



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Adriana Lemos Pereira

**Ações educativas em contracepção:
teoria e prática dos profissionais de saúde**

Rio de Janeiro

2008

Adriana Lemos Pereira

**Ações educativas em contracepção:
teoria e prática dos profissionais de saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

P436 Pereira, Adriana Lemos.

Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde / Adriana Lemos Pereira. – 2008.

169f.

Orientadora: Jane Araújo Russo.

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

1. Anticoncepção – Teses. 2. Mulheres – Programas de saúde – Teses. 3. Direitos das mulheres – Teses. 4. Serviços de saúde para mulheres – Teses. I. Russo, Jane Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.99

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

Assinatura

Data

Adriana Lemos Pereira

**Ações educativas em contracepção:
teoria e prática dos profissionais de saúde**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 22 de julho de 2008.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Araújo Russo (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Cláudia Bonan Jannoti
Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Fabíola Rodhen
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Eliane Reis Brandão
Instituto de Estudos de Saúde Coletiva - UFRJ

Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2008

AGRADECIMENTOS

À professora Jane Russo, com respeito e admiração, por sua sabedoria, compromisso, ética e incentivo no desenvolvimento desta tese.

À professora Maria Luíza Heilborn, ao compartilhar seus conhecimentos e auxiliar nas reflexões para o desempenho deste trabalho.

À Coordenação do Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde/RJ e equipe do Centro de Treinamento - Espaço Mulher, pelo acolhimento, incentivo e autorização para a realização desta pesquisa.

À Dr.^a Ana Maria Costa do Ministério da Saúde, que gentilmente disponibilizou sua tese de doutorado que muito contribui para meus estudos.

Aos amigos professores do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO, agradeço o incentivo e o apoio fraterno e institucional.

Aos demais professores da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que de alguma forma contribuíram nesta trajetória acadêmica.

Às informantes, que pela disponibilidade e atenção viabilizaram a execução desta pesquisa.

À minha mãe Francisca, ao meu pai Francisco Carlos, e meu pai biológico Jorge, agradeço com carinho todo o amor, a força, o estímulo e a compreensão pelas minhas ausências.

Ao meu marido Vanor Correia, sempre amoroso, cúmplice, solidário e compreensivo nos momentos mais difíceis deste percurso.

À amiga Lili Vargas, por sua cumplicidade, carinho e apoio nesta difícil trajetória.

À amiga-irmã Márcia Nunes, por seu carinho e compreensão nos momentos de mau humor e falhas como amiga e madrinha de Maria Clara.

Aos meus amigos, pelo companheirismo e compreensão diante de minhas ausências na cervejinha da praia, no samba, no cinema.

Aos amigos da turma de doutorado (os IMSanos), pela alegria compartilhada nos momentos de êxtase intelectual e festeira, além da cumplicidade no enfrentamento das dificuldades.

Às discentes Simony, Sabrina e Juliana pelas transcrições das entrevistas.

Mariza, Robert e Leilinha pelo valioso apoio técnico de formatação e revisão da tese, e pelas palavras de conforto.

A todos aqueles que sempre me motivaram com carinho e amizade, para o alcance desta nova etapa de minha vida acadêmica.

Ter ou não filhos: A mulher decide, o Estado garante e, a sociedade respeita.

