a quinta gravidez, quando os médicos informam que ela teria muita dificuldade de levar qualquer gestação a termo.

Flávia afirma que após a primeira gravidez passou a usar pílula anticoncepcional, por indicação médica. Entretanto, menciona que seu organismo rejeitou a pílula:

“Tomava todo santo dia... Mas assim, não adiantou. A pílula para mim não serviu. Porque o meu organismo rejeitou, passava muito mal. Sabe aquela hora... Quando vai chegando a hora de você tomar pílula, eu ficava com a pílula o dia inteiro no organismo. E no final da noite eu vomitava ela. Então o organismo rejeitou. Nem essa vacina... Você vê, a minha filha, eu engravidei dela tomando... [a injeção?] É,

de seu título, por conta desta “inscrição”: “E no dia da eleição eu nem tava lá, tava aqui. É essa coisa enganosa, mesmo, né? Eles acham que enganam a gente, sendo que quem é enganado é ele. Eu justifiquei o voto. Eu nem tava lá.”

essa injeção. Eu tomei outros tipos de pílulas. Não adiantava. Por mais que eu fizesse, acabava engravidando de novo. Eu falava: “Vamos fazer o método direitinho”. Ele por ter mais experiência, sabia que se ejacular fora não há possibilidade de engravidar.²³⁹ Mas eu acabava engravidando. Aí engravidei pouco tempo de novo.” (Flávia, 28 anos, dois filhos, laqueadura aos 27 anos) (grifo nosso)

Longo é o relato das dificuldades com métodos contraceptivos em geral. Ela se sentia mal com a pílula; depois tentou o contraceptivo injetável, mas ficava mal, “empolada”, “como se fosse alergia”. O DIU não constituía uma boa opção: além de temer possíveis efeitos colaterais, descreve vários casos de amigas que engravidaram em uso desse método. Por fim, o serviço de saúde indicou a tabelinha e a camisinha. Afirma que todo mês se dirigia ao posto de saúde para buscar o preservativo, mas a camisinha “rasgava”: “É impressionante, se eu contar você não acredita, as camisinhas estouravam. Não era mal colocada, nós aprendemos, colocava direito. Tanto estourou a masculina, quanto a feminina comigo. Eu consegui estourar a camisinha feminina. Foi incrível.”

Ela desejava ser mãe. Declara que a gravidez de seu filho mais velho foi resultado das inúmeras “promessas” empreendidas. Mais uma vez, ela descobre a gravidez tardiamente, ao final do segundo trimestre de gestação, quando procurou a médica para o exame periódico (papanicolau):

“Eu não acreditei... ‘Eu quero ser mãe’. Mas eu não estava preparada para ser mãe, para receber um bebê em tão pouco tempo, você descobre que está grávida e você já está com 6 meses e que logo, daqui a 3 meses, você vai ter um bebê nos seus braços, não é? Foi um susto”. (Flávia, 28 anos, dois filhos, laqueadura aos 27 anos)

Flávia teve pressão alta e diabetes gestacional. Sua mãe e o bebê morreram no parto daquele que seria seu irmão mais novo. Tais fatos contribuíam para aumentar seu temor de possíveis complicações decorrentes da gravidez. O parto dessa criança também foi bastante complicado. Declara que não “teve passagem” e, ao final, precisou levar trinta pontos: “pegaram um ferro enfiaram, viraram o garoto, e outro puxando”.

O segundo filho é fruto de outro relacionamento²⁴⁰. Qualifica como tudo tendo acontecido “muito rápido”. Após três meses de namoro, ela e o rapaz passaram a

²³⁹ No capítulo três foi discutida a utilização do coito interrompido como método contraceptivo pelas informantes e a perspectiva de que o homem, principalmente quando mais velho do que a mulher, é suposto ter mais experiência sexual e, portanto, controle/domínio na prática com este método.

²⁴⁰ Flávia se separa em definitivo do pai de seu filho mais velho, ao descobrir que o rapaz tinha relacionamentos extraconjugais. Eles já tinham se separado anteriormente, em função de violência conjugal (agressões físicas perpetradas por ele): “Logo em seguida que eu saí de casa, ele colocou outra mulher dentro de casa. Como dizer, eu saí, abandonei a casa com as coisas tudo que tinha de 10 anos de junto... Saí com o meu filho e as coisas do meu filho, que é roupa e documento tanto meu quanto o dele, com a cara e a coragem para o mundo, para começar do zero. Fui para a casa do meu pai.”

coabitar e, em seguida, veio a notícia de uma nova gravidez. Foi um “susto”, para ambos, sobretudo porque não desejavam e não esperavam que uma gravidez fosse acontecer. Dessa vez, Flávia tenta interromper a gestação, com a anuência do parceiro e o auxílio da sogra, com uso de diversos expedientes, como chás e medicamentos (misoprostol), sem sucesso. Ela discorre sobre as tentativas de aborto:

“Olha, teve uma série de complicação. Primeiramente porque eu tinha me separado do pai do meu filho, aí já tinha começado outro relacionamento. Estava recente. Você com uma criança pequena, como é que você vai querer ser mãe de outro? Eu não estava preparada. Eu estava naquele momento vivendo a separação para poder ser mãe do Gabriel, eu não estava preparada para ser mãe da Manoela. Foi complicado, até que a ficha caísse...” (Flávia, 28 anos, dois filhos, laqueadura aos 27 anos)

Após as tentativas de interromper a gestação, Flávia vivencia outro tormento: teve medo de que a criança nascesse com problemas decorrentes das tentativas mal sucedidas de aborto. Além disso, ela havia tomado vacina contra rubéola, sem saber que estava grávida. Enfim, afirma que foi uma gravidez “atribulada”. No segundo pré-natal²⁴¹, solicitou ao médico uma cesariana. Começou a “negociar” a possibilidade de realização de laqueadura. Seus principais argumentos eram os seguintes: ela não teria “passagem” para ter o filho por parto normal, pois já enfrentara dificuldades no parto anterior, além de temer morrer nesta ocasião, repetindo a história de sua mãe. O médico contra-argumenta, considerando que ela era “muito nova” e que a laqueadura poderia ser efetuada somente seis meses após o parto²⁴², depois que se comprovasse que a criança estava bem. Nesse processo ela insiste, indagando o valor da laqueadura, pagando por fora. Ele dá um preço e a esterilização é realizada no parto: “O médico só falava comigo assim: ‘Não... Não...’ Eu falava: ‘Doutor, eu já tomei tanto remédio, já tive dois filhos, já perdi tantas crianças, já chega. Eu acho que chega um pouquinho de sofrer, sabe...’”

Outro argumento que Flávia utiliza na interação com o médico consiste em sua relação com o trabalho. Ela considera que poderia perder o emprego, caso fosse necessário novamente se ausentar do trabalho, apenas para efetuar a laqueadura. Além disso, temia que outra gestação pudesse ocorrer neste intervalo de tempo: “Você acha que a empresa ia me dar mais um mês para ficar em casa?”

²⁴¹ Ela já estava no trabalho atual, o que possibilitou assistência privada de saúde.

²⁴² Na tentativa de coibir a realização desnecessária de parto tipo cesáreo, a lei sobre planejamento familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996) preconiza um intervalo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade pela esterilização e o ato cirúrgico; além disso, é proibida a esterilização cirúrgica durante os períodos de parto ou aborto, “exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores”.

Não tinha como esperar [os seis meses para a laqueadura]. Como ia me ausentar do serviço? Complicado. E o medo de ganhar neném, e logo em seguida ter outro?”.

Flávia declara que o companheiro atual não era favorável à laqueadura, pois ele tinha apenas uma filha (biológica), até então. No entanto, ela não desejava arriscar e passar pela experiência de mais uma “gravidez complicada”:

“Porque o meu menino era do meu primeiro casamento. Então agora comigo ele só tem a menina. Mas eu falei com ele, você está tendo uma [filha] e está de bom tamanho. Se você quiser ter outra, você vai arrumar com alguém porque eu não vou mais dar filho para ninguém. Eu não estou mais aberta para ser mãe de mais nenhum (...) Bem dizer, foi uma coisa assim forçada porque eu fiz ele assinar o papel. Eu queria ligar... E ele assinou pela minha felicidade. Hoje ele fala: ‘A gente podia ter um outro menino’. Eu falei assim: ‘Eu não tenho sentimento nenhum, eu não me arrependi em nada’. Então eu que optei por ligar, pelo desespero de todo ano eu ficar tendo filho. (...) Eu estava tão decidida a ligar que não me importou a opinião dele...” (Flávia, 28 anos, dois filhos, laqueadura aos 27 anos) (grifo nosso)

4.4.4 “Não tira esse filho, vamos ter e eu faço a tua ligadura”: uma díade médica ou conjugal?

Um dos principais elementos passíveis de compreender a alta prevalência da esterilização feminina no Brasil constitui a crescente medicalização da contracepção (ou medicalização da sociedade) e a associação entre mulheres e corpo médico (VIEIRA, 2002). Um dos reflexos desta interação entre estes dois atores sociais é a constatação de que mais de 70% das laqueaduras são realizadas no momento do último parto. Por sua vez, este dado salienta outra característica presente neste contexto: o percentual elevado de partos por cesariana, um dos maiores do mundo (BERQUÓ, 1993; 1999; HOPKINS, 2000; POTTER, 2001). Assim, o corpo médico consiste em importante ator neste cenário de espraiamento da esterilização no Brasil²⁴³.

A entrevista com Betânia é aqui arrolada com o intuito de salientar a interação entre “médico e paciente”, em processo de negociação em torno do desfecho de uma gravidez. Isso não significa que, nas demais situações não tenha ocorrido, de algum modo, este tipo de associação. De fato, todos os depoimentos poderiam ser analisados a partir dessa perspectiva. Contudo, a biografia de Betânia

²⁴³ Sobre o papel do corpo médico / da medicina no processo de medicalização da contracepção e a produção de uma “cultura da esterilização” no país, conferir Berquó (1993; 1999), Caetano e Potter (2004), Ribeiro Corossacz (2004), Vieira (2002), dentre outros.

coloca em relevo a díade mulher-médico e a ponderação, no âmbito deste par, entre *aborto vs. filho vs. laqueadura*.

Betânia tem três filhos homens (de 14, 12 e 6 anos), todos com o mesmo parceiro. Afirma que nenhuma gravidez foi planejada. A primeira gestação ocorre após “um ano e pouco” de namoro, quando possuía dezoito anos. Declara que sabia da possibilidade de gravidez, em função da manutenção das relações sexuais sem proteção contraceptiva. O recurso ao coito interrompido era esporádico. Após o nascimento do primeiro filho, Betânia passa a utilizar a pílula anticoncepcional. A segunda gravidez coincide com a época do escândalo das “pílulas de farinha”²⁴⁴, pois fazia uso do anticoncepcional (falso) mencionado em manchetes dos jornais. Nesta gravidez, a informante pensou em fazer um aborto, mas dependia do dinheiro do marido, que se opunha a esta possibilidade. Além disso, ela temia provocar a interrupção da gravidez com uso de medicamentos, pois considerava que este recurso poderia falhar, acarretando o nascimento de uma criança com problemas. Desejava ir a uma clínica, clandestina, mas esse expediente era “caro”.

A terceira gravidez ocorre por ocasião do intervalo entre uma “troca de medicamentos”. Fazia uso do anticoncepcional oral, mas estava “engordando muito”. O médico prescreveu outro tipo de pílula, com “menos hormônios”. Mesmo assim, ela continuava com enjôos. O médico sugere que ela ficasse uns três meses sem usar a pílula, para “diminuir a quantidade de hormônios” no corpo, e depois voltasse a usá-la. O profissional não teria recomendado a associação da tabela com o preservativo, mas somente a tabela²⁴⁵. Depois de três meses ela ficou grávida:

“Fui fazer a tabela, o doutor falou vamos fazer a tabela, pra ver se você... Eu fiz, três meses direitinho, depois de três meses... veio ele [filho caçula]. [Como você fazia essa tabela?] Eu já esqueci como eu fazia. Não me lembro mais. Não sei se era quinze... se era dez... Não, não me lembro...” (Betânia, 33 anos, três filhos, laqueadura aos 27 anos) (grifo nosso)

Ela ficou “desesperada” ao saber que estava grávida. Já havia tentado fazer a laqueadura tubária quando teve o segundo filho, mas o médico se recusou a efetuar o procedimento, em função da idade (22 anos à época). Mais uma vez ela cogita o aborto. O marido se opõe. Ela solicita ao médico que a ajudasse a

²⁴⁴ Em fins da década de 1990, foram efetuadas algumas denúncias contra determinadas indústrias farmacêuticas no Brasil, sobretudo após a detecção de casos de erros na fabricação de medicamentos (o escândalo da pílula de farinha) e falsificação de medicamentos para tratamento de câncer, gerando a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), conhecida como a “CPI dos medicamentos”.

²⁴⁵ Pode-se especular se a conduta do profissional não teria sido influenciada por uma percepção “sanitária” quanto ao uso do preservativo masculino.

interromper a gestação. No entanto, o profissional a dissuade do aborto, propondo a laqueadura:

“Aí engravidei, e não foi nem tipo culpa dele [do médico], porque fiz três meses certinho. Eu não sei se foi a falha minha... E eu engravidei. Aí, como eu falei pro doutor eu quero tirar, eu quero tirar, eu quero tirar, pelo amor de Deus... Aí ele falou assim: ‘Você não vai tirar esse filho, não. Eu vou fazer uma proposta pra você, você vai pra terceira cesariana, eu te ligo... Ele podia fazer outra cesariana e me ligar. Entendeu? Aí ele falou, então tenha esse filho que eu te ligo. Aí eu fui e tive o filho. (...) [Quem te convenceu a ter o filho foi o médico?] Convenceu, tipo assim, ele falou assim, ‘não tira o filho, vamos ter esse filho, e eu faço a tua ligadura.’ (Betânia, 33 anos, três filhos, laqueadura aos 27 anos) (grifo nosso)

Betânia afirma que ela, o médico e o marido conversaram sobre a vasectomia: “o médico falou para ele [para o marido]: ‘eu vou fazer ela ter esse filho, mas você vem aqui que eu faço a sua ligadura’ [referindo-se à vasectomia]”. Como o parceiro se recusou, alegando que temia a impotência sexual, em decorrência da intervenção, ela “optou” pela laqueadura tubária.

4.4.5 “Você tem quantos filhos? Por que você não faz a ligadura?”: uma alternativa constrita

Diferentemente das trajetórias anteriormente descritas, é possível afirmar que o processo decisório pela laqueadura no caso de Núbia é decorrente da intervenção de um profissional de saúde, descrita como “um anjo” que apareceu. Há indicações de que as dificuldades contraceptivas desta moça sejam consequência de uma forte dependência afetiva do parceiro, que provoca diversos momentos de vulnerabilidade em sua trajetória²⁴⁶.

A esterilização de Núbia²⁴⁷ (oriunda de PE) ocorre aos 21 anos, por ocasião do nascimento de seu quarto filho. Teve somente dois parceiros sexuais na vida: o pai do filho mais velho (um primo) e seu parceiro atual, progenitor de seus outros

²⁴⁶ Bajos et al. (2002) argumentam que relações marcadas por grande dependência afetiva estão subjacentes a contextos de vulnerabilidade em que o fracasso contraceptivo seria uma “consequência da dominação masculina”, situação que, segundo as autoras, torna-se quase “impossível” gerir a norma contraceptiva. Estes seriam casos em que há também um primado do prazer sexual masculino, no qual é bastante difícil a negociação da perspectiva de prevenção com o parceiro. As dificuldades contraceptivas decorrentes do aspecto afetivo dos relacionamentos são elementos importantes, a despeito dos contextos culturais em que estão situados.

²⁴⁷ Essa entrevista foi realizada na presença dos dois filhos menores da moça (um de seis e outro de quatro anos), que logo disseram que a mãe fica sempre chorando “porque o pai bate nela”. Uma das crianças diz que o

três filhos. Sua iniciação sexual ocorreu com o marido atual. A mãe, contrariada ao descobrir o namoro, mandou a filha para a casa da avó, em outro estado, para separar o casal. Ali ela engravida de um primo mais velho, pensando que, assim, sua mãe iria “parar de pegar no pé”, de modo a conseguir autonomia²⁴⁸ para ficar com o rapaz que gostava. Ela volta grávida; é expulsa de casa pela mãe ao saber da notícia. O rapaz (parceiro atual) a acolhe. Há muitas brigas, separações e retornos neste relacionamento. O primeiro filho nasce, ela retorna à casa da avó com o bebê, após mais um desentendimento com o rapaz. Meses depois ela foge da casa da avó, se reencontra com o parceiro e engravida novamente. Núbia afirma que “entrou em desespero” quando descobriu que estava grávida. Houve tentativa de aborto com ajuda da sogra, sem êxito. Desta vez, é a mãe do rapaz que a expulsa de casa. Ela volta mais uma vez para a casa da avó, já que sua mãe negou abrigo, pois ela já tinha fugido de casa antes.