RESUMO

PEREIRA, Adriana Lemos. *Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde*. 2008. 169 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Esta pesquisa objetivou analisar as repercussões do Curso de PAISM/Contracepção, nas práticas, conhecimentos e percepções dos profissionais que desenvolvem atividades educativas nas ações de contracepção, no que diz respeito à saúde e aos direitos na esfera da sexualidade, da reprodução e do gênero; e identificar através dos relatos dos profissionais, os conhecimentos sobre a história do PAISM e do planejamento familiar, o quadro jurídico e normativo, as temáticas e a metodologia do trabalho educativo. Foi um estudo descritivo, com abordagem etnográfica. O *corpus* de análise foi composto pelo registro da observação participante, entrevistas e análise documental. O universo empírico contou com três cenários no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: o Espaço Mulher, grupos educativos de contracepção de duas Unidades Básicas de Saúde, e grupos coordenados por profissionais treinadas no referido curso e como informantes, sete enfermeiras e quatro assistentes sociais. Segundo os relatos das informantes, a mudança de visão sobre alguns temas abordados e a aquisição de novos conhecimentos como possibilidade para a mudança de suas práticas, foram as principais contribuições do curso. Esta tese comprovou parcial conhecimento a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos; do marco histórico, quadro jurídico e normativo do PAISM. No que se refere ao aborto, o discurso predominante foi no sentido contrário a sua prática, em geral por argumentos de natureza religiosa. A sexualidade para a maioria das informantes é relacional e para além do sexo, uma expressão de marca típica do gênero feminino. O tom dominante nos discursos das informantes restringiu-se ao domínio de ações informativas no âmbito da prevenção de doenças e gravidez e à esfera 'humanitária', numa retórica próxima ao do discurso da moral religiosa cristã. A ética cristã de acolhimento e tolerância à liberdade individual independe do pertencimento religioso, e de certo modo, pode-se articular esse *ethos* ao discurso dos direitos sexuais e reprodutivos. Embora apresentando um discurso fundado em valores cristãos (tolerância, compreensão e acolhimento) e mesmo não tendo uma posição política e/ou acadêmica na esfera dos direitos, ou até mesmo não (re) conhecendo alguns deles, as informantes parecem ter uma prática que, de certa forma, expressa uma postura de respeito. Mesmo assim, a abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos precisa ser mais explícita e melhor discutida nos cursos de capacitação. Os profissionais que atuam nos grupos educativos em contracepção são atores sociais que podem/devem contribuir à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, para que se alcance a tão proclamada noção de integralidade em saúde. No entanto, para isto, é preciso que as práticas sejam estruturadas segundo o marco cognitivo emancipatório (BONAN, 2005), no sentido de evitar a manutenção de desigualdades sociais e de gênero, principalmente no que tange às questões da sexualidade e da reprodução. Este desafio está posto aos gestores de atenção à saúde da mulher e aos órgãos de formação em saúde.

Palavras-chave: Direitos sexuais. Direitos reprodutivos. Saúde da mulher. Educação em Saúde. Contracepção.

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the repercussions of the Course PAISM/Contraception in the practices, understandings and perceptions of the professionals who develop educational activities in contraceptive actions, concerning health and rights in the ambit of sexuality, reproduction and gender; it also aims to identify, through the professionals' report, knowledge about the history of PAISM and family planning, the juridical and normative framework, the thematic and methodology of educational work. It is a descriptive study, with an ethnographic approach. The *corpus* for analysis was composed of the record of participating observation, interviews and documental analysis. The empirical investigation figured on three settings of the Rio de Janeiro Municipal Health Ministry: *Espaço Mulher*, educational groups for contraception in two Basic Health Units, and groups coordinated by professionals who were trained at the referred course; as informants, there were seven nurses and four social assistants. According to the informants' report, the change in view about some of the themes approached and the acquisition of new information as a possibility of change in their practices, were the main contributions of the course. This thesis has verified partial awareness on the question of sexual and reproductive rights; of PAISM historic importance, its juridical and normative framework. Concerning the question of abortion, the predominant discourse was against its practice, generally in view of arguments of a religious nature. Sexuality, for most informants, is relational and beyond sex, an expression typically proper to the female gender. The dominant note of the informants' discourse was restricted to the ambit of informative actions on prevention of pregnancy and diseases, and to the 'humanitarian' sphere, in a rhetoric near to the discourse of religious Christian moral. The Christian ethics of acquiescence and tolerance to individual freedom does not depend upon religious belonging and, in a way, it is possible to articulate this *ethos* to the discourse of sexual and reproductive rights. In spite of presenting a Christian-founded discourse (tolerance, understanding and acquiescence) and even though not having a political and/or academic position in the sphere of rights or, furthermore, not recognizing some of them, the informants appear to have a practice which, in some way, expresses an attitude of respect. Nonetheless, the approach to sexual and reproductive rights must be more explicit and further discussed in the development courses. The professionals who act in educational groups for contraception are social actors who can/must contribute to guarantee the sexual and reproductive rights, in order for the much acclaimed notion of health integrity to be reached. However, for this to happen, it is necessary that the practices be structured in accordance to the cognitive emancipation mark (BONAN, 2005), in such a way as to avoid the upholding of social and gender iniquities, principally regarding the questions of sexuality and reproduction. This challenge is thus set to the managers of attention to women's health and to the organs of professional health studies.