Ela passa a segunda gravidez na casa da avó e é agredida fisicamente várias vezes pelo pai do filho mais velho (o primo). Núbia acha que ele batia nela com o objetivo de propiciar a perda do bebê, pois o rapaz tinha ciúmes dela. Trabalha durante esta gravidez e afirma que consegue fazer o enxoval do filho. O bebê nasce e ela retorna à casa da mãe, com o filho mais novo nos braços. Manda um “recado” para o parceiro ir conhecer o filho. Eles ficam juntos novamente, têm relações sexuais sem proteção. Ela engravida mais uma vez: “Como eu gostava dele eu não tinha outra saída. Eu ia para lá [casa dele/da mãe dele], eu me sentia mulher dele. Aí eu ia para lá e ficava lá. (...) Mas sempre sem camisinha e sempre sem pílula”. Sua mãe descobre a (terceira) gravidez, e lhe dá uma “surra”²⁴⁹. Novamente a mãe a expulsa de casa, e ela volta “de barriga” para a casa da sogra.

O parceiro tinha outros relacionamentos afetivo-sexuais, o que é descrito como a causa das brigas e separações do casal. Em uma destas situações, o rapaz migra para o Rio de Janeiro, e ela volta a morar com a mãe. O rapaz ficava telefonando e “perturbando”. Ela foge mais uma vez, com dois filhos (o mais velho é

pai é chato e não gosta dele. Há relato de muita violência conjugal (há brigas frequentes no casal, com agressão física a ela e às crianças), mas também por parte de membros de sua família de origem.

²⁴⁸ Cf. literatura sobre reprodução juvenil que aborda o engravidamento como estratégia de construção de autonomia relativamente à família de origem bem como de mudança de estatus identitário (BRANDÃO, 2003; CABRAL 2002; COSTA, 2002a; 2002b; DADOORIAN; 1994; DIAS, 2008; KATZ, 1999; MOTTA, 1998; dentre outros).

²⁴⁹ A descrição da “surra” revela a extrema violência de sua mãe. Núbia declara que era uma “surra para perder mesmo a criança”.

criado pela avó), indo ao encontro do rapaz²⁵⁰. Depois de um ano, ela engravida pela quarta vez. Desde que chegou ao Rio de Janeiro, Núbia fazia uso do contraceptivo injetável, mas não conseguia usar o método todos os meses, pois nem sempre o parceiro “dava o dinheiro para comprar a injeção”, e ela ainda não trabalhava. Núbia considera tratar-se de uma atitude proposital, por parte do marido, pois ele é, “até hoje”, contrário à realização da laqueadura: “Até hoje ele tem raiva de mim porque fiz a ligadura. Ele assinou com muito custo”.

Núbia reage muito mal ao saber-se grávida novamente. Ela confirma seu estado em exame realizado no posto de saúde do bairro. Refere que ficou “tipo em depressão, só querendo morrer”, e não retorna ao posto para iniciar o pré-natal. Há tentativa de aborto, com chás, sem sucesso. Quando estava com sete meses de gravidez, uma vizinha de Núbia insiste para que ela fizesse o acompanhamento no serviço de saúde, quando volta a frequentar o posto de saúde do bairro. Ela narra sua história para a enfermeira, que sugere a laqueadura:

“Quando eu voltei a fazer o pré-natal que... para tudo tem um anjo... Ela falou assim: ‘Você tem quantos filhos?’ Aí eu falei: ‘Eu tenho três filhos’. Aí ela falou: ‘Por que você não faz a ligadura?’ Eu falei assim: ‘Porque eu não tenho dinheiro’. Ela falou: ‘Mas faz de graça (...) mas eu acho que não vai dar tempo, porque você já está com 7 meses, a gente tem que correr’. No mesmo dia a gente falou com um montão de gente. Aí a mulher perguntou se era isso mesmo que eu queria. Aí passou para o psicólogo, que perguntou se era isso mesmo que eu queria, porque no futuro eu podia conhecer uma pessoa legal e a pessoa querer um filho e eu não poder dá e fica chato²⁵¹. Mas eu falei que não queria mais, que já estava bom, não queria mais, não queria mais, não queria mais. Eu não tenho condições, eu não tenho estudo, eu não tenho nada que possa dar futuro melhor se eu tivesse mais filhos.” (Núbia, 25 anos, quatro filhos, laqueadura aos 21 anos) (grifo nosso)

Núbia conversa com a cunhada, que intercede junto ao irmão, para que este “assinasse o papel”. Cumpre lembrar que a Lei do Planejamento Familiar (BRASIL, 1996) não concede autonomia decisória à mulher, quanto à sua potencialidade reprodutiva, sobretudo se ela está inserida em união: “Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.”.

* * *

²⁵⁰ Núbia declara que tinha o dinheiro das passagens porque trabalhava, na época, como camareira de hotel. Além do parceiro “perturbar” para que fosse ao seu encontro, ela menciona que sofria muita humilhação na casa da mãe, o que também contribuiu para que fugisse mais uma vez de casa.

²⁵¹ A depreender das entrevistas realizadas nesta tese, é recorrente, por parte dos profissionais de saúde, o argumento de que a laqueadura deve ser sopesada, tendo em vista que a informante não poderá “dar um filho”, caso ela venha a ter um novo parceiro.

No Brasil, o contexto vigente de ilegalidade do aborto e de condicionalidade para realização da laqueadura, sinaliza por um lado, para situações de tutela do corpo feminino, enquanto, por outro lado, revela a disputa política e ideológica sobre eventos que não são apenas biológicos.

Antes da vigência da Lei de Planejamento Familiar (BRASIL, 1996), a laqueadura tubária, a despeito de ser amplamente realizada, era proibida e significava crime de lesão corporal. A laqueadura sai do código penal e é então institucionaliza nos marcos do Sistema Único de Saúde (SUS) e *oficialmente regida* pela instituição médica: são estabelecidos os critérios para realização cirúrgica em território nacional, o que sem dúvida representa um avanço em termos da possibilidade de democratização do acesso para este procedimento. No entanto, parece haver, a um só tempo, movimentos de flexibilização e controle: a esterilização passa a integrar o âmbito dos direitos reprodutivos, tornando-se acessível a todos os cidadãos, desde que respeitados os critérios dispostos na Lei²⁵².

Uma observação faz-se necessária acerca da questão: a necessidade de autorização do parceiro para acesso da mulher à contracepção permanente²⁵³ revela o reconhecimento institucional (ou a permanência da institucionalização) do poder conjugal. Indo além, trata-se da permanência de relações assimétricas entre homens e mulheres. Em outros termos, em uma aproximação dos debates empreendidos pelas feministas francesas, esta condicionalidade representa uma manifestação da dominação masculina²⁵⁴. Contudo, é possível escapar à assimetria de gênero no domínio da reprodução? A polêmica, que conta com múltiplas dimensões, permanece em aberto. Temas como aborto, contracepção,

²⁵² Cabe fazer uma pequena digressão e citar uma interessante análise realizada por Ventura (2010) a respeito da flexibilização progressiva de normas jurídicas, a favor da autonomia dos indivíduos. Embora sua reflexão seja relativa ao contexto contemporâneo de tendência à crescente legalização da ortotanásia e do aborto voluntário (em diversos países), é possível empreender um paralelo, quanto ao percurso de legalização da esterilização no país: “Em uma perspectiva histórica observa-se que esta flexibilização da norma em prol da autonomia dos sujeitos tem uma trajetória padrão: primeiramente retira-se a conduta do âmbito penal – deixam de ser criminalizados a ortotanásia e o aborto voluntários, por exemplo – mas a lei estabelece uma tutela da medicina para o exercício da autonomia da pessoa. Finalmente, num segundo momento, a autonomia individual é priorizada e a lei acolhe a simples decisão da pessoa sem justificação médica, como um direito civil de liberdade. Tanto no caso da ortotanásia quanto do aborto estamos ainda no estágio de mediação da norma médica, considerando o fundamento principal do direito à saúde, e, neste sentido, as questões se aproximam” (VENTURA, 2010). Cabe esclarecer: ortotanásia significa a possibilidade do médico não intervir no processo natural de morte, face à demanda do paciente, mas cuidar da pessoa, amenizando seu sofrimento. Cf. Menezes (2004) para diferenciação dos conceitos de ortotanásia, distanásia, eutatásia.

²⁵³ A princípio, o contrário também é verdadeiro para os casos de vasectomia. No entanto, na prática, a aplicação da lei para o caso da esterilização masculina parece seguir outros caminhos.

parentalidade, reprodução assistida – para citar apenas alguns – integram e mantêm este debate, que segue com vigor (GAUTIER, 2002; ROUCH; BATEMAN, 2008).

²⁵⁴ Cf. BOURDIEU, 1995; HÉRITIER, 1996; 1999; 2002.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve por meta abordar os grandes temas do contexto que envolve contracepção, sexualidade e gênero no Brasil. O enfoque de três possíveis momentos de biografias dos sujeitos – a iniciação sexual, os percursos contraceptivos e a realização da esterilização – foi adotado como estratégia para enfocar um leque de atitudes e representações referentes às práticas contraceptivas. A orientação fundamental é a de que tais práticas exibem novos contornos quando analisadas à luz dos contextos relacionais em que os sujeitos estão inseridos.

De pronto, cumpre assinalar o fato de o termo “fracasso” contraceptivo não ter sido utilizado ao longo da tese. O emprego da ideia de fracasso, comum na literatura corrente, remete à possibilidade de controle e previsibilidade. A noção está intimamente imbricada à de controle sobre riscos e à de eficácia dos métodos. A sociedade contemporânea assiste a uma busca frenética para administrar/controlar os “caprichos da natureza e do destino”. Segundo Peretti-Watel (2010), a disseminação da percepção de possibilidade de controle é inseparável do desenvolvimento da estatística pública e do cálculo de probabilidades, disciplinas ou técnicas que se desenvolvem no bojo da expansão capitalista da segunda metade do século XX. Todavia, esta concepção engendra um paradoxo: tida inicialmente como um instrumento para redução de riscos, e, portanto, de incertezas, sua assertiva de que há riscos a serem controlados tem contribuído para “fabricar” cada vez mais situações de “perigo”, tornando o mundo mais “arriscado”, quando ele deveria parecer mais seguro (PERETTI-WATEL, 2010, p. 6). De fato, a noção de “fracasso” remete à viabilidade de planejamento das atitudes e, portanto, de tentativa de controle dos riscos. Esta tese problematiza esta viabilidade, dotando-a de dimensões que, advindas da interação entre parceiros (hetero)sexuais, adensam e vão além da ideia de fracasso (e, conseqüentemente, da de sucesso). Tal como apontado por Luker (1975), para as mulheres, engravidar é uma incerteza, enquanto para estatísticos, médicos e planejadores de políticas públicas ficar grávida é um risco de magnitude conhecida. A perspectiva que identifica uma gravidez imprevista

como fracasso é, na maior parte das vezes, uma lógica exógena aos sujeitos diretamente implicados.

Entendo que a tese também contribui para estabelecer pontos de contato entre as reflexões aqui trazidas e as produções sobre estudos sobre juventude no Brasil. Ao eleger a geração jovem, a despeito da tomada de depoimentos em campos diversos e tempos diferentes, este trabalho pode ser lido na ótica das discussões em torno do prolongamento da juventude e/ou da passagem condensada à vida adulta (HEILBORN; CABRAL, 2006).

O exame sobre as dificuldades terminológicas implicadas para designar contextos em que uma gravidez “acontece” problematiza noções correntes na literatura sobre contracepção. A ideia de gravidez imprevista ganha inteligibilidade *a posteriori*, sobretudo quando o desfecho é um aborto. De modo análogo, também não é simples a definição dos contextos em que uma gravidez é levada a termo: ela pode ser “esperada” sem ter sido “planejada”. A expressão nativa “aconteceu” se antepõe à concepção de planejamento e encobre uma pluralidade de situações nas quais a gravidez ocorre, sem definição de qual será o desfecho.

Nesta tese, incerteza é considerada um elemento-chave para a compreensão das lógicas orientadoras das condutas na esfera da contracepção. Ela confere sentido às práticas contraceptivas, subordinadas aos jogos afetivo-sexuais. Os cenários de iniciação sexual e os percursos contraceptivos parecem carecer de certa racionalidade, se contrapostos, por exemplo, ao que é descrito pela literatura sobre contracepção na França. Meu argumento é que a incerteza não é sinônima de ausência de racionalidade e/ou reflexividade. A perspectiva da “falta” não traz rendimento à discussão em pauta: tomar a falta como pano de fundo apenas faz as gestações imprevistas serem categorizadas como “desviantes”. A gravidez imprevista parece estar mais relacionada a lógicas societárias em que a incerteza tem seu lugar.

Pode-se pensar na prática da esterilização como sendo uma forma de gestão das incertezas? Assim, é possível especular sobre um ponto de saturação frente aos custos advindos dos “*taking chances*” que presidem a esfera da sexualidade e reprodução? O material qualitativo aqui presente me conduz a afirmar que a contracepção no Brasil é percebida como algo trabalhoso e cansativo, tal como ilustrado nos depoimentos sobre querer se livrar da “escravidão do anticoncepcional”, ou de não desejar ser surpreendida por mais uma gravidez. A

literatura sobre reprodução assinala que o corpo feminino, assim como as emoções, os apetites e os desejos carnavais, é associado ao domínio da natureza (ORTNER, 1979). Os corpos femininos são percebidos como em estado de descontrolo latente, i.e. em estado de reprodução latente (MARTIN, 2006; TABET, 1996). Neste quadro, a contracepção permanente (que carrega em si os atributos de moderno, medicalizado, artificial) é vista como a forma de gerir algo pertencente ao domínio do natural. As discussões sobre contracepção remetem, assim, para os tradicionais embates teóricos sobre natureza e cultura.

É digno de nota o quanto a repetição de gestações imprevistas nas trajetórias das informantes (mas também dos homens entrevistados) desafia o olhar do pesquisador e a capacidade de apreensão teórica do fenómeno. O tema demanda investimentos interpretativos, que transcendem os limites desta tese. No entanto, cumpre apontar, seguindo na mesma esteira de Bateman-Novaes (1982b), que cada contexto contraceptivo guarda uma especificidade. Argumento que há um hiato entre contracepção/gestão da fecundidade e gravidez, preenchido por significados diversos (nem sempre conscientes ou explícitos). Os exemplos biográficos aportados nesta tese evidenciam não tratar-se de uma mesma prática contraceptiva o tempo todo; ela se ajusta aos contextos afetivos diferentes, e a momentos distintos da relação, variando de significado. Pode-se afirmar o mesmo quanto aos contextos de engravidamento assim como os processos decisórios em torno da possível parentalidade. Vale lembrar o caso da moça que decide interromper uma gestação ao tomar conhecimento da morte inesperada do parceiro, o que a colocaria na situação de “ter um filho sem pai”. Salta aos olhos o “fio” analítico que poderia ser deslindado com discussões sobre conjugalidade, modelos idealizados de família e de maternidade.

A contracepção é um constrangimento contemporâneo da sexualidade heterossexual: ao mesmo tempo em que ela separa as esferas da sexualidade e da reprodução, ela se insere nos encargos da sexualidade. Essa perspectiva, que perpassa toda a tese, sublinha uma segunda: a de que a gestão da contracepção não é externa às nuances da dinâmica do par. Complexifica-se, assim, a ideia de que as práticas contraceptivas sejam de foro individual e feminino, pois estão assentadas sobre dinâmicas relacionais e contextos afetivo-sexuais distintos. Esta tese advoga que determinantes sociais, sejam eles de classe social, gênero,

raça/etnia, geração, dentre outros, conformam as subjetividades, e, portanto, as condutas não são gestadas no âmbito exclusivamente individual.

Este aspecto é frequentemente ignorado pelas políticas públicas, que focalizam ações na perspectiva do “risco” e da responsabilização individual. Dito de outro modo, a contracepção se inscreve nos comportamentos sexuais e conceber o “comportamento sexual a partir de uma lógica racionalista e pragmática significa desconsiderar os múltiplos vetores que se impõem ao indivíduo em suas escolhas, os quais se articulam a lógicas distintas” (KNAUTH et al., 2006).

Encampar uma análise que toma o pólo da agência individual não pode ignorar que as intenções individuais fazem parte de um leque de possibilidades condicionadas pelo meio sociocultural que gera ou, no mínimo, estimula a produção dessas intenções. Nos capítulos três e quatro foram abordadas trajetórias de mulheres que, em sua maioria, provêm das camadas populares. Preferi não insistir sobre este aspecto, pois tenho dúvidas se, ao fazê-lo, não estaria resvalando para uma concepção do sujeito despossuído de capital econômico, cultural e simbólico. Dizer que se trata do modo como a contracepção se passa nas camadas populares é caminhar sobre uma linha fronteira muito tênue com os discursos que enfocam as dificuldades contraceptivas a partir da “falta”. Percursos de mulheres de camadas médias foram também analisados. Do ponto de vista prevalente, essas mulheres seriam mais ‘preparadas’. Entretanto, os casos examinados indicaram que elas não estão menos sujeitas aos enquadramentos relacionais da contracepção, e tampouco aos desígnios da incerteza e do “aconteceu”.

Além disso, a tese tratou de questões relativas ao domínio da reprodução sexuada, isto é, um necessário encontro entre os dois sexos. Em que medida é possível argumentar em termos de autonomia feminina neste âmbito? Os métodos de contracepção, ditos modernos, acenam com esta promessa. Importantes teóricas francesas assinalaram que a contracepção a possibilidade de emancipação feminina e supressão da dominação masculina: “Se a fecundidade é o lócus central da dominação masculina, decorre que a tomada do controle da fecundidade pelas mulheres as possibilitaria sair do lugar da dominação” (HÉRITIER, 2002)²⁵⁵. Teoricamente, a reprodução pode ser objeto de controle, ensejando a autonomia feminina. Contudo, na prática, as condições de exercício da contracepção e as

²⁵⁵ Texto no original: “Si la fécondité est le lieu central de la domination du masculin, il s’ensuit que la prise par les femmes du contrôle de leur fécondité revient pour elles à sortir du lieu de la domination” (HÉRITIER, 2002).

intenções presentes no relacionamento esbarram em outros níveis de negociação. A reprodução “natural” (por oposição às novas tecnologias reprodutivas) requer a participação da sexualidade genital de duas pessoas de sexos diferentes (ROUCH; BATEMAN, 2008, p. 140)²⁵⁶. Penso ter demonstrado como as práticas contraceptivas estão fortemente vinculadas aos jogos sexuais, afetivos e relacionais.

Esta tese está perpassada por questões inerentes à reflexão sociológica sem que haja respostas definitivas. Embate entre agência e estrutura é uma dessas perguntas insatisfeitas. É possível haver agência fora da estrutura, tendo em vista que as condutas são sempre circunstanciadas?

Como compreender, por exemplo, o modo como Zélia lida com a gestão da contracepção? Ela, ao sair para a “balada”, entrega o anticoncepcional para o namorado guardá-lo. Por que ela não carrega a pílula em uma bolsa? Seu gesto significa uma estratégia de implicar o parceiro na relação e/ou na dinâmica contraceptiva? A negociação em cena mostra-a com agência, ao mesmo tempo em que ela se submete ao jogo do parceiro que ‘brinca’ de esconder o anticoncepcional e de tentar dar o ‘golpe da barriga’ às avessas. Ele não dissimula a vontade de ter um filho. Trata-se de um jogo ambíguo, em que há agência individual e negociação sobre quem detém o domínio da reprodução no par²⁵⁷.

Outro exemplo a ser acionado é em relação ao grupo de moças “hedonistas e preparadas” (M1), apresentado no capítulo 2. O fato de haver uso de método contraceptivo/preventivo na primeira vez, apesar de não ter havido conversa com o parceiro sobre contracepção, é indício de maior agência na relação? Esta interpretação seria ilegítima para as moças “impacientes pela vida adulta” (M2), se a maternidade for um projeto acalentado? Até que ponto o fato da contracepção não ter sido abordada em conversas no casal, tampouco ter havido uso de método contraceptivo na iniciação sexual, pode ser indicativo de sujeição ou de uma conduta engendrada por um contexto desfavorável à autonomia feminina?

As biografias de Nicole e de Natália, ambas sujeitas a contexto de acentuada vulnerabilidade social apresentam, no entanto, narrativas com forte ênfase na

²⁵⁶ Rouch e Bateman (2008) consideram que não é possível pensar em autonomia reprodutiva, nem mesmo na esfera da reprodução assistida, pois neste âmbito os sujeitos dependem do corpo médico e das legislações vigentes.

²⁵⁷ Esse caso faz lembrar, de um lado, a concepção de que os ‘subalternos têm margem de manobra’, tratada na literatura da década de 1970/1980 como o ‘poder dos fracos’ (ALVES et al, 1981), por oposição a uma possível leitura, por outro lado, a partir da noção de dominação e violência simbólica desenvolvida, por Bourdieu (1995).

escolha individual, explícita na opção pela laqueadura tubária. Elas constituem exemplos de autodeterminação e agência individual, ao menos no âmbito do controle definitivo da fecundidade. Em direção oposta, encontra-se Magnólia, moça com nível superior de escolaridade, cujo processo decisório pela esterilização está balizado por questões morais, protagonizadas por seu pai. Estes dois últimos exemplos são cruciais para problematizar a concepção do senso comum de que os mais aquinhoados teriam maior controle, autonomia ou domínio de seu curso da vida.

Ensaio um balanço: arriscaria dizer que o cenário é de mudança. Há alterações nas paisagens socio-institucionais da contracepção no Brasil, nas quais o aumento da prevalência da vasectomia, registrado na PNDS 2006, a introdução da contracepção de emergência no mercado, e ainda a promulgação de Lei de Planejamento Familiar em fins da década de 1990 são exemplos. Poucos estudos já se dedicaram aos impactos dessa nova legislação no contexto brasileiro. O aumento da esterilização masculina seria reflexo de dificuldades crescentes para obtenção da laqueadura? Os depoimentos das mulheres aqui entrevistadas registram enorme dificuldade para conseguir o procedimento pelo SUS, a despeito da regulamentação, a qual parece ter restringido o acesso à intervenção em alguns contextos (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Quais são os efeitos da nova legislação sobre o dito “malthusianismo social”²⁵⁸ dos médicos? Estão ocorrendo mudanças também neste sentido? A partir dos registros das entrevistadas, a respeito do discurso veiculado por profissionais de saúde envolvidos na assistência a tais mulheres, nota-se que eles sempre as alertam para a possibilidade de arrependimento da esterilização. Não há como deixar de sublinhar que o argumento supõe que um novo relacionamento pode sobrevir e que o parceiro pode querer ter um filho. Este elemento parece-me indicativo que a prática profissional esteja orientada por certa concepção de família e de conjugalidade: a expressão “dar um filho” é reveladora do valor da descendência como central para selar a aliança. Contudo, pode-se somente “especular” – por ora – uma vez que os médicos e demais profissionais de saúde

²⁵⁸ Expressão utilizada por Bozon (2005) para designar a disposição dos médicos em realizar a laqueadura tubária no Brasil, principalmente em mulheres de camadas sociais menos favorecidas, uma vez que seria suposto que elas teriam muitos filhos e deveriam ser protegidas de uma procriação excessiva (BOZON, 2005, p. 379).

não foram contemplados nesta tese, apesar de serem importantes atores, sobretudo no cenário da esterilização no Brasil.

Se no início do percurso desta tese eu a definia como “um estudo acerca das intrincadas relações entre sexualidade, contracepção e gênero (no Brasil)”, recoloco a frase a partir da seguinte pergunta: o que as formas de iniciação sexual, os percursos contraceptivos e contextos de engravidamento, e os cenários de esterilização revelam sobre gênero e sexualidade no Brasil? Talvez esta seja uma daquelas perguntas que só uma nova tese pudesse “elucidar”. Espero que os capítulos elaborados, com materiais específicos, tenham possibilitado ao leitor uma mirada sobre as características do contexto da contracepção no Brasil, seja na preparação para a passagem à sexualidade com parceiro/a ou das nuances da gestão da fecundidade na atualidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. C. *Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras*. 2008. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

_____; AQUINO, E. M. L.; BARROS, A. P. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 7, p. 1397-1409, 2006.

ALVES, B. M. et al. *Espelho de Vênus*. Identidade social e sexual da mulher. São Paulo: Brasiliense, 1981. 383 p.

ALVES, J. E. D. *As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. (Textos para discussão, n. 21).

_____. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: o choque de civilizações versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, J. A.; ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. (Org.). *Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil*. Campinas: ABEP, 2004. v. 1, p. 21-47.

AMORIM, F.; BONIFÁCIO, G. Tendências e diferenciais na prevalência dos métodos contraceptivos: uma análise a partir das DHS realizadas no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. População e desenvolvimento: decifrando conexões, 17., 2010, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2010. 1 CD-ROM.

AMORIM, F. A.; CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia – com especial menção à esterilização feminina e masculina. In: WONG, L. L. R. (Org.). *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*. Rio de Janeiro: ALAP, 2008. p. 101-130.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-383, 2003.

_____. et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.

_____.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA, M. C. C. Aspectos metodológicos, operacionais e éticos da Pesquisa Gravídica. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 279 p.

ARILHA, M. Homens: entre a 'zoeira' e a 'responsabilidade'. In: _____; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS, 1998. p. 51-78.

_____. *Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução*. 1999. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

AZEVEDO, T. Namoro à antiga: tradição e mudança. In: VELHO, G.; FIGUEIRA, S. (Org.). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981. p. 219-276.

BAJOS, N. et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*, Paris, v. 59, n. 3/4, p. 479-502, 2004.

_____. et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?. *Population & Sociétés*, Paris, n. 407, p. 1-4, 2004.

_____. BOZON, M. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008. 605 p.

_____.; FERRAND, M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine?. *Sciences Sociales et Santé*, Paris, v. 22, p. 117-140, 2004.

_____.; _____. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemporaines*, Paris, n. 61, p. 91-117, 2006.

_____.; _____. et l'équipe GINE. (Org.). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM, 2002. 345 p.

_____.; _____.; ANDRO, A. La sexualité à l'épreuve de l'égalité. In: _____.; BOZON, M. (coord.). *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008. p. 545-576.

_____.; _____.; HASSOUN, D. Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. et l'équipe GINE. (Org.). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM, 2002. p.33-78.

BARBOSA, A. M. *Panorama sociodemográfico da fecundidade de adolescentes e jovens: Brasil 1970-2006*. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2008.

BARBOSA, R. M. Mulher e contracepção: entre o técnico e o político. 1989. 233f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

_____. *Negociação sexual ou sexo negociado?: gênero, sexualidade e poder em tempos de AIDS*. 1997. 241 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____. Negociação sexual ou sexo negociado?: poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 73-88.

BARBOSA, R. M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 408-417, 1993.

_____.; VILLELA, W. V. Sterilization and sexual behaviour among women in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, London, v. 3, n. 5, p. 37-46, 1995.

BARONE, M. A. et al. Characteristics of men receiving vasectomies in the United States, 1998-1999. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2004.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 18, p. 170-180, 1984.

BATEMAN-NOVAES, S. Avortement. In: MARZANO, M. (Dir.). *Dictionnaire du corps*. Paris: Presse Universitaires de France, 2007a. p. 92-95.

_____. Contraception. In: MARZANO, M. (Dir.). *Dictionnaire du corps*. Paris: Presses Universitaires de France, 2007b. p. 215-218.

_____. Corps fécondable, corps réfractaire? *Dialogue*, Paris, n. 76, p. 90-95, 1982a. (*Le sexe et ses lois*).

_____. La grossesse accidentelle et la demande d'avortement. *L'Année Sociologique*, Paris, n. 30, p. 219-241, 1979-1980.

_____. La procréation impossible. *Dialogue*, Paris, n. 87, p. 86-97, 1985. (Bioéthique et désir d'enfant).

_____. Les récidivistes. *Revue Française de Sociologie*, Paris, n. 23, p. 473-485, 1982b.

_____. La stérilisation: un moyen de contraception? À propos des avis du Comité Consultatif National d'Éthique. In: GIAMI, A.; LERIDON, H. *Les enjeux de la stérilisation*. Paris: Inserm, 2000. p. 159-169.

_____.; SALEM, T. Recontextualizando o embrião. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 65-89, 1995.

BAULIEU, E. E.; LERIDON, H. Introduction. In: BAULIEU, E. E.; HÉRITIER, F.; LERIDON, H. (Dir.). *Contraception: contrainte ou liberté?* Paris: O. Jacob, 1999. p. 7-17.

BEAUJOUAN, E. Séparations, nouvelles unions: quelles influences sur la fécondité? *Population & Sociétés*, Paris, n. 464, p. 1-4, 2010.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987. 312 p.

BEJIN, A. La masturbation féminine: un exemple d'estimation et d'analyse de la sous-déclaration d'une pratique". *Population*, ano 48, n. 5, p. 1437-1450, 1993.

BELLIVIER, F. Stérilisation. In: MARZANO, M. (Dir.). *Dictionnaire du corps*. Paris: Presses Universitaires de France, 2007. p. 900-1003.

BELTZER, N.; BAJOS, N. De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. In: BAJOS, N.; BOZON, M. (Dir.). *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008. p. 437-460.

_____.; BOZON, M. Les séparations et leurs suites: rencontres sexuelles et prévention après une rupture conjugale ou amoureuse. In: BAJOS, N.; BOZON, M. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008. p. 197-212.

BERGER, P.; KELLNER, H. Marriage and the construction of reality. *Diogenes*, n. 46, p. 1-25, 1964.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K. et al. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 113-126.

_____. Brasil, um caso exemplar – a anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 367-81, 1993.

_____. Os corpos silenciados. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 3, jul., p. 47-49, 1982.

_____.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, n. 42, supl. 1, p. 34-44, 2008.

_____.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 441-453, 2003.

_____.; _____. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 74, p. 11-15, 2006.

_____.; _____. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? In: *ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA*, 2005, Philadelphia. Disponível em: <<http://paa2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51746>>. Acesso em: 24 set. 2008.

BERQUÓ, E.; LIMA, L. P. Intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; São Paulo: CEBRAP, 2008. p. 305.

BOMBA relógio. *O Globo*, Rio de Janeiro, 5 nov. 2005. Opinião, Primeiro Caderno.
 BONELL, C. Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, v. 6, n. 3, p. 255-272, 2004.

BOUDON, R. Ação. In: _____. *Tratado de sociologia*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009. p. 27-63.

BOURDIEU, P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Éd. du Minuit, 1979. 670 p.

_____. A dominação masculina. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, n. 20, p. 133-184, 1995.

_____. A “juventude” é apenas uma palavra. In: _____. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 311 p.

BOZON, M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons et évolutions récentes. *Populations et Sociétés*, Paris, n. 391, p. 1-4, 2003.

_____. Amor e sexualidade na França contemporânea. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n.1, p. 122-35, 1995.

_____. L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites, du calendrier aux attitudes. *Population*, Paris, n. 5, p. 1317-1352, 1993.

_____. L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil: médicalisation, genre et inégalités sociales. *Revue Tiers Monde*, Paris, v. 46, n. 182, p. 359-384, 2005a.

_____. Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints: une domination consentie. *Population*, Paris, n. 3, p. 565-602, 1990.

_____. A nova normatividade das condutas sexuais ou a dificuldade de dar coerência às experiências íntimas. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004b. p. 119-153.

_____. Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina. In: HEILBORN, M. L. et al. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b. p. 301-314.

_____. Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. *Societes contemporaines*, Paris, n. 41/42, p. 11-40, 2001.

_____. Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus. In: _____; BAJOS, N. (Dir.). *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008. p.117-147.

BOZON, M. Les significations sociales des actes sexuels. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 128, p. 3-23, 1999.

_____. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004a. 170 p.

_____. Women and the age gap between spouses: an accepted domination? *Population: an English selection*, Paris, n. 3, p. 113-148, 1991.

_____.; GIAMI, A. Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir – présentation de l'article de John Gagnon. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, n.128, p. 68-72, 1999.

_____.; HEILBORN, M. L. Les caresses et les mots: initiations amoureuses à Rio de Janeiro et à Paris. *Terrain*, Paris, n. 27, p. 37-58, 1996.

_____.; _____. As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 59, p. 111-35, mar. 2001.

_____.; _____. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 156-206.

_____.; KONTULA, O. Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In: HUBERT, M.; BAJOS, N.; SANDFORT, T. *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe: comparisons of national surveys*. Londres: UCL Press, 1998. 442 p.

_____.; _____. Initiation sexuelle et genre, comparaison des évolutions de douze pays européens. *Population*, Paris, n. 6, p. 1367-1400, 1997.

_____.; LERIDON, H. Les constructions sociales de la sexualité. *Population*, Paris, n. 5, p. 1173-1196, 1993.

BRANDÃO, E. R. *Individualização e vínculo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência*. 2003. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p. 63-86.

_____.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 7, p. 1421-1430, 2006.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 561-563.

_____. Ministério da Saúde. *Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/AIDS*. Brasília, 2000. 147 p.

_____. _____. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.

_____. _____. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório*. Brasília, 2008. 306 p.

_____. _____. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, 2004. 47 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 048, de 11 de fevereiro de 1999. Inclui nos grupos de procedimentos da tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os códigos de procedimentos especificados em anexo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 fev. 1999. Seção 1, p. 61.

_____. _____. Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. Inclui no grupo de procedimento cirurgia de trompas II - código 34.104.02.0 da tabela do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o procedimento 34.022.04.0 - laqueadura tubária... *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 nov. 1997. Seção 1, p. 27409.

BREHENY, M.; STEPHENS, C. Individual responsibility and social constraint: the construction of adolescent motherhood in social scientific research. *Culture, Health & Sexuality*, v. 9, n. 4, 2007, p. 333-346.