Keywords: Sexual rights. Reproduction rights. Women's health. Health education. Contraception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	– Síndrome da imunodeficiência adquirida
BEMFAM	– Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CMS	– Centro Municipal de Saúde
CSEGSF	– Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CPI	– Comissão Parlamentar de Inquérito
CNDM	– Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DIU	– dispositivo intra-uterino
DST	– Doença sexualmente transmissível
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
GPM	– Gerência do Programa da Mulher
IPPF	– Internacional Planned Parenthood Federation
MS	– Ministério da Saúde
ONG	– Organização Não Governamental
ONU	– Organização das Nações Unidas
PAISM	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PC	– Programa Completo
PSF	– Programa Saúde da Família
SMS/RJ	– Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	16
1.1 Sexualidade: saberes em constante construção	16
1.2 Construção da mulher pelo discurso biomédico	20
1.2.1 <u>Mulher e medicina: a medicalização e corpo feminino</u>	23
1.3 Gênero: as diferenças sociais entre os sexos	26
2 ABORDAGEM HISTÓRICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	30
2.1 Direitos sexuais e reprodutivos: direitos “privados” de natureza pública	30
2.2 Planejamento familiar: questão nacional	33
2.3 O feminismo e o PAISM	36
2.4 PAISM: novo paradigma na educação e atenção à saúde da mulher	41
2.4.1 <u>Práticas educativas no PAISM</u>	43
2.5 O PAISM e o Espaço Mulher no município do Rio de Janeiro	49
3 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA	52
3.1 As informantes	53
3.2 Observação participante	56
3.2.1 <u>Do curso (módulo teórico)</u>	
3.2.2 <u>Dos grupos educativos em contracepção (módulo prático)</u>	57
3.2.3 <u>Dos grupos educativos coordenados pelas informantes</u>	58
3.3 Entrevistas	59
3.4 Análise documental: plano de curso, programa e textos	59
4 O TRABALHO DE CAMPO E SUAS INTERFACES: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO MÓDULO TEÓRICO	61

4.1	O primeiro dia: aproximação e distanciamento do campo	61
4.2	O cotidiano: os temas e textos e seus (des) enlaces	63
4.2.1	<u>Síntese dos temas e textos</u>	67
4.2.2	<u>Opinião das informantes sobre o Curso o PAISM/Contracepção</u>	76
5	OS TEMAS NUCLEARES: ARTICULAÇÃO DO PÚBLICO (OBSERVAÇÃO DO MÓDULO PRÁTICO) COM O PRIVADO (ENTREVISTAS)	78
5.1	Direitos sexuais e reprodutivos	78
5.2	PAISM	85
5.3	Aborto	88
5.4	Sexualidade	98
6	COMPARAÇÃO ENTRE DOIS GRUPOS: O DISCURSO E A PRÁTICA DAS INFORMANTES	107
6.1	Unidades Básicas de Saúde	108
6.2	O grupo como espaço informativo	110
6.2.1	<u>O preço da conquista, promiscuidade e falta de higiene</u>	111
6.2.2	<u>A vergonha falada sem ser ouvida</u>	111
6.2.3	<u>Homens presentes, porém invisíveis</u>	112
6.2.4	<u>DIU: contraceptivo ou abortivo?</u>	112
6.2.5	<u>Direitos reprodutivos: a contradição aparente</u>	113
6.3	O grupo como espaço dinâmico	114
6.3.1	<u>Início do grupo: integração para agregar conceitos</u>	115
6.3.2	<u>Homens presentes e participantes</u>	116
6.3.3	<u>Apresentação dos métodos: velhos e novos olhares</u>	116
6.3.4	<u>Camisinha, erotismo e (in)fidelidade</u>	117
6.3.5	<u>Para além da anatomia: o conhecimento do corpo</u>	118
6.4	Informativa e dinâmica: marcas da experiência e da geração	119

6.4.1	<u>Dois grupos e o silêncio: aborto e violência doméstica</u>	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas	145
	APÊNDICE B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	149
	APÊNDICE C – Matriz de análise dos textos	152
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	153
	ANEXO B – Programa completo do Curso PAISM/Contracepção	155
	ANEXO C – Programação do Curso de PAISM/Contracepção	168

INTRODUÇÃO

A partir da abertura democrática dos anos 1980, do ressurgimento de movimentos sociais – como o feminista –, o Brasil se tornou país de vanguarda na implantação de um programa de saúde dirigido à mulher, baseado nos princípios do direito à saúde e da integralidade da assistência. A proposição deste projeto concernia a ações educativas que proporcionassem a valorização das práticas e saberes femininos, além do conhecimento e da autonomia sobre o corpo da mulher. Neste contexto é instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, com contribuição das feministas em sua elaboração. Até então, a assistência era prioritariamente direcionada ao binômio materno-infantil, de modo que a mulher era vista somente como genitora/mãe. As questões fora do período gravídico não eram sistematizadas na política de atenção a este grupo populacional. Como exemplo, a contracepção, de forma geral, era realizada por instituições estrangeiras privadas, sem intervenção e controle do Estado. Na maioria das vezes, elas atuavam sem o devido acompanhamento clínico às mulheres, expondo-as a riscos de saúde, uma vez que seu objetivo era destinado ao controle da natalidade.

O conceito de atenção integral era base doutrinária do PAISM e, nos anos 1990, os direitos reprodutivos foram definidos como:

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução quer lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução

da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 1983a, p. 15).

As críticas à relação de poder entre profissional de saúde e mulher apontaram que o modelo de assistência era centrado no controle do corpo feminino e no saber biomédico. A prática da educação em saúde, tida como fonte de reflexão sobre os problemas de saúde, da sociedade e da própria condição feminina, constituíram questões que demarcaram a distinção entre o PAISM e outros programas governamentais no campo da saúde. Em especial, a nova prática educativa proposta, partia de pressupostos fundamentados na teoria da educação popular¹ de Paulo Freire, que objetivava analisar o sujeito em suas condições de vida e afirmava a necessidade de luta contra o regime autoritário vigente. A psicanálise também foi utilizada como referência para o desenvolvimento desta modalidade de atenção, em virtude da valorização da subjetividade. Tratava-se de produzir uma transformação social, mediante um processo de mudança pessoal.

A principal origem da prática educativa com objetivo transformador seria o ‘movimento de mulheres’, também conhecido como grupo de reflexão de mulheres e/ou autônomos, cujas participantes pertenciam, em geral, às camadas médias. Este modelo se expandiu para classes populares, principalmente através de lideranças de organizações de bairros e de igrejas. No Brasil, este movimento surgiu nos anos 1970 e foi marcado pela contestação ao regime político autoritário instituído (SARTI, 2004). De acordo com a equipe do Coletivo Feminista², o movimento de mulheres pela saúde também emergiu no mesmo período, com alto nível de organização e articulação³. No início da década de 1980, um evento significativo foi a realização do 10º Encontro Nacional de Saúde da Mulher. Nesta ocasião, estiveram presentes mais de setenta grupos de mulheres de todo país, resultando na

¹Os princípios da educação popular são apresentados por Brandão (1981) em *O que é método Paulo Freire*.

²Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde é organização não governamental; atua na promoção da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos, através de atendimento direto, pesquisa, capacitação de recursos humanos, articulação e do desenvolvimento de políticas públicas de saúde da mulher (Coletivo Feminista, s.d).

³Sobre importância histórica, legado do movimento feminista, pluralidade de manifestações teórico/práticas, vide Freire, Marx, Lacan. Estes temas não serão aqui abordados, pois ultrapassam o escopo desta tese.

elaboração do primeiro documento público — a *Carta de Itapecerica* — com as reivindicações (COLETIVO FEMINISTA,s.d.). Muitos destes grupos se tornaram organizações não governamentais (ONGs) nos anos 1980. No entanto, por diversas razões, algumas não se consideram instituições, mas se denominam como grupos de mulheres (CORRÊA, 1994). Outras feministas passaram a atuar em instituições governamentais, secretarias e no Ministério da Saúde (MS).