BROWN, A. D. et. al. *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies*. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.8.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2009.

BRYSON, L.; STRAZZARI, S.; BROWN, W. Shaping families: women, control and contraception. *Family Matters*, Melbourne, n. 53, p. 31-38, 1999.

BUMPASS, L.; THOMSON, E.; GODECKER, A. L. Women, men and contraceptive sterilization, *Fertility and Sterility*, n. 73, p. 937-946, 2000.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 283-292, 2003.

CABRAL, C. S. Gravidez na adolescência: negociações na família. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *Família, sexualidade e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 87-110.

_____. *Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro*. 2002. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____.; HEILBORN, M. L. Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo até os dias atuais. In: BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rumos para Cairo +20*. Brasília, 2010, p. 107-35.

CAETANO, A. J. Ascensão e queda da laqueadura tubária no Brasil?: uma avaliação de pesquisas de demografia e saúde de 1986, 1996 e 2006 In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. População e desenvolvimento: decifrando conexões, 17., 2010, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2010. 1 CD-ROM.

_____.; POTTER, J.E. Politics and female sterilization in Northeast Brazil. *Population and Development Review*, New York, v. 30, n. 1, p. 79-108, 2004.

CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 38, p. 5-38, out. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000300001. Acesso em: 22 out. 2010.

CALAZANS, G. Cultura adolescente e saúde: perspectivas para investigação. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). *Cultura, adolescência e saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas: NEPO-UNICAMP, 2000. p. 44-97.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, v. 1, 1998. p. 109-133.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: _____. (Org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra, 1986. p. 95-105.

CARVALHO, L. E. C. et al. Esterilização cirúrgica voluntária na região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2906-2916, 2007.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Apoio: a forma predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do casal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, p. 61-76, 2000.

_____.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 788-794, 2005.

CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. Fertility and contraception in Latin America: historical trends, recent patterns. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Demographic transformations and inequalities in Latin America: historical trends and recent patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, 2009. p. 161-192.

CENTRE INTERNACIONAL DE STATISTIQUE ET D'INFORMATIQUE APPLIQUÉES (França). *Système SPAD pour Windows-version 5.0: aide à l'interprétation*. Paris, 2001. 126 p.

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN (Argentina). *Análisis de la situación de la población en Argentina: documento de base para la discusión*. Argentina, 2008.

CESBRON, P. De la médicalisation du droit des femmes. In: HAUDIQUET, V.; SURDUTS, M.; TENENBAUM, N. (Coord.). *Une conquête inachevée: le droit des femmes à disposer de leur corps*. Paris: Syllepse, 2008. p. 85-96.

CHAN, Y.H. Biostatistics 304: clusters analysis. Basic statistics for doctors. *Singapore Medical Journal*, v. 46, n. 4, 2005, p. 153-160.

CHAZAN, L. K. *Meio quilo de gente: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 230 p.

CHOISIR sa contraception: trop tôt pour avoir un bébé. Saint Denis: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. 2010. Disponível em: <<http://www.choisirsacontraception.fr/troptotpouravoirunbebe/index.html>>. Acesso em: 10 maio 2010.

CICHELLI, V. Repensar os laços entre pais e jovens adultos fora da aporia conflito/entendimento. *Interseções*, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, p. 247-265, jul./dez. 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, n. 4, v. 2, p. 15-25, 1996.

CORDEIRO, F. *Negociando significados: coerção sexual em narrativas de jovens brasileiros*. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CORRÊA, S. Fertility management policies: past, present and challenges for the future. In: CORRÊA, S.; REICHMANN, R. *Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South*. New Delhi: DAWN, 1994. p. 10-55.

COSTA, T. J. N. M. *Gravidez na adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10 a 14 anos em Juiz de Fora (MG)*. 2002. 170 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002b.

_____. A maternidade em menores de 15 anos em Juiz de Fora (MG): uma abordagem socioantropológica. *Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social*, Rio de Janeiro, n. 7, p. 154-183, 2002a.

DADOORIAN, D. *A gravidez desejada em adolescentes de classes populares*. 1994. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

DaMATTA, R. *A casa e a rua*. São Paulo: Brasiliense, 1985. 140 p.

DARROCH, J. E. Male fertility control: where are the men? *Contraception*, Los Angeles, v. 78, p. 7-17, 2008.

DIAS, A. B. *Parentalidade juvenil e relações familiares em Salvador, BA*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 290 p.

_____. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre as classes trabalhadoras urbanas. In: LOPES, J. S. L. (Org.). *Cultura e identidade operária: aspectos da cultura de classe trabalhadora*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. p. 203-26.

DUARTE, L. F. D et. al. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 22, 1992. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_22/rbcs22_01.htm>. Acesso em: 22 out. 2010.

EDWARDS, S. R. The role of men in contraceptive decision-making: current knowledge and future implications. *Family Planning Perspectives*, v. 26, n. 2, p. 77-82, 1994.

ERLICH, M. Histoire de la stérilisation. Aspects techniques, idéologiques et culturels. In: GAMI, A.; LERIDON, H. *Les enjeux de la stérilisation*. Paris: Inserm, 2000. p. 15-38.

ESCOFFIER, B.; PAGES, J. *Analyses factorielles simples et multiples, objectifs, méthodes et interprétation*. Paris: Dunod, 1990. 350 p.

ESCOFFIER, J. Introdução. In: GAGNON, J. H. *Uma interpretação do desejo: ensaio sobre o estudo da sexualidade*. Tradução: Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 13-30.

ESSURE. Apresenta informações sobre o procedimento contraceptivo Essure. Mountain View: Conceptus Inc., 2009. Disponível em: <<http://essure.com.pt/>> Acesso em: 15 mar. 2011.

- EVANS, A. The influence of significant others on Australian teenagers' decisions about pregnancy resolution. *Family Planning Perspectives*, v. 33, n. 5, p. 224-230, 2001.
- FACHEL, J. M. G. et al. O corpo como dado: material etnográfico e aplicação de análise fatorial de correspondência. In: LEAL, O. (Org.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1995. p. 37-53.
- FARIA, V. E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, p. 62-103, 1989.
- FERNANDES, A. M. S. et al. Características de casais que buscam reversão de laqueadura em serviço público de esterilidade conjugal e seu arrependimento. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 11, n. 2, p. 109-114, 2002.
- FERRAND, M. Aborto: uma condição para a emancipação feminina. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, supl. 440, p. 653-659, 2008.
- FERRAND-PICARD, M. Médicalisation et contrôle social de l'avortement: derrière la loi, les enjeux. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 23, n. 3, p. 383-396, 1982.
- FONSECA, C. L. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2000. 345 p.
- FONSECA SOBRINHO, D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1993. 303 p.
- FONTANEL, B.; WOLFROMM, D. *Petite histoire du préservatif*. Paris: Stock, 2009. 178 p.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977. 152 p.
- FRAYSSINET, F. *Polêmico projeto de esterilização feminina*. IPS Brasil, 22 de agosto de 2007. Disponível em: <<http://www.ips.org/ipsbrasil.net/nota.php?idnews=3173>>. Acesso em: 02 dez. 2010.
- FROST, J. J.; DARROCH, J. E. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use: United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, New York, v. 40, n. 2, p. 94-104, 2008.
- FRY, P. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 135 p.
- GAGNON, J. O uso explícito e implícito da perspectiva da roteirização nas pesquisas sobre a sexualidade. In: _____. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Tradução: Lucia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 211-268.

_____.; SIMON, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine, 1973. 316 p.

GALLAND, O. *Les jeunes*. Paris: La Découverte, 2009. 122 p.

_____. Une entrée de plus en plus tardive dans la vie adulte. *Economie et Statistique*, n. 283/284, p. 33-52, 1995.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS, 1998. p. 31-50.

GAUTIER, A. Les politiques de planification familiale dans le pays en développement: du malthusianisme au féminisme? *Lien Social et Politiques*, Québec, n. 47, 2002. p. 67-81. Disponível em: <http://id.erudit.org/iderudit/000343ar>. Acesso em: 03 mar. 2010.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 323 p.

GELLY, M. L'enseignement de l'avortement et de La contraception dans les études médicales. In: HAUDIQUET, V.; SURDUTS, M.; TENENBAUM, N. (Coord.). *Une conquête inachevée: le droit des femmes à disposer de leur corps*. Paris: Syllepse, 2008. p. 65-74.

GETTLER-SUMA, M.; PARDOUX, C. *La classification automatique*. Paris: Université Paris-Dauphine/École Doctorale de Gestion, 2007. Disponível em: <http://www.ceremade.dauphine.fr/~touati/EDOGEST-seminaires/Classification.pdf> Acesso em: 06 ago. 2010.

GIAMI, A. Pour une éducation sexualisée. *Informations sociales: Revue Mensuelle des Services Sociaux*, Paris, n. 55, p. 30, 1996.

_____.; LERIDON, H. (Ed.). *Les enjeux de la stérilisation*. Paris: Inserm, 2000. 334 p.

_____.; SCHILTZ, M. A. (Org.). *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes: entre errance et conjugalité*. Paris: Inserm, 2004. 390 p.

GIUDICI, F.; LE GOFF, J.; SPINI, D. Entrée dans la vie adulte en exYougoslavie dans le contexte des années 1990. In: ORIS, M. et al. *Transition dans les parcours de vie et construction de inégalités*. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 2009. p. 233-252.

GODECKER, A. L.; THOMSON, E.; BUMPASS, L. L. Union Status, marital history and female contraceptive sterilization in the United States. *Family Planning Perspectives*, New York, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2001.

GRADY, W. R. et al. Men's perceptions of their roles and responsibilities regarding sex, contraception and childrearing. *Family Planning Perspectives*, New York, v. 28, n. 5, p. 221-235, 1996.

GUIMARÃES, C. D. *AIDS no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?* Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001. 231 p.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 89-114.

HAAVIO-MANNILA, E.; KONTULA, O. *Sexual trends in the Baltic Sea Area*. Helsinki: Population Research Institute, 2003. 253 p.

HARRIS, L. *The nation: when teen pregnancy is no accident*. Disponível em: <<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=127209931>>. Acesso em: 29 maio 2010.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____. (Org.). *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 40-58.

_____. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 217 p.

_____. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, supl. 1, p. 50-82, 1993.

_____. A primeira vez nunca se esquece: trajetórias sexuais masculinas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 394-405, 1998.

_____. O traçado da vida: gênero e idade em populares do Rio de Janeiro. In: MADEIRA, F. R. (Org.). *Quem mandou nascer mulher?: estudo sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 296-342.

_____. Vida a dois: conjugalidade igualitária e identidade sexual. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8., 1992, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ABEP, 1992.

_____.; CABRAL, C. S. Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Rio de Janeiro: IPEA, 2006b. p. 225-255.

_____.; _____. Sexual practices in youth: analysis of lifetime sexual trajectory and last sexual intercourse. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1471-81, 2006a.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: _____. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 207-266.

_____.; CABRAL, C. S.; BRANDÃO, E. R. Experiência reprodutiva, contracepção e aborto: trajetórias juvenis femininas e masculinas em foco. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. População e desenvolvimento: decifrando conexões, 17., 2010, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2010. 1 CD-ROM.

_____.; CARRARA, S. Em cena os homens... *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 6, supl. 2, p. 370-374, 1998.

_____. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 17, ano 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002.

_____. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 269-278, 2009.

_____. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 534 p.

HEMMINKI, E.; RASIMUS, A.; FORSSAS, E. Sterilization in Finland: from eugenics to contraception. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 45, n. 12, p. 1875-1884, 1997.

HERITIER, F. *Masculin-féminin I: la pensée de la différence*. Paris: O. Jacob, 1996. 332 p.

_____. *Masculin-féminin II: dissoudre la hiérarchie*. Paris: O. Jacob, 2002. 441 p.

_____. Vers um nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. In: BAULIEU, E. E.; HÉRITIER, F.; LERIDON, H. (Dir.). *Contraception: contrainte ou liberté?* Paris: O. Jacob, 1999. p. 37-52.

HIGGINS, J. A.; HIRSCH, J. S. Pleasure, power and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American Journal of Public Health*, Stanford, v. 98, n. 10, p. 1803-1813, 2008.

_____.; _____. The pleasure deficit: revisiting the «Sexuality Connection» in reproductive health. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 33, n. 3, p. 133-139, 2007.

_____.; _____.; TRUSSEL, J. Pleasure, prophylaxis and procreation: a qualitative analysis of intermittent contraceptive use and unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, New York, v. 40, n. 3, p. 130-137, 2008.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

_____. Getting sterilized in Brazil: stories of success and failure. *Demografia em Debate*, Belo Horizonte, v. 2, p. 167-183, 2009.

HUBERT, M.; BAJOS, N.; SANDFORT, T. (Org.). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of National Surveys*, London, 1998. 442 p.

JANNOTTI, C. B. *Reflexividade, sexualidade e reprodução: processos políticos no Brasil e no Chile*. 2002. 357 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

JOHNSON, J. H. Vasectomy: an international appraisal. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 9, n. 3, p. 96-99, 1983.

JONES, R. K. et al. Better than nothing or savvy risk-reduction practice?: the importance of withdrawal. *Contraception*, Los Angeles, v. 79, p. 407-410, 2009.

JÜTTE, R. *Contraception: a history*. Cambridge: Polity Press, 2008. 255 p.

KATZ, R.A. *Adolescentes e maternidade: um destino, um problema, uma escolha?* 1999. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

KAUFMAN, L.; ROUSSEEUW, P.J. *Finding groups in data: an introduction to cluster analysis*. New Jersey: Wiley-Interscience, 1990. 342 p.

KNAUTH, D. R. et al. Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In: HEILBORN, M. L. et al. (orgs.), *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 400-417.

LADRIÈRE, P. Présentation. *Revue Française de Sociologie*, Paris, v. 23, n. 3, p. 351-357, 1982.

LAGRANGE, H.; LHOMOND, B. *L'entrée dans la sexualité*. Paris: La Découverte, 1997. 464 p.

LANDRY, E.; WRAD, V. Perspectives from couples on the vasectomy decision: a six-country study. In: RAVINDRAN, T. K. S.; BERER, M.; COTTINGHAM, J. (Ed.). *Beyond acceptability: users' perspectives on contraception* p. 58-67. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacq010.pdf>. Acesso em: 22 set. 2010.

LAUMANN, E. O. et al. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: Univ. of Chicago Press. 1994. 718 p.

LE GALL, D. Le première fois. In: MARQUET, J. (Dir.). *Normes et conduites sexuelles: approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. Louvain-la-Neuve: Bruylant-Academia, 2004. p.63-78.

_____.; LE VAN, C. *La première fois: le passage à la sexualité adulte*. Paris: Payot, 2007. 300 p.

- LE GOFF, J. et al. Devenir parent: changer de vie? In: ORIS, M. et al. *Transition dans les parcours de vie et construction des inégalités*. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 2009. p. 211-232.
- LE VAN, C. *Les grossesses à l'adolescence: normes sociales, réalités vécues*. Paris: L'Harmattan, 1998. 204 p.
- LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. F. (Org.). *Corpo e significado: ensaios em antropologia médica*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1995. p. 13-36.
- _____.; BOFF, A. M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 89-111.
- LENNERHED, L. Sterilization on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why? *Reproductive Health Matters*, London, v. 5, n. 10, p. 156-161, 1997.
- LERIDON, H. Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements encore très différents. In: BAJOS, N.; BOZON, M. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte, 2008, p. 215-242.
- _____. et al. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population & Sociétés*, Paris, n. 381, p. 1-4, 2002.
- LEVINSON, S. *Les histoires de référence: cadres socio-temporels et représentations des premières relations sexuelles*. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - École des Hautes Études em Sciences Sociales, Paris, 2001.
- LOWE, P. Contraception and heterosex: an intimate relationship. *Sexualities*, London, v. 8, n. 1, p. 75-92, 2005.
- LOYOLA, M. A. (Dir.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 307 p.
- LUIZ, O. C.; CITELI, M. T. *Esterilização cirúrgica voluntária da Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços*, 1999. São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2000. 18 p. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Esteriliza%C3%A7ao%20cir%C3%BArgica%20volunt%C3%A1ria%20na%20Regiao%20Metropolitana%20de.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2010.
- LUKER, K. *Dubious conceptions: the politics of teenage pregnancy*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 1996. 283 p.
- _____. A reminder that human behavior frequently refuses to conform to models created by researchers. *Family Planning Perspectives*, New York, v. 31, n. 5, p. 248-260, 1999.