Com o objetivo de melhor preparar os profissionais de saúde para ações educativas dirigidas a mulheres, foram oferecidos treinamento em práticas pedagógicas, oficinas de sensibilização para conhecimento do corpo, entre outros recursos. O processo de criação e implantação do PAISM não se deu de forma tranqüila, pois atingia grupamentos com visões e interesses diversos.

O Município do Rio de Janeiro implantou o PAISM nos anos 1990, quando as profissionais de saúde, ligadas ao movimento feminista, assumiram a Gerência do Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (GPM-SMS/RJ). Dentre outras medidas desta instância, destaca-se a criação de um Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher - Espaço Mulher, com o objetivo de capacitação no trabalho educativo na área da saúde feminina, em especial, acerca de contracepção.

Decorridos mais de vinte anos da elaboração do PAISM⁴ e mais de dez de sua implantação no município do Rio de Janeiro, quais as repercussões do Curso de PAISM/Contracepção⁵ oferecido pelo Espaço Mulher, nas práticas conhecimentos e percepções dos profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS)? Ao desenvolverem ações educativas, eles incorporam e problematizam questões acerca da sexualidade e dos direitos reprodutivos? A partir destas indagações, esta pesquisa objetivou

⁴O Ministério da Saúde, em 2004 lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com o objetivo de incluir o enfoque de gênero, da promoção da saúde e incluir a atenção a grupos excluídos como as mulheres rurais; as deficientes; negras; lésbicas etc. (BRASIL, 2004) como uma “tradução das linhas de ação” .

⁵Com carga horária de 92 horas, dirige-se a profissionais de níveis médio e superior, inseridos ou que desejem atuar na área de saúde da mulher ou do adolescente.

analisar as repercussões do Curso de PAISM/Contracepção nas práticas, conhecimentos e percepções dos profissionais que desenvolvem atividades educativas nas ações de contracepção, no que diz respeito à saúde e aos direitos na esfera da sexualidade, da reprodução e do gênero; identificar os conhecimentos sobre a história do PAISM e do planejamento familiar, o quadro jurídico e normativo, as temáticas e a metodologia do trabalho educativo, através dos relatos dos profissionais.

Postula-se aqui que discutir a atenção dirigida à saúde da mulher de forma integral, incorporando a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos ao processo pedagógico acerca de contracepção, possibilita contribuir para a transformação do contexto do exercício profissional.

O primeiro capítulo apresenta os pressupostos teóricos da tese. Refere-se ao desenvolvimento dos discursos iniciais sobre sexualidade, como manifestação da natureza humana, biologicamente determinada, com a finalidade básica de reprodução. Esse tipo de abordagem denominava-se essencialismo até a mudança dessa ótica, que passou a levar em conta as determinações sócio-culturais – denominada de construcionismo social. São descritas as formas como as noções acerca da diferença anatômica entre os corpos masculino e feminino contribuíram para a formulação e inserção da medicina no desenvolvimento científico e nas instâncias políticas e sociais, em especial, pela medicalização do corpo feminino. Apresenta a noção de gênero, como instrumento político e analítico, concernente às relações sociais entre os sexos.

O segundo capítulo dedica-se à contextualização histórica do planejamento familiar como questão nacional, quando se discute as forças políticas e sociais relativas à natalidade. Aborda a influência do feminismo na construção do PAISM, como novo paradigma para práticas educativas e assistenciais à saúde da mulher. Finaliza com a apresentação deste programa no município do Rio de Janeiro e o trabalho do Espaço Mulher, como centro de treinamento de profissionais para assistência à saúde da mulher, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e das diretrizes do PAISM.

O terceiro capítulo descreve o percurso, as características e estratégias metodológicas empregadas no trabalho de campo. Apresenta breve perfil das informantes; os variados cenários de observação participante (módulo prático, teórico e grupos coordenados por informantes), entrevistas e o material utilizado para análise documental.

O quarto capítulo narra, a partir das anotações do diário de campo na observação participante do módulo teórico do Curso de PAISM/Contracepção, a descrição e análise do primeiro dia do referido curso, assim como a síntese da apresentação dos temas abordados

neste módulo. Oferece, ainda, a discussão sobre o material fornecido às treinandas, além de suas opiniões, com base nas entrevistas realizadas.