- LUKER, K. *Taking chances: abortion and the decision not to contracept*. California: Univ. of California Press, 1975. 207 p.
- LUNA, N. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 299 p.
- LUPTON, D. Taming uncertainty: risk discourse and diagnostic testing. In: _____. *The imperative of health: public health and regulated body*. London: Sage, 1995. p. 77-105.
- LYRA, J. L. Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. In: ARILHA, M. et al. (Org.). *Homens e masculinidade: outras palavras*. São Paulo: ECOS, 1998. p. 185-214.
- MACHADO, K. M. M.; LUDEMIR, A. B.; COSTA, A. M. Changes in family structure and regret following tubal sterilization. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 21, n. 6, p. 1768-1777, 2005.
- MANICA, D. T. *Contracepção, natureza e cultura: interações entre medicina, mídia e a indústria farmacêutica através da etnografia de uma trajetória*. 2009. 333 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- _____. Menstruação, natureza ou cultura. In: *CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA*. Sociedades contemporâneas: reflexividade e ação, 5., 2004, Braga. *Actas...* Lisboa: APS, 2004. p. 23-30. Disponível em: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4616d63e86485_1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2010.
- MARCHI, N. M. et al. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 v, n. 4, p. 1017-1027, 2003.
- MARINHO, L. F. B. *Entrada na sexualidade e práticas contraceptivas: a experiência de jovens em três capitais brasileiras*. 2006. 157 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise culturas da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384 p.
- MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development Review*, New York, v. 22 v, n. 1, p. 47-75, 1996.
- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 193-204, 2009.

MENEZES, G. M. S. *Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras*. 2006. 185 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MILLER, E. et al. Reproductive coercion: connecting the dots between partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, v. 81, n. 6, p. 457-59, 2010.

MILLER; W. B.; SHAIN, R. N.; PASTA, D. J. Tubal sterilization or vasectomy: how do married couples make the choice? *Fertility and Sterility*, Birmingham, v. 56, n. 2, p. 278-284, 1991.

MINELLA, L. S. Aspectos positivos e negativos de esterilização tubária do ponto de vista de mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 69-79, 1998b.

_____. *Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica*. Florianópolis: Ed. EFSC. 2005. 191 p.

_____. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Brasília, v. 15, n. 1, p. 3-22, 1998a.

MONTEIRO, M.; ADESSE, L. *Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e socioculturais*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. 8 p.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 117-145.

_____. *Qual prevenção?: AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. 148 p.

MOREAU, C. et al. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, New York, v. 38, n. 4, 2006, p. 190-196.

MOSHER, W. D.; CHANDRA, A.; JONES, J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States, 2002. *Advance Data From Vital and Health Statistics*, Washington, n. 362, p. 1-56, 2005. Disponível em: <http://www.gaydata.org/Data_Sources/ds005_NSGF_Results_2002.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2009.

MOTTA, M. G. *O casal adolescente e a gravidez*. 1998. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

MUMFORD, S. D. The vasectomy decision-making process. *Studies in Family Planning*, New York, v. 14, n. 3, p. 83-88, March 1983.

NOVAES, R. C. R. et al. (Org.). *Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas*. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, 2006. 139 p. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/sobreoministerio/orgaoscolegiados/arquivos/Politica%20Nacional%20de%20Juventude.pdf/view?searchterm=POLÍTICA%20NACIONAL%20DA%20JUVENTUDE>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

OLIVEIRA, J. C. *Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo*. 2005. Mimeografado.

OLIVEIRA, M. C.; BILAC, E. D.; MUSZKAT, M. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações das 'camadas médias' paulistas. In: MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. *Demografia em debate: qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. Belo Horizonte: ABEP, 2009. v. 2, p. 275-311.

OLIVEIRA, P. P. Discursos sobre a masculinidade. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 91-113, 1998.

ORTAYLI, N. et al. Why withdrawal? why not withdrawal?: men's perspectives. *Reproductive Health Matters*, London, v. 13, n. 25, p. 164-173, 2005.

ORTNER, S.B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M. Z.; LAMPHERE, L. *A Mulher, a Cultura, a Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 95-120.

OSIS, M. J. D. et al. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1399-1404, 2003.

OUDSHOORN, N. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge, 1994. 199 p.

_____. Contraception masculine et querelle de genre. *Cahiers du Genre*, Paris, n. 25, p. 139-166, 1999.

_____. *The male pill: a biography of a technology in the making*. Durham: Duke Univ. Press, 2003. 292 p.

PAIS, J. M. *Culturas juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1993. 352 p.

_____. (Coord.). *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais/Universidade de Lisboa, 1998. 595 p.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, O. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 213-234.

_____. et al. Idade e uso de preservativos na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 42. supl. 1, p. 45-53, 2008.

PARDOUX, C. Apporte de l'analyse factorielle à l'étude d'un processus. *Revue de Statistique Appliquée*, Paris, v. 37 v, n. 4, p. 41-60, 1989.

PARKER, R. G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991. 295 p.

PAUL, G. A chance do país maduro. *Exame*, São Paulo, n. 896, 27 jun. 2007. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0896/noticias/a-chance-do-pais-maduro-m0132388>>. Acesso em: 28 jun. 2007.

PERES, S. O. *Aborto e juventude: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência*. 2003. 278 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1411-1420, 2006.

PERETTI-WATEL, P. *La société du risque*. Paris: La Découverte, 2010. 126 p.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, 2009. p. 87-104.

PETCHEVSKY, R. P. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. *Feminist Studies*. Maryland, v. 13 v, n. 2, p. 263-92, 1987.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Ed.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 361-369.

PIROTTA, K. C. M. *Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. 2002. 295 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

_____; SCHOR, N. Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo, 1992. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 33-57, 1999.

_____; _____. *A mulher e a esterilização: a trajetória rumo à laqueadura tubária*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 1998. 1 CD-ROM.

- PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. Apresentação. In: _____.; _____.; _____. (Org.). *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 9-35.
- PITANGUY, J. Feminist politics and reproductive rights: the case of Brazil. In: SEN, G.; SNOW, R. C. (Org.). *Power and decision*. Boston: Harvard School of Public Health, 1994, p. 101-122.
- PITT-RIVERS, J. A. Honra e posição social. In: PERISTIANY, J. G. (Org.). *Honra e vergonha: valores das sociedades mediterrâneas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988. p. 11-60.
- POTTER, J. E. et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception*, Los Angeles, n. 67, p. 385-90, 2003.
- _____. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *British Medical Journal*, Londres, v. 323, p. 1155-1158, 2001.
- PSION, G. France 2009: l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population & Sociétés*, Paris, n. 465, p. 1-4, 2010.
- _____. Population ageing will be faster in the South than in the North. *Population & Sociétés*, Paris, n. 457, p. 1-4, 2009.
- RECHEL, M. *Ambivalent fertility preferences: towards a better understanding of reproductive desires and choice*. In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 2010, Dallas. Disponível em: <<http://paa2010.princeton.edu/download.aspx?submissionId=100891>>. Acesso em: 14 abr. 2010.
- RÉGNIER-LOILIER, A. L'arrivée d'un modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sien du couple? *Population & Sociétés*, Paris, n. 461, p. 1-4, 2009.
- _____.; LERIDON, H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? *Population & Sociétés*, Paris, n. 439, p. 1-4, 2007.
- RIBEIRO-COROSSACZ, V. *Identité nationale et procréation au Brésil: sexe, classe et stérilisation féminine*. Paris: L'Harmattan, 2004. 30 p.
- ROHDEN, F. O corpo fazendo a diferença. *MANA*, Campinas, v. 4, n. 2, p. 127-141, 1998.
- ROSSIER, C.; LERIDON.; L'équipe COCON. *Pilule et préservatif, substitution ou association?: une analyse des biographies des jeunes femmes en France de 1978 à 2000*. *Population*, Paris, v. 59, n. 3-4, p. 449-78, 2004.
- ROUCH, H; BATEMAN, S. Quel avenir pour la reproduction? In: HAUDIQUET, V.; SURDUTS, M.; TENENBAUM, N. (Coord.). *Une conquête inachevée: le droit des femmes à disposer de leur corps*. Paris: Syllepse, 2008. p. 129-138.

RUBIN, D. O anticoncepcional que revolucionou os costumes ficará mais natural, ecológico e uma versão masculina deverá chegar ao mercado em dez anos. *Isto É*, São Paulo, n. 2111, p. 80-86, abr. 2010.

SAHLINS, M. *História e cultura: apologias a Tucídides*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006. 331 p.

SALEM, T. “Homem... já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004, p.15-61.

_____. Mulheres faveladas: “com a venda nos olhos”. In: FRANCHETTO, B. et al. *Perspectivas antropológicas da mulher 1*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 49-99.

SARTI, C.A. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996. 128 p.

SAUVAIN-DUGERDIL, C. Les projets de fécondité: rationalités des chercheurs, ambivalence des individus. In: ORIS, M. et al. *Transitions dans le parcours de vie et construction de inégalités*. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 2009. p. 187-210.

SCAVONE, L. Les paradoxes des droits reproductifs au Brésil: avortement et stérilisation féminine. *Cahiers du Genre*, Paris, n. 25, p. 123-137, 1999.

SCHALET, A. Must we fear adolescent sexuality? *Medscape General Medicine*, New York, v. 6, n. 4, p. 1-22, 2004.

_____. Raging hormones, regulated love: adolescent sexuality and the constitution of the modern individual in the United States and the Netherlands. *Body & Society*, London, v. 6, n. 1, p. 75-105, 2000.

SCHOEN, J. *Choice and coercion: birth control, sterilization and abortion in public health and welfare*. Chapel Hill: Univ. of North Carolina Press, 2005. 331p.

SCHUCH, P. *Carícias, olhares e palavras: uma etnografia sobre o “ficar” entre jovens universitários de Porto Alegre*. 1998. 250 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 5-22, 1990.

SEIBER, E. E.; BETRAND, J. T.; SULLIVAN, T. M. Changes in contraceptive method mix in developing countries. *Internacional Family Planning Perspectives*. New York, v. 33, n. 3, p. 117-123, 2007.

SERRUYA, S. Ligação de trompas e imaginário feminino. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, v. 10, n.1-2, p. 27-70, 1993.

- SIHVO, S. et al. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Epidemiology Community Health*, London, v. 57, p. 601-605, 2003.
- SIMÕES, C. C. S. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e novas questões demográficas*. São Paulo: Albeit Factory, 2006. 140p.
- SIMON, P. et al. *Rapport sur le comportement sexuel des français*. Paris: Julliard et Charron, 1972. 353 p.
- SIMON, W.; GAGNON, J. H. Sexual scripts, permanence and change. In: PLUMMER, K. (Ed.). *Sexualities: critical concepts in sociology: some elements for an account of the social organization of sexualities*. London: Routledge, 2002. p. 279-302. v. 2.
- SOCIEDADE CIVIL DO BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1997. 250 p.
- SPENCER, B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 128, p. 29-33, 1999.
- SPIRA, A.; BAJOS, N. et al. *Les comportements sexuels en France*. Paris: La Documentation Française, 1993. 352 p.
- STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 303-30, 1995.
- SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS (França). *Exercice professionnel: infirmière scolaire et contraception d'urgence*. Disponível em: <<http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-scolaire-et.html>> Acesso em: 24 mar. 2011.
- TABET, P. Natural fertility, forced reproduction. In: LEONARD, D.; ADKINS, L. (Ed.). *Sex in question: french materialism feminism*. London: Taylor & Francis, 1996. p. 109-177.
- TOULEMON, L.; LERIDON, H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception grossesses accidentelles et avortements. *Population*, Paris, v. 47, n. 1, p. 1-45, 1992.
- _____.; _____. Vingt années de contraception em France: 1968-1988. *Population: Revue Bimestrielle de L'institut National D'Études Démographiques*, Paris, n. 4, p. 777-811, 1991.
- TULLOCH, J.; LUPTON, D. *Risk and everyday life*. London: SAGE, 2003. 140 p.
- UNITED NATIONS. *World contraceptive use 2009*. New York: UN/Population Division. Department of Economic and Social Affairs, 2010. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contraceptive2009.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2010.

VALDÉS, T; OLAVARRÍA, J. (Ed.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago: FLACSO, 1998. 284 p.

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

VARGAS, E. P.; RUSSO, J. A.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 153-162, 2010.

VELHO, G. Trajetória individual e campo de possibilidades. In: _____. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 31-48.

VENTURA, M. *Dois lados de uma mesma moeda? Notícias CLAM*, Rio de Janeiro, dez 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=%5FBR&inoid=7592&sid=7>. Acesso em: 15 dez. 2010. Entrevista.

VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 245 p.

VIEIRA, A. G. A assustadora multiplicação dos carentes. *O Globo*, Rio de Janeiro, 3 abr. 2005, Opinião, p. 7.

VIEIRA, E. M. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 739-747, 1999.

_____. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista Saúde e Pública*, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 440-448, 1994.

_____. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde pública e reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003, p.151-196.

_____. La stérilisation féminine au Brésil: un modèle de planification familiale? In: GIAMI, A.; LERIDON, H. *Les enjeux de la stérilization*. Paris: Inserm, 2000. p. 249-270.

_____. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263-270, 2001.

_____. et al. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1785-1791, 2005.

_____.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 384-404, 2009.

VILAR, D.; GASPAR, A. M. Traços redondos: a gravidez em mães adolescente”. In: PAIS, J. M. (Org.). *Traços e riscos de vida: uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*. Porto: Ambar, 1999. p. 29-91.

VITAL, N. Vinte 20 anos para o Brasil ficar rico. *Exame*, São Paulo, n. 980, nov. 2010. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0980/noticias/vinte-anos-para-ficar-rico>>. Acesso em: 23 nov. 2010.

VIVEROS VIGOYA, M. La esterilización masculina: un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 11-29, 2009.

_____.; GOMEZ, F.; OTERO, E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina: ul punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 97-103, 1998.

WALLE, E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne?. *Population & Sociétés*, Paris, n. 418, p. 1-4, 2005.

WALSH, J. Contraceptive choices: supporting effective use of methods. In: REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS (Ed.). *Beyond acceptability: user's perspectives on contraception*. London, 1997. p. 89-96. Disponível em: <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/beyond-acceptability/089_Walsh.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 35-82.

_____. The invention of sexuality. In: PLUMMER, K. (Ed.). *Sexualities: critical concepts in sociology - some elements for an account of the social organization of sexualities*. London: Routledge, 2002. v. 2, p. 7-21.

APÊNDICE A – Quadros com resultados da classificação hierárquica ascendente, segundo subgrupos de homens e de mulheres

Quadro 9: Cluster H1 – Ávidos para transar e se tornar adultos

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e não usou	65.21	25.45	22.05
Idade à iniciação sexual	Precoces	65.32	29.43	19.32
Tipo de parceiro/a	Eventual, recém-conhecido/a, garoto/a programa	82.45	54.00	15.02
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	Até 30 dias	77.80	51.52	13.65
Lugar em que conheceu parceiro/a	Vizinhança, casa amigos ou parentes	62.92	37.10	13.39
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	99.04	83.31	12.96
Iniciação com parceiro/a virgem	Não	74.01	52.16	11.25
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a mais velho/a	37.69	21.91	9.30
Continuidade da relação após IS	Interrompe relacionamento	61.09	42.96	9.26
Opinião sobre sexo	O sexo é uma necessidade física	27.60	15.93	7.66
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Sim	34.40	22.39	6.99
Idade ideal para ter 1o filho	Até 24 anos	38.82	26.78	6.69
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Não	64.67	51.93	6.44
Opinião sobre masturbação para homens	É um vício	28.47	18.95	5.90
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	20.18	13.68	4.51
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Sim	43.92	36.50	3.81
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Não	65.60	60.08	2.86
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Querida que acontecesse logo	62.92	57.71	2.68
Para quem contou sobre a 1a vez	Ninguém	19.77	16.55	2.08

- Lê-se o quadro da seguinte forma: os jovens que não conversaram e não usaram método todo na iniciação sexual representam ¼ da amostra (% da modalidade de resposta na amostra); 65% dos jovens que não conversaram e não usaram método na iniciação sexual (% da modalidade de resposta na classe) estão reunidos neste grupo (“ávidos para transar”). Esclarece-se que quanto mais elevado o V-Test, maior é a contribuição da variável correspondente para composição do grupo.

Quadro 10: H2 – Interessados em sexo, preparados e pacientes

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Continuidade da relação após IS	Interrompe relacionamento	86.23	42.96	25.34
Tipo de parceiro/a	Eventual, recém-conhecido/a, garoto/a programa	94.87	54.00	25.12
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e usou	69.22	32.93	21.47
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	Até 30 dias	81.75	51.52	17.55
Lugar em que conheceu parceiro/a	*Reponse manquante*	13.23	4.44	11.14
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	27.53	13.68	10.73
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	95.92	83.31	10.48
Iniciação com parceiro/a virgem	Não	70.24	52.16	10.33
Iniciação com parceiro/a virgem	*Reponse manquante*	20.72	10.17	9.28
Prática da masturbação antes da IS	Sim	90.92	78.30	9.11
Opinião sobre sexo	O sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal	54.84	39.58	8.71
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	*Reponse manquante*	13.85	6.11	8.48
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Não	84.61	72.46	7.93
Lugar em que conheceu parceiro/a	Trabalho, baile, clube, locais públicos etc.	43.98	30.77	7.90
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	*Reponse manquante*	15.06	7.50	7.58
Idade ideal para ter 1o filho	30 ou mais	39.94	28.28	7.14
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Sim	58.33	47.88	5.87
Idade à iniciação sexual	Medianos	50.48	40.29	5.83
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática comum, mesmo tendo parceiro/a	67.91	58.07	5.60
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Queria que acontecesse logo	66.84	57.71	5.19
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Sim	54.65	45.88	4.93
Para quem contou sobre a 1a vez	Amigos/as	60.58	53.78	3.81
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Não	68.77	63.39	3.08
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Sim	44.52	39.26	2.95
Idade à iniciação sexual	Tardios	33.75	29.61	2.49
Opinião sobre necessidade de sexo	Mulheres têm igual ou mais necessidade de sexo do que homens	59.58	55.99	1.97

Quadro 11: H3 – Namorados reservados

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a mais novo/a)	62.02	8.94	21.27
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	92.99	45.79	15.19
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	181 dias e mais	47.81	10.58	14.70
Idade à iniciação sexual	Tardios	71.83	29.61	13.12
Principal motivo para ter a primeira vez	Amor ou medo de perder o/a parceiro/a	52.63	15.92	13.02
Para quem contou sobre a 1a vez	Ninguém	48.33	16.55	11.25
Iniciação com parceiro/a virgem	Sim	73.24	37.67	10.82
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	85.63	56.79	9.13
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e não usou	20.89	6.02	7.73
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Não pensava muito nesse assunto	46.63	30.18	5.22
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Não	76.07	60.08	5.00
Opinião sobre masturbação para homens	É um vício	32.21	18.95	4.73
Prática da masturbação antes da IS	Não	32.82	21.17	3.97
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e usou	46.75	34.46	3.78
Opinião sobre sexo	O sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a	55.87	43.37	3.77
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Sim	44.85	36.50	2.52
Lugar em que conheceu parceiro/a	Vizinhança, casa amigos ou parentes	45.22	37.10	2.48
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Esperava que fosse acontecer mais tarde	16.77	11.23	2.34
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Não	59.30	51.93	2.22
Algum/a irmão/ã teve filho antes dos 20 anos	Não	78.82	72.46	2.17

Quadro 12: H4 – Namorados românticos e relacionais

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	92.34	56.79	16.59
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e usou	69.12	34.46	15.16
Principal motivo para ter a primeira vez	Amor ou medo de perder o/a parceiro/a	43.90	15.92	14.78
Para quem contou sobre a 1a vez	Família	56.86	26.20	14.04
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	76.88	45.79	13.44
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Não	81.14	53.42	12.22
Opinião sobre sexo	O sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a	70.52	43.37	11.74
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Esperava que fosse acontecer mais tarde	29.89	11.23	11.22
Prática da masturbação antes da IS	Não	43.77	21.17	11.00
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	entre 31 e 180 dias	53.71	31.79	9.66
Algum/a irmão/ã teve filho antes dos 20 anos	Sim	42.12	22.39	9.53
Iniciação com parceiro/a virgem	Sim	59.08	37.67	9.30
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Mesma idade (+/-1 ano)	67.21	47.97	8.23
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática que se faz quando sem parceiro/a	38.52	21.80	8.10
Idade ideal para ter 1o filho	Até 24 anos	41.15	26.78	6.63
Opinião sobre necessidade de sexo	Mulheres têm igual ou mais necessidade de sexo do que homens	64.72	55.99	3.77
Opinião sobre masturbação para homens	É um vício	25.80	18.95	3.61
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Sim	44.90	36.50	3.59
Idade à iniciação sexual	Tardios	36.37	29.61	3.02
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	181 dias e mais	15.22	10.58	3.01
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Não	58.02	51.93	2.60
Lugar em que conheceu parceiro/a	Escola	32.82	27.70	2.36

Quadro 13: H5 – Namorados simétricos

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	Entre 31 e 180 dias	71.57	31.79	19.34
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	83.88	45.79	18.33
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	91.33	56.79	17.53
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Mesma idade (+/-1 ano)	81.94	47.97	16.24
Iniciação com parceiro/a virgem	Sim	66.57	37.67	13.68
Para quem contou sobre a 1a vez	Amigos/as	75.83	53.78	10.52
Lugar em que conheceu parceiro/a	Escola	48.43	27.70	10.40
Idade à iniciação sexual	Medianos	60.19	40.29	9.40
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática comum, mesmo tendo parceiro/a	76.17	58.07	8.69
Prática da masturbação antes da IS	Sim	89.87	78.30	6.86
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e usou	47.81	34.46	6.39
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Não	76.19	63.39	6.25
Opinião sobre necessidade de sexo	Homens têm mais necessidade de sexo do que as mulheres	54.30	43.15	5.17
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Sim	56.04	45.88	4.74
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Sim	57.69	47.88	4.57
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Não	80.67	72.46	4.37
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	89.75	83.31	4.15
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	*Reponse manquante*	8.93	5.16	3.77
Idade ideal para ter 1o filho	*Reponse manquante*	5.23	2.78	3.22
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Querida que acontecesse logo	64.47	57.71	3.17
Opinião sobre sexo	O sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal	45.78	39.58	2.84
Idade ideal para ter 1o filho	25 a 29 anos	47.13	40.99	2.83

Quadro 14: M1 – Hedonistas e preparadas

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e usou	39.56	17.86	13.91
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática comum, mesmo tendo parceiro/a	77.26	56.47	11.16
Opinião sobre sexo	O sexo é uma fonte de prazer e de satisfação pessoal	61.45	43.92	9.14
Iniciação com parceiro/a virgem	Não	94.14	82.50	8.65
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Sim	68.17	51.72	8.57
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	55.78	39.81	8.32
Para quem contou sobre a 1a vez	Amigos/as	63.81	48.06	8.23
Idade ideal para ter 1o filho	25 a 29 anos	62.66	46.90	8.20
Lugar em que conheceu parceiro/a	Trabalho, baile, clube, locais públicos etc.	52.68	37.20	8.18
Prática da masturbação antes da IS	Sim	25.89	14.86	7.61
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	97.45	89.66	7.55
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	Entre 31 e 180 dias	50.89	37.68	6.97
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	48.67	37.27	6.03
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Sim	50.93	40.36	5.51
Idade à iniciação sexual	Medianos	44.82	35.16	5.18
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	95.18	89.99	4.70
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Não pensava muito nesse assunto	60.54	51.65	4.58
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Não	63.05	54.61	4.41
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a mais velho/a (2-4 anos)	43.02	35.58	3.98
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Não	73.81	67.02	3.71
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Não	60.31	55.65	2.39
Idade ideal para ter 1o filho	30 ou mais	16.91	13.58	2.34
Opinião sobre necessidade de sexo	Mulheres têm igual ou mais necessidade de sexo do que os homens	43.97	39.91	2.15

Quadro 15: M2 – Impacientes pela vida adulta

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Idade à iniciação sexual	Precoces	79.12	28.09	22.98
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e não usou	64.83	19.79	21.76
Idade ideal para ter 1o filho	Até 24 anos	63.31	35.35	12.03
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Não	69.00	48.11	8.88
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Sim	45.80	28.32	7.90
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática que se faz quando sem parceiro/a	31.57	17.04	7.57
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Sim	61.98	44.77	7.32
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	Entre 31 e 180 dias	51.10	37.68	5.72
Lugar em que conheceu parceiro/a	Vizinhança, casa amigos ou parentes	61.13	48.51	5.37
Iniciação com parceiro/a virgem	Não	89.69	82.50	4.17
Opinião sobre sexo	O sexo é uma necessidade física	15.11	9.64	3.69
Opinião sobre masturbação para homens	É um vício	31.59	23.98	3.58
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	94.54	89.99	3.46
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a mais velho/a (2-4 anos)	42.53	35.58	2.98
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	46.69	39.81	2.89
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	43.77	37.27	2.83
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Esperava que fosse acontecer mais tarde	31.39	25.65	2.73
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Não	61.60	55.65	2.48
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	92.58	89.66	2.18
Prática da masturbação antes da IS	Não	87.53	84.05	1.98

Quadro 16: M3 – Namoradas simétricas

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Lugar em que conheceu parceiro/a	Escola	51.03	13.93	19.95
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Mesma idade (+/-1 ano)	58.95	23.49	16.35
Iniciação com parceiro/a virgem	Sim	42.17	14.31	14.97
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e usou	72.96	51.19	9.19
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	98.60	89.99	7.01
Principal motivo para ter a primeira vez	Amor ou medo de perder o/a parceiro/a	74.00	58.86	6.52
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Sim	66.83	51.72	6.30
Idade à iniciação sexual	Tardios	49.92	36.23	5.89
Idade ideal para ter 1o filho	30 ou mais	23.54	13.58	5.72
Idade ideal para ter 1o filho	25 a 29 anos	60.27	46.90	5.59
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Não	67.95	54.61	5.57
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Não	79.05	67.02	5.41
Para quem contou sobre a 1a vez	Amigos/as	61.02	48.06	5.34
Opinião sobre masturbação para homens	É uma prática comum, mesmo tendo parceiro/a	67.97	56.47	4.79
Opinião sobre sexo	O sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a	55.87	44.83	4.59
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	95.93	89.66	4.57
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Sim	50.84	40.36	4.41
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Outro	5.28	2.70	2.93
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	entre 31 e 180 dias	44.05	37.68	2.62
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Esperava que fosse acontecer mais tarde	30.77	25.65	2.41
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	181 dias e mais	51.96	46.40	2.29
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	*Reponse manquante*	7.04	4.67	2.03

Quadro 17: M4 – Fiéis ao namoro “à antiga”

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Tempo decorrido entre o encontro e a 1a vez	181 dias e mais	74.32	46.40	15.31
Lugar em que conheceu parceiro/a	Vizinhança, casa amigos ou parentes	72.42	48.51	13.07
Principal motivo para ter a primeira vez	Amor ou medo de perder o/a parceiro/a	81.06	58.86	12.64
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e não usou	23.34	10.12	11.13
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Não	78.09	59.10	10.70
Para quem contou sobre a 1a vez	Família	53.62	35.33	10.14
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Conversou e usou	68.82	51.19	9.62
Tipo de parceiro/a	Namorado/a, companheiro/a, marido/esposa	99.04	89.99	9.54
Prática da masturbação antes da IS	Não	94.91	84.05	8.69
Continuidade da relação após IS	Continua relacionamento	98.04	89.66	8.49
Opinião sobre masturbação para homens	É um vício	35.20	23.98	6.94
Idade à iniciação sexual	Tardios	48.27	36.23	6.68
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Sim	56.41	44.21	6.60
Primeiras inf. sobre DST/Aids com professores/Escola	Não	57.67	48.11	5.17
Opinião sobre sexo	O sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a	54.41	44.83	5.12
Idade ideal para ter 1o filho	Até 24 anos	44.54	35.35	5.11
Idade à iniciação sexual	Medianos	42.73	35.16	4.15
Iniciação com parceiro/a virgem	*Reponse manquante*	5.90	3.18	3.77
Na época em que aconteceu a 1a vez, você:	Queria que acontecesse logo	24.42	19.46	3.24
Opinião sobre masturbação para homens	*Reponse manquante*	4.31	2.51	2.89
Idade ideal para ter 1o filho	*Reponse manquante*	5.37	3.26	2.88
Algum/a irmã/ão teve filho antes dos 20 anos	Sim	32.23	28.32	2.31

Quadro 18: M5 – Interessadas em sexo

Variáveis ativas	Modalidades resposta	% da modalidade de resposta na classe	% da modalidade de resposta na amostra	V-Test
Tipo de parceiro/a	Eventual, recém-conhecido/a, garoto/a programa	81.97	9.87	24.58
Continuidade da relação após IS	Interrompe relacionamento	79.87	10.26	23.59
Tempo decorrido entre o encontro e a 1ª vez	Até 30 dias	66.06	14.04	16.67
Principal motivo para ter a primeira vez	Tesão ou curiosidade	76.28	39.81	10.06
Aos 15 anos, pais ou adultos tentavam impedir convivência com amigos/as ou namorados/as	Sim	63.71	44.77	5.17
Primeiras inf. sobre sexo com amigos/as	Sim	56.39	40.36	4.27
Primeiras inf. sobre gravidez/contracep. com a mãe	Não	67.79	55.65	3.23
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e não usou	29.68	19.79	3.20
Diferença de idade com primeiro/a parceiro/a	Parceiro/a muito mais velho/a (5 anos ou +)	48.27	37.27	3.02
Prática da masturbação antes da IS	Sim	23.18	14.86	2.97
Conversa sobre evitar gravidez e/ou uso de método	Não conversou e usou	25.70	17.86	2.58
Lugar em que conheceu parceiro/a	Trabalho, baile, clube, locais públicos etc.	45.84	37.20	2.38

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista utilizado na pesquisa sobre esterilização



**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS E GESTÃO DA HETEROSSEXUALIDADE:
AGÊNCIA E DITAMES CULTURAIS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Observações sobre a aplicação da entrevista

Data da entrevista:

Hora de início:

Hora final:

Local de realização:

I - BREVE IDENTIFICAÇÃO

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Situação Conjugal: _____

Número de filhos: _____

Cor auto-definida: _____

*Cor atribuída pelo entrevistador (segundo as categorias do IBGE):***CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES****Família de origem**

Pais; irmãos

Escolaridade mãe; trabalho;

Escolaridade do pai; trabalho;

Com que idade a sua mãe teve o primeiro filho?

Com que idade o seu pai teve o primeiro filho?

Situação atual de ego

Moradia; religião

Trajetória escolar (Interrupções? Contextos? Motivos?)

Primeiro trabalho; trabalho atual

Remuneração atual

Renda familiar

II - TRAJETÓRIA AFETIVO-SEXUAL

✓ Iniciação sexual

Quando e como aconteceu a sua primeira experiência sexual com parceiro?

Que idade você tinha?

Qual a idade do(a) parceiro(a)?

Qual a cor/raça dessa pessoa? *(Ao final da fala, enquadrar segundo classificação IBGE)*

O/a parceiro/a estudava e/ou trabalhava na época *(explorar)*?

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

Antes da primeira relação sexual, você e seu parceiro conversaram sobre evitar gravidez?

Nessa primeira vez, vocês tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?

Se usou método: Qual? De quem foi a iniciativa? Como soube desse método e aprendeu a usá-lo? Por que escolheu esse método? Como usou?

Se não usou método: Por que não usou? *Explorar.*

Depois da primeira relação sexual você continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a? Quanto tempo vocês ficaram juntos? Vocês continuaram a usar/passaram a usar algum contraceptivo? *(explorar o comportamento contraceptivo neste primeiro relacionamento)*

*** Explorar frequência/regularidade das relações sexuais no relacionamento**

✓ **Sobre a seqüência dos relacionamentos e contracepção:**

Além deste/a primeiro/a, você teve outro/as parceiros/as sexuais?
Aproximadamente quantos?

Parceiro importante/marcante

Quem era essa pessoa?

Por que você escolheu esse como marcante/importante?

Quanto tempo durou este relacionamento?

Sua idade quando conheceu o/a parceiro/a:

Idade do/a parceiro/a na época:

Escolaridade e profissão/ocupação do/a parceiro/a:

Cor/raça (*branca; preta; parda; amarela/de origem asiática; indígena*):

Como e onde conheceu o(a) parceiro(a) (*se através de amigos, escola, vizinhança, etc.*)?

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

Vocês fizeram algo ao longo deste relacionamento para evitar a gravidez? O que?

*** Explorar freqüência/regularidade das relações sexuais no relacionamento**

Repetir questões para relacionamentos duradouros / estáveis.

* Explorar freqüência/regularidade das relações sexuais no relacionamento

Repetir questões para parceiro atual

* Explorar freqüência/regularidade das relações sexuais no relacionamento

Repetir questões para relação eventual (contexto; camisinha; contracepção).

CONTRACEPÇÃO

Rememoração dos métodos que você já usou na sua vida.

Método 1: Por que escolheu/usou este método? Como conseguiu? Como / com quem conheceu? Idade aproximada quando utilizou o método? Tempo de uso? Mudou de método? Por que?

* **Explorar:** Como era a vida sexual com a utilização deste método? Regularidade dos encontros sexuais? Sentia alguma coisa? Interferia no ato sexual ou era indiferente?

Método 2: ...

GRAVIDEZ/ABORTO

Quantas vezes você já ficou grávida?

Gestação 1:

Que idade você tinha? E o parceiro? Como ocorreu esta gravidez? Usava algum método contraceptivo? (explorar se houve falha de método) Queria esta gravidez? E o parceiro? A gravidez foi levada até o final?

Se Sim:

- ✓ **Você pensava que podia engravidar?**
- ✓ **Como foi a decisão por manter a gravidez? Que fatores influenciaram?**
- ✓ Ambos estavam de acordo em manter a gravidez? A possibilidade de ocorrer uma gravidez foi conversada antes entre vocês?
- ✓ Você pensou em fazer o aborto? Você tentou fazê-lo? Tempo de gestação? **Detalhar a tentativa de aborto. Caso não tenha mencionado, perguntar se fez ultra-sonografia.**
- ✓ Como as famílias reagiram a sua gravidez?
- ✓ Em que período ocorreu a gravidez (escola/trabalho)?
- ✓ Olhando hoje, qual o balanço que você faz deste evento?

Se Não:

- ✓ Como foi a decisão pelo aborto? Em que circunstâncias ele foi realizado? Onde fez? Tempo de gestação? Como conseguiu os meios para abortar? **Detalhar a situação do aborto. Caso não tenha mencionado, perguntar se fez ultra-sonografia.**
- ✓ Se ela não tiver mencionado sobre o parceiro: Seu parceiro tomou conhecimento na época ou depois? Qual foi a reação dele?
- ✓ A sua família soube? Mais alguém soube? Teve ajuda de alguém?
- ✓ Olhando hoje, qual o balanço que você faz deste evento?

Gestação 2: ...

Já teve atraso menstrual que motivasse alguma providência? Quando foi? O que fez?

LAQUEADURA:

Que idade tinha quando fez a laqueadura?

Número de filhos tidos na época? Foi realizada durante ou após o parto?

Como conseguiu (rede pública ou privada, se pagou ou não)?

Por que optou pela laqueadura? (*Atentar para tipo de relacionamento em que estava envolvida, quem participou da decisão: parceiro, médicos, parentes, etc.*).

Você poderia enumerar/falar sobre alguns prós e contras em relação à laqueadura?

Você conhece mais alguém que tenha feito a laqueadura (irmã, mãe, tias, amigas etc.)? Acha que isso influenciou a sua decisão?

Na sua opinião, qual foi a principal razão/motivo para você ter feito a laqueadura?

Se tivesse que decidir novamente hoje, qual seria a sua escolha/decisão? Faria novamente?

Se for o caso: o casal pensou na vasectomia? Por que não optou pela vasectomia?

Qual a sua opinião sobre a vasectomia?

SOBRE A VASECTOMIA:

Que idade tinha quando fez a vasectomia?

Número de filhos tidos na época? Quando foi realizada (em relação à vida reprodutiva da parceira)?

Como conseguiu (rede pública ou privada, se pagou ou não)?

Por que optou pela a vasectomia? (*Atentar para tipo de relacionamento em que estava envolvido, quem participou da decisão: parceira, médicos, parentes, etc.*).

Você poderia enumerar/falar sobre alguns prós e contras em relação à vasectomia?

Você conhece mais alguém que tenha feito vasectomia (irmão, pai, tios, amigos etc.)? Acha que isso influenciou a sua decisão?

Na sua opinião, qual foi a principal razão/motivo para você ter feito vasectomia?

Se tivesse que decidir novamente hoje, qual seria a sua escolha/decisão? Faria novamente?

Se for o caso: o casal pensou na laqueadura? Por que não optou pela laqueadura?

Qual a sua opinião sobre a laqueadura?

SEXUALIDADE

Avaliação sobre desejo sexual?

Método (xx) utilizado interferia na excitação sexual? De que forma?

Há diferenças em relação ao interesse sexual antes e depois da laqueadura/vasectomia?

Houve aumento do número de encontros sexuais e/ou parceiros sexuais depois da esterilização?

Chegamos ao final da entrevista, você gostaria de acrescentar algo que ache importante e que eu não tenha te perguntado? O que achou da entrevista?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado na pesquisa sobre esterilização



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência e ditames culturais

O Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro está realizando uma pesquisa sobre contracepção e sexualidade. Os entrevistados são moradores da área metropolitana do Rio de Janeiro. Este estudo busca conhecer a experiência reprodutiva de mulheres e de homens, e o que elas/eles pensam sobre sexualidade, métodos contraceptivos, pílula do dia seguinte, entre outras questões.

Estamos lhe convidando para participar desta pesquisa, em que você será entrevistada(o) sobre seus relacionamentos afetivos e sexuais, namoros, casamentos, filhos, métodos para evitar gravidez, etc.

Esta pesquisa inclui somente perguntas e respostas e avaliamos que não apresenta qualquer tipo de risco aos participantes. Sua participação é voluntária. Se você não quiser, não precisa responder todas as perguntas e também pode desistir de continuar a entrevista em qualquer momento.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Os pesquisadores acreditam que as informações que você pode dar são fundamentais para o desenvolvimento de campanhas, programas e serviços de saúde. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte, que eu tentarei esclarecer. Ressaltamos que as informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita, em momento algum, menção ao seu nome. A entrevista é identificada apenas por um código.

Gostaríamos de saber se é possível gravar a entrevista, para garantir que tudo fique registrado. Você autoriza o uso do gravador?

Sim, autoriza o uso do gravador Não autoriza o uso do gravador

Caso você concorde em participar, agradecemos sua colaboração e gostaríamos que você assinasse este termo de consentimento, indicando que está devidamente informada/o sobre os objetivos da pesquisa e os usos de seus resultados e que permite que a entrevista seja gravada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do entrevistador

Nome e assinatura do entrevistado

ANEXO A – Questionário utilizado na Pesquisa GRAVAD (bloco “C” -
iniciação sexual)

C. INICIAÇÃO SEXUAL

Agora vamos passar para algumas perguntas sobre a sua vida íntima. Todas as pessoas que estamos entrevistando estão respondendo a estas questões. Se você se sentir inibida ou não entender algum termo técnico em qualquer pergunta, sinta-se à vontade para perguntar ou não responder.

- C1.** Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez?
 anos (77 para não sabe/não lembra)
- C2.** Sua mãe conversou sobre isso com você? (Resposta estimulada e única)
 1 sim, antes da primeira menstruação
 2 sim, só depois da primeira menstruação
 3 não, nunca conversou
 7 não sabe/não lembra

Através de quem ou como você obteve as primeiras informações sobre:

- ⇒ **C3.** Sobre relação sexual?
- sua mãe
 - seu pai
 - seu/sua parceiro/a/namorado/a
 - seus irmãos
 - suas irmãs
 - amigos/colegas
 - professores/escola
 - médicos/serviços de saúde
 - televisão
 - revistas femininas
 - revistas masculinas
 - livros
 - filmes
 - outro (especificar)
 - não sabe/ não lembra
- ⇒ **C4.** Gravidez/meios para evitar filhos?
- sua mãe
 - seu pai
 - seu/sua parceiro/a/namorado/a
 - seus irmãos
 - suas irmãs
 - amigos/colegas
 - professores/escola
 - médicos/serviços de saúde
 - televisão
 - revistas femininas
 - revistas masculinas
 - livros
 - filmes
 - outro (especificar)
 - não sabe/ não lembra



► **C5.** E sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS?

- sua mãe
 seu pai
 seu/sua parceiro/a/namorado/a
 seus irmãos
 suas irmãs
 amigos/colegas
 professores/escola
 médicos/serviços de saúde
 televisão
 revistas femininas
 revistas masculinas
 livros
 filmes
 outro (especificar)
 não sabe/ não lembra

C6. Que idade você tinha quando namorou pela primeira vez?

- anos (00 para quem nunca namorou e 77 para não sabe/não lembra)
 Quem respondeu 00 ► pula para **C9**

C7. Essa pessoa era: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 homem
 2 mulher
 6 recusou-se a responder
 8 NSA

C8. Neste relacionamento "rolou": *Resposta estimulada e múltipla*

- beijos e abraços
 você fez carícias íntimas
 você recebeu carícias íntimas
 ficou nua/sem roupa na frente dele/a
 ele/a ficou nu/a na sua frente
 você fez sexo
 outro (especificar)
 recusou-se a responder
 não sabe
 NSA

C9. Você já ficou ou teve relacionamento sem compromisso com alguém

- 1 sim – Com que idade?
 (00 para quem não ficou e 77 para não sabe não lembra)
 2 não
 ► Quem respondeu 00 pula para **C12**

C10. Essa pessoa era: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 homem
 2 mulher
 6 recusou-se a responder
 8 NSA



C11. Neste relacionamento "rolou": (Resposta estimulada e múltipla)

- beijos e abraços
- você fez carícias íntimas
- você recebeu carícias íntimas
- ficou nua/sem roupa na frente dele/la
- ele/la ficou nua/la na sua frente
- você fez sexo
- outro (especificar)
- recusou-se a responder
- não sabe
- NSA

C12. Na sua vida, você se sentiu atraída: (Resposta estimulada e única)

- 1 somente por homens
- 2 mais frequentemente por homens, mas também por mulheres
- 3 igualmente por homens e mulheres
- 4 mais frequentemente por mulheres, mas também por homens
- 5 só se sentiu atraída por mulheres
- 6 recusou-se a responder
- 7 não sabe
- 8 NSA

C13. Você já teve experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo?

- 1 sim
- 2 não
- 6 recusou-se a responder

▼ Para as que responderem que fizeram sexo no primeiro "ficar" **C8** ou no primeiro namoro **C11**, anotar SIM sem fazer a pergunta seguinte:

C14. Você já teve relações sexuais alguma vez?

- 1 sim
- 2 não
- 6 recusou-se a responder ► pula para **E31** página 52

C15. Os seus pais (ou responsáveis) sabem disso? (Resposta estimulada e única)

- 1 sim, os dois pais sabem
- 2 sim, só a mãe sabe
- 3 sim, só o pai sabe
- 4 sim, o/os responsável/responsáveis sabe/sabem
- 5 não, o pai e a mãe não sabem
- 6 não, o/os responsável/responsáveis não sabe/sabem
- 7 não sabe
- 8 NSA

► Se a entrevistada já teve relações sexuais, pula para **C22**



Para quem ainda não teve relações sexuais

C16. Você não teve relações sexuais porque: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 tem/ teve vontade mas nunca teve oportunidade
- 2 não encontrou o/a parceiro/a ideal/ adequado/a
- 3 pretende casar virgem
- 4 tem medo de engravidar
- 5 outro (especificar)
- 6 recusou-se a responder
- 7 não sabe
- 8 NSA

C17. Você deixaria de ter a primeira relação sexual por medo de engravidar?

- 1 sim
- 2 não
- 7 não sabe
- 8 NSA

C18. A maioria dos seus amigos/as ou colegas também é virgem?

- 1 sim
- 2 não
- 7 não sabe
- 8 NSA

C19. Quanto ao fato de você ser virgem, seus/suas amigos/as ou colegas acham:

(Resposta estimulada e única)

- 1 que você já deveria ter tido relação sexual
- 2 que ainda é cedo para você ter relação sexual
- 3 que o momento da primeira relação sexual é uma decisão unicamente sua
- 4 não conversa com os amigos sobre ser virgem
- 7 não sabe
- 8 NSA

C20. Na sua opinião, ser virgem é: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 um motivo de orgulho
- 2 um motivo de vergonha
- 3 uma decisão de cada um
- 6 recusou-se a responder
- 8 NSA

C21. Você se masturba ou toca seus órgãos sexuais para ter prazer:

(Resposta estimulada e única)

- 1 freqüentemente
- 2 algumas vezes
- 3 raramente
- 4 nunca se masturbou
- 6 recusou-se a responder
- 8 NSA

▶ pula para **52** página 52

C22. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

anos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

C23. Você estava estudando na época?

- 1 sim
2 não
7 não sabe

C24. A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual, na época, era:

(Resposta estimulada e única)

- 1 namorado/a
2 pessoa com quem você "ficou"
3 marido ou companheiro/a
4 garoto de programa/profissional do sexo
5 outro (especificar)
6 recusou-se a responder
8 NSA

C25. Que idade tinha essa pessoa?

anos (77 para quem não sabe/não lembra e 88 para NSA)

C26. Você classificaria a cor ou raça dessa pessoa como:

(Resposta estimulada e única)

- 1 branca
2 preta
3 parda
4 amarela (de origem asiática)
5 indígena
6 recusou-se a responder
7 não sabe
8 NSA

Apenas para quem já teve experiências sexuais com parceiros do mesmo sexo
(SIM na **C13**)

C27. Esse/a parceiro/a com quem você teve sua primeira relação sexual era:

(Resposta estimulada e única)

- 1 homem
2 mulher
6 recusou-se a responder
8 NSA

► Em caso de estupro (conferir **C24**) ir para o próximo bloco (**D1**, página 27).

► Em caso de garoto de programa (conferir **C24**) pular para **C39** a **C44** (páginas 22, 23).

C28. Era também a primeira vez para a outra pessoa?

- 1 sim
2 não
7 não sabe
8 NSA

**C29.** Seu/sua parceiro/a estudava na época?

- 1 sim
 2 não ▶ pula para **C31**
 7 não sabe/ não lembra ▶ pula para **C31**
 8 NSA

C30. Que tipo de curso ele/a estava fazendo?

- 01 alfabetização
 02 ensino fundamental ou 1º grau - regular
 03 ensino fundamental ou 1º grau - supletivo/aceleração
 04 ensino médio ou 2º grau - regular
 05 ensino médio ou 2º grau - supletivo/aceleração
 06 pré-vestibular
 07 superior - graduação
 08 pós-graduação
 09 outro (especificar)
 77 não sabe
 88 NSA

C31. Seu/a parceiro/a trabalhava na época?

- 1 sim
 2 não ▶ pula para **C33**
 6 não sabe/ não lembra ▶ pula para **C33**
 8 NSA

C32. Qual era a ocupação dele/a?

.....
 (77777 se não sabe/não lembra e 88888 se NSA)

C33. Em que lugar conheceu essa pessoa?

- 01 na sua casa ou na casa de alguém da família
 02 na casa de amigos/colegas
 03 na escola
 04 no trabalho
 05 na vizinhança
 06 em viagem e/ou férias
 07 no clube ou outras organizações esportivas
 08 igreja ou outras organizações religiosas
 09 bar, restaurante, discoteca, festa, bailes
 10 praia, parque
 11 local público (rua, ônibus, metrô, etc.) (especificar)
 12 outro (especificar)
 77 não sabe/ não lembra
 88 NSA



C34. Quanto tempo depois de iniciado o relacionamento vocês tiveram relações sexuais?

dias semanas meses anos

(66 para quem recusou-se a responder; 77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

C35. Onde aconteceu a sua primeira relação sexual?

01 na sua casa

02 na casa do/a seu/sua parceiro/a

03 casa de amigos/conhecidos

04 motel/hotel

05 lugar de prostituição/sauna

06 festa/baile

07 carro

08 praia

09 rua/lugares públicos

10 outro (especificar)

77 não sabe/ não lembra

88 NSA

C36. Quem queria mais esta primeira relação? (Resposta estimulada e única)

1 você

2 o/a parceiro/a

3 os dois igualmente

7 não sabe/ não lembra

8 NSA

C37. Na época em que aconteceu a primeira relação sexual, você:

(Resposta estimulada e única)

1 queria que esta primeira relação acontecesse logo

2 esperava que a sua primeira relação fosse acontecer mais tarde

3 não pensava muito neste assunto

4 outro (especificar)

7 não sabe/ não lembra

8 NSA

C38. O principal motivo que levou você a ter sua primeira relação sexual foi:

(Resposta estimulada e única)

01 curiosidade

02 tensão

03 amor

04 medo de perder o/a companheiro/a

05 vontade de perder logo a virgindade

06 outro (especificar)

66 recusou-se a responder

77 não sabe/ não lembra

88 NSA



C39. Antes da primeira relação sexual, você se masturbava ou tocava seus órgãos sexuais para ter prazer?

- 1 sim
 2 não
 6 recusou-se a responder
 7 não sabe/ não lembra
 8 NSA

C40. Você se sentiu pressionada ou estimulada a deixar de ser virgem?

- 1 sim
 2 não ➤ pula para **C42**
 6 não sabe/não lembra ➤ pula para **C42**
 7 recusou-se a responder

C41. Era pressionada ou estimulada por quem? (Resposta estimulada e única)

- 01 amigos/as / colegas
 02 parceiro/a
 03 mãe
 04 pai
 05 parentes da sua idade (irmãos ou primos, por exemplo)
 06 parentes mais velhos que você (tios ou avós, por exemplo)
 07 outro (especificar)
 77 não sabe/ não lembra
 88 NSA

C42. Para quem você contou primeiro sobre sua primeira relação sexual?

- 01 pai
 02 mãe
 03 irmão
 04 irmã
 05 outro parente
 06 amigo
 07 amiga
 08 vizinho
 09 vizinha
 10 não contou para ninguém
 11 outro (especificar)
 77 não sabe/ não lembra
 88 NSA

C43. Durante a primeira relação sexual você sentiu: *(Resposta estimulada e única)*

- 1 medo
 2 dor
 3 nervosismo
 4 satisfação
 5 excitação
 6 outro (especificar)
 7 não sabe/não lembra
 8 NSA

C44. Durante a relação sexual, o/a seu/sua parceiro/a foi:

(Resposta estimulada e única)

- 1 paciente/ atencioso/a
 2 impaciente/ apressado/a
 3 nervoso/a / assustado/a
 4 calmo/a / tranquilo/a
 5 outro (especificar)
 7 não sabe/ não lembra
 8 NSA

► Caso a entrevistada tenha tido a primeira relação sexual com mulher ir para **C51**

C45. Antes da primeira relação sexual, você e o seu parceiro conversaram sobre evitar gravidez?

- 1 sim
 2 não
 7 não sabe/não lembra
 8 NSA

C46. Nessa primeira vez, vocês tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?

- 1 sim ► pula para **C48**
 2 não
 7 não sabe/não lembra ► pula para **C50**
 8 NSA

C47. Vocês não tomaram nenhum cuidado para evitar a gravidez porque:

(Resposta estimulada e única)

- 01 você desejava ter um filho
 02 o parceiro desejava ter um filho
 03 vocês não sabiam como obter os métodos
 04 você pensava que não podia engravidar
 05 era responsabilidade do parceiro
 06 vocês nem pensaram nisso
 07 outro (especificar)
 77 não sabe/ não lembra
 88 NSA

**C48.** Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez?

- 01 pílula anticoncepcional
 02 injeção/implante
 03 DIU
 04 camisinha/ preservativo
 05 diafragma
 06 coito interrompido/ gozar fora
 07 tabela
 08 usaram mais de um método (especificar)
 09 outro (especificar)
 77 não sabe/ não lembra
 88 NSA

C49. Quem se preocupou em evitar a gravidez foi: (Resposta estimulada e única)

- 1 você
 2 parceiro
 3 os dois
 7 não sabe/não lembra
 8 NSA

Apenas para quem não usou camisinha (conferir C48)**C50.** Nessa primeira relação, vocês usaram camisinha?

- 1 sim
 2 não
 7 não lembra
 8 NSA

C51. Depois da primeira relação sexual você continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a? (Resposta estimulada e única)

- 1 sim, continue até hoje sem interrupções/separações. ▶ vá para **022**
 2 sim, mas acabou
 3 se separaram mas estão juntos atualmente
 4 não
 7 não lembra
 8 NSA

C52. Quanto tempo vocês ficaram juntos?

- dias semanas meses anos

(66 para quem recusou-se a responder; 77 para não sabe/não lembra e 88 para NSA)

ANEXO B – Roteiro de entrevista utilizado na Pesquisa HEXCA Brasil



Heterossexualidades, contracepção e aborto

ROTEIRO DE ENTREVISTA

MOÇAS DE 18 A 24 ANOS

Identificação

Local entrevista:

Segmento social:

Sexo entrevistado:

Idade:

Entrevistador:

Observações sobre a aplicação da entrevista

Data da entrevista:

Hora de início:

Hora final:

Local de realização:

Endereço completo do informante e telefone para eventual contato posterior:

Comentários sobre a situação da entrevista (breve diário de campo):

BREVE IDENTIFICAÇÃO

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Situação Conjugal: _____

Número de filhos: _____

Cor auto-definida:

Cor atribuída pelo entrevistador (segundo as categorias do IBGE: branca, preta, parda, amarela/de origem asiática, indígena):

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES**Vamos falar um pouco sobre sua família de origem**

Onde você nasceu?

E sua família (*atentar para migração*)?

Seus pais estão vivos?

Idade da mãe (*se morta, com que idade a mãe morreu*)?

Qual é/era a escolaridade dela?

(01) nunca freqüentou a escola	(02) 1º grau incompleto	(03) 1º grau completo
(04) 2º grau incompleto	(05) 2º grau completo	(06) superior incompleto
(07) superior completo	(08) pós-graduação	(77) não sabe/não lembra

Sua mãe trabalha/va? Em que/Com que?

Idade do pai (*se morto, com que idade o pai morreu*)?

Qual é/era a escolaridade dele?

(01) nunca freqüentou a escola	(02) 1º grau incompleto	(03) 1º grau completo
(04) 2º grau incompleto	(05) 2º grau completo	(06) superior incompleto
(07) superior completo	(08) pós-graduação	(77) não sabe/não lembra

Seu pai trabalha/va? Em que/Com que?

Irmãos

Você tem irmãos? Quantos? São irmãos por parte de pai e mãe ou não?

Com que idade a sua mãe teve o primeiro filho?

Com que idade o seu pai teve o primeiro filho?

Agora vamos falar um pouco sobre você:

Onde você mora (bairro)? *(somente se a entrevista for feita fora da residência do informante)*

Quem são as pessoas que moram com você?

Nome	Idade	Relação com ego	Ocupação

A casa em que você mora é sua mesmo?

Há quanto tempo mora no endereço atual?

Em que religião você foi criada/o?

(católica; protestante; pentecostal; espírita; umbanda, candomblé, batuque; judaica; nenhuma)

Atualmente, qual a religião que você participa?

(católica; protestante; pentecostal; espírita; umbanda, candomblé, batuque; judaica; nenhuma)

Com que frequência? Você participa de alguma atividade em sua igreja/centro? Quais?

Escola e trabalho

Atualmente, você está estudando ou faz algum curso? Qual?

(atentar se é escola/instituição pública ou privada)

Se não estiver mais estudando:

Você estudou até que série/nível? Com que idade parou os estudos? Por que?

Você está trabalhando ou exercendo qualquer atividade remunerada? Qual? Há quanto tempo? *(deixar o informante falar de sua trajetória de trabalho)*

Qual é a sua remuneração atual (*verificar quanto recebeu no último mês*)? Este é um trabalho/remuneração estável?

Você já trabalhou/exerceu atividades remuneradas antes? Quais?

Qual a renda familiar no domicílio que você mora? Que pessoas contribuem para esta renda?

Você ou sua família recebe alguma ajuda financeira? Que tipo? (tentar apreender grau de autonomia do entrevistado em relação aos seus próprios recursos)

Você ajuda financeiramente alguém da sua família? Quem? Que tipo de ajuda dá?

TRAJETÓRIA AFETIVO-SEXUAL

✓ Iniciação sexual

Quando e como aconteceu a sua primeira experiência sexual com parceiro?

Explorar contexto da primeira relação sexual (quem era o/a parceiro/a, como o/a conheceu, circunstâncias do encontro)

Que idade você tinha?

Qual a idade do(a) parceiro(a)?

Qual a cor/raça dessa pessoa? *(Ao final da fala, enquadrar segundo classificação IBGE)*

1 branca 2 preta 3 parda 4 amarela (de origem asiática) 5 indígena

O/a parceiro/a estudava e/ou trabalhava na época *(explorar)*?

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

(Se primeira relação sexual com parceiro de sexo oposto)

Antes da primeira relação sexual, você e seu parceiro conversaram sobre evitar gravidez?

Nessa primeira vez, vocês tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?

Se usou método: Qual? De quem foi a iniciativa? Como soube desse método e aprendeu a usá-lo? Por que escolheu esse método?

Se não usou método: Por que não usou? *Explorar.*

Depois da primeira relação sexual você continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a? Quanto tempo vocês ficaram juntos? Vocês continuaram a usar/passaram a usar algum contraceptivo? *(explorar o comportamento contraceptivo neste primeiro relacionamento)*

✓ **Sobre a seqüência dos relacionamentos:**

Além deste/a primeiro/a, você teve outro/as parceiros/as sexuais?
Aproximadamente quantos?

Gostaria que você escolhesse um parceiro importante ou marcante na sua vida para podermos conversar a respeito (*caso não tenha sido o primeiro já relatado*)

Parceiro importante/marcante

Quem era essa pessoa?

Por que você escolheu esse como marcante/importante?

Quanto tempo durou este relacionamento?

Sua idade quando conheceu o/a parceiro/a:

Idade do/a parceiro/a na época:

Escolaridade e profissão/ocupação do/a parceiro/a:

Cor/raça (*branca; preta; parda; amarela/de origem asiática; indígena*):

Como e onde conheceu o(a) parceiro(a) (*se através de amigos, escola, vizinhança, etc.*)?

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

(Se relação sexual com parceiro de sexo oposto)

O que vocês fizeram ao longo deste relacionamento para evitar a gravidez?

(Narrativa sobre a experiência de uso de métodos contraceptivos, gravidez e/ou aborto ao longo deste relacionamento; atentar para os diferentes métodos utilizados pelo casal, motivos destas escolhas e das mudanças de método, se houver, negociação e conversa sobre o tema)

Agora, gostaria que você escolhesse dois outros relacionamentos que duraram mais tempo ou que você tenha morado junto/união com o/a parceiro/a para podermos conversar a respeito deles. (*Aqui somente interessa relações heterossexuais*)

Parceiro estável 1

Quanto tempo durou este relacionamento?

Sua idade quando conheceu o parceiro:

Idade do parceiro na época:

Escolaridade e profissão/ocupação do parceiro:

Cor/raça (*branca; preta; parda; amarela/de origem asiática; indígena*):

Como e onde conheceu o parceiro *(se através de amigos, escola, vizinhança, etc.)?*

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

O que vocês fizeram ao longo deste relacionamento para evitar a gravidez?

(Narrativa sobre a experiência de uso de métodos contraceptivos, gravidez e/ou aborto ao longo deste relacionamento; atentar para os diferentes métodos utilizados pelo casal, motivos destas escolhas e das mudanças de método, se houver, negociação e conversa sobre o tema)

Parceiro estável 2

Quanto tempo durou este relacionamento?

Sua idade quando conheceu o/a parceiro/a::

Idade do parceiro na época:

Escolaridade e profissão/ocupação do parceiro:

Cor/raça *(branca; preta; parda; amarela (de origem asiática); indígena)*:

Como e onde conheceu o(a) parceiro(a) *(se através de amigos, escola, vizinhança, etc.)?*

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a vocês tiveram relações sexuais?

O que vocês fizeram ao longo deste relacionamento para evitar a gravidez?

(Narrativa sobre a experiência de uso de métodos contraceptivos, gravidez e/ou aborto ao longo deste relacionamento; atentar para os diferentes métodos utilizados pelo casal, motivos destas escolhas e das mudanças de método, se houver, negociação e conversa sobre o tema)

✓ **Agora, iremos conversar sobre seu parceiro atual *(se ainda não foi falado antes)***

Parceiro atual

Quanto tempo tem este relacionamento?

Idade atual do parceiro:

Escolaridade e profissão/ocupação do parceiro:

Cor/raça *(branca; preta; parda; amarela/de origem asiática; indígena)*:

Como e onde conheceu o(a) parceiro(a) *(se através de amigos, escola, vizinhança, etc.)?*

Quanto tempo depois de conhecer o/a parceiro/a, vocês tiveram relações sexuais?

O que vocês fazem para evitar a gravidez?

(Narrativa sobre a experiência de uso de métodos contraceptivos, gravidez e/ou aborto ao longo deste relacionamento; atentar para os diferentes métodos utilizados pelo casal, motivos destas escolhas e das mudanças de método, se houver, negociação e conversa sobre o tema)

Você teve/tem outro(s) parceiro(s) durante estes relacionamentos (eventuais ou em paralelo aos já mencionados)? Fale um pouco sobre eles e as precauções que tomava/toma em relação à gravidez com tais parceiros.

Questões gerais sobre sexualidade:

Qual a importância do sexo para você ?

Você percebe mudanças em relação à sexualidade ao longo do tempo? Em que sentido?

Conversa ou troca confidências com alguém sobre sexo?

Tem algum assunto que você tem dificuldade de conversar?

CONTRACEPÇÃO

Este bloco deve servir como checagem para os métodos já mencionados antes e de exploração para os métodos usados mas ainda não comentados.

Além dos métodos contraceptivos que você já mencionou (*entrevistador deve citá-los aqui*), quais outros você conhece?

Gostaria de rememorar com você **todos os métodos** que você já usou na sua vida, **desde o primeiro até o atual** (*explorar a experiência do informante com cada método e contexto de uso*).

Método 1: Por que escolheu/usou este método? Como conseguiu? Idade aproximada quando utilizou o método? Tempo de uso? Mudou de método? Por que?

(atentar para tipo de relacionamento; participação do parceiro na escolha do método; acompanhamento médico; se sentia alguma coisa/efeitos colaterais)

Método 2: ...

Método atual: ...

Se a mulher tiver feito a ligadura de trompas:

Que idade tinha quando fez a laqueadura? Como conseguiu (rede pública ou privada, se pagou ou não)? Por que optou pela a laqueadura? .

(Atentar para tipo de relacionamento em que estava envolvida, quem participou da decisão: parceiro, médicos, parentes, etc.).

Se não tiver até então falado da pílula do dia seguinte, perguntar:

Você já ouviu falar na pílula do dia seguinte (ou contracepção de emergência)? Já usou alguma vez? Em que situação? Pode contar **detalhadamente** como foi?

(atentar para tipo de relacionamento; se ela se automedicou na farmácia ou foi por orientação médica, se sentiu algo depois; frequência que usava, quantos dias depois da relação sexual ela usou, se lembra o nome da pílula, recolher as diversas situações de uso com diferentes parceiros)

Se não tiver até então falado da camisinha, perguntar:

Utiliza a camisinha nas relações e com que frequência? O que acha de usar a camisinha? Já teve problemas com o uso da camisinha?

Se nenhum dos métodos for a laqueadura? Qual a sua opinião sobre a laqueadura tubária? Você pensa em fazer a laqueadura? Quando e por que?

E a vasectomia? Qual a sua opinião sobre a vasectomia? Algum parceiro já pensou em fazer a vasectomia? Como foi? Já conversou com mais alguém sobre isso?

Viagra: Conhece ou já ouviu falar no viagra? Algum parceiro já usou? Em que situação? Quem era o parceiro?

GRAVIDEZ/ABORTO

Quantas vezes você já ficou grávida? Vamos então conversar sobre cada gravidez.

Gestação 1:

Que idade você tinha? E o parceiro? Como ocorreu esta gravidez? Usava algum método contraceptivo? (explorar se houve falha de método) Queria esta gravidez? E o parceiro? A gravidez foi levada até o final?

Se Sim:

- ✓ Ambos estavam de acordo em manter a gravidez? A possibilidade de ocorrer uma gravidez foi conversada antes entre vocês?
- ✓ Você pensou em fazer o aborto? Você tentou fazê-lo? Tempo de gestação? **Detalhar a tentativa de aborto.** *Caso não tenha mencionado, perguntar se fez ultra-sonografia.*
- ✓ Como as famílias reagiram a sua gravidez?
- ✓ Olhando hoje, qual o balanço que você faz deste evento?

Se Não:

- ✓ Como foi a decisão pelo aborto? Em que circunstâncias ele foi realizado? Onde fez? Tempo de gestação? Como conseguiu os meios para abortar? **Detalhar a situação do aborto.** *Caso não tenha mencionado, perguntar se fez ultra-sonografia.*
- ✓ Se ela não tiver mencionado sobre o parceiro: Seu parceiro tomou conhecimento na época ou depois? Qual foi a reação dele?
- ✓ A sua família soube? Mais alguém soube? Teve ajuda de alguém?
- ✓ Olhando hoje, qual o balanço que você faz deste evento?

Gestação 2: ...

Já teve atraso menstrual que motivasse alguma providência? Quando foi? O que fez?

O que você acha/pensa sobre o aborto? A experiência do aborto mudou a sua opinião a respeito desse assunto?

De acordo com a lei atual, uma mulher que faz aborto pode ser presa. O que você acha disso?

Chegamos ao final da entrevista, você gostaria de acrescentar algo que ache importante e que eu não tenha te perguntado? O que achou da entrevista?

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado na Pesquisa HEXCA – Brasil

PESQUISA: HETEROSEXUALIDADES, CONTRACEPÇÃO E ABORTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro está realizando uma pesquisa sobre sexualidade, contracepção e aborto no Brasil. Os entrevistados são moradores da área metropolitana do Rio de Janeiro. Este estudo busca conhecer a experiência de mulheres e de homens e o que eles pensam sobre sexualidade, métodos contraceptivos, pílula do dia seguinte e aborto, entre outras questões.

Estamos lhe convidando para participar desta pesquisa, em que você será entrevistado(a) sobre seus relacionamentos afetivos e sexuais, namoros, casamentos, filhos, métodos para evitar gravidez, aborto, etc.

Esta pesquisa inclui somente perguntas e respostas e avaliamos que não apresenta qualquer tipo de risco aos participantes. Sua participação é voluntária. Se você não quiser, não precisa responder todas as perguntas e também pode desistir de continuar a entrevista em qualquer momento.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Os pesquisadores acreditam que as informações que você pode dar são fundamentais para o desenvolvimento de campanhas, programas e serviços de saúde. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, pergunte, que eu, seu/sua entrevistador/a, tentarei esclarecer. Ressaltamos que as informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita, em momento algum, menção ao seu nome. A entrevista é identificada apenas por um código. Gostaríamos de saber se é possível gravar a entrevista, para garantir que tudo fique registrado.

Caso você concorde em participar, agradecemos sua colaboração e gostaríamos que você assinasse este termo de consentimento, indicando que está devidamente informado/a sobre os objetivos da pesquisa e os usos de seus resultados e que permite que a entrevista seja gravada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Nome e assinatura do entrevistador

Nome e assinatura do entrevistado