O quinto capítulo apresenta a abordagem, no curso, dos temas escolhidos como nucleares desta tese, articulando-os aos depoimentos das informantes a respeito destas temáticas. Os temas nucleares foram: direitos sexuais e reprodutivos; PAISM; aborto e sexualidade. Foram escolhidos por serem, respectivamente, base para as ações educativas em contracepção; por tratar-se da política que norteia a atenção à saúde da mulher; por envolver significados e representações, questões morais e religiosas, o que, muitas vezes, expõe as mulheres a problemas de grande impacto para a saúde pública. A apresentação desses temas seguiu a mesma sequência realizada no curso, o que justifica o fato de o tema aborto constar antes do tema sexualidade.

O sexto capítulo oferece um olhar comparativo, com especial atenção para a eleição dos temas nucleares, por dois grupos educativos realizados pelas informantes. Caracteriza ainda as Unidades de Saúde, nas quais os grupos foram desenvolvidos e descreve apresentações de duas informantes. Em função de suas características mais marcantes, os grupos foram classificados como informativo e dinâmico. Ao final, discute os prováveis fatores que marcaram as diferenças e semelhanças entre as informantes e a dinâmica de seus grupos.

As considerações finais destacam as principais dificuldades do trabalho de campo. Buscam responder às questões iniciais da tese e destacam que a preeminência e a valorização da vivência e subjetividade, em detrimento da teoria e de debates mais substantivos, evidenciam uma abordagem vinculada ao *ethos* cristão, como hipótese a ser aprofundada em pesquisas posteriores. O desafio para gestores da atenção à saúde e para órgãos de formação em saúde consiste na estruturação de práticas profissionais baseadas no marco cognitivo

emancipatório. Desta forma seria possível não reproduzir as desigualdades sociais e de gênero, de modo a contribuir à concretização da integralidade em saúde.

1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Este capítulo apresenta uma síntese dos principais discursos sobre sexualidade – as perspectivas denominadas essencialista e construtivista –, o desenvolvimento de um saber científico sobre o corpo feminino e seu processo de medicalização e, ainda, a noção de gênero, como instrumento político e de análise, acerca das questões referentes às relações entre os sexos.

1.1 Sexualidade: saberes em constante construção

Historicamente distintas posições teóricas, metodológicas e políticas estiveram presentes nos discursos sobre sexualidade. Os estudos sobre o tema não foram desenvolvidos de forma linear. O sexo era considerado algo inerente, instintivo, regido por um conjunto de fatores biológicos e ambientais, contidos em uma essência interior, com a finalidade básica de reprodução, segundo o modelo heterossexual. Esta concepção fundamentava-se em preceitos religiosos, morais e filosóficos, que, posteriormente foram apropriados, de maneira indireta, pelo discurso médico científico. Parker e Gagnon (1994) apontaram a existência de um “período sexológico”, quando ocorreu uma teorização acerca da sexualidade, na cultura européia. Estes autores afirmam que, talvez em meados do século XVIII, a medicina já semeava algumas idéias nesta área, como a preocupação com a masturbação, a prostituição, o controle do impulso sexual, o que delineou o início de um discurso “científico” sobre sexualidade, no século XIX.

No final do século XIX foi criada uma disciplina específica sobre o tema, a sexologia. Richard von Kraft-Ebing e Havelock Ellis foram os sexólogos pioneiros, que descreveram o sexo como “instinto natural” e a sexualidade como central na existência humana (WEEKS,

1999). Sigmund Freud e Haverlock Ellis se basearam em uma ótica da sexualidade, segundo modelos de controle/repressão de impulsos (GAGNON, 2006). De acordo com Gagnon (2006), os estudos freudianos provavelmente influenciaram fortemente o desenvolvimento das ideologias sexuais do século XX: a psicanálise “parecia enraizar-se numa versão fundamentalmente biológica do mundo e, por conseguinte, as interpretações baseadas nela podiam ter o atrativo dos universos humanos” (op. cit., p. 87).

Esta perspectiva teórica sobre sexualidade, nomeada de essencialismo:

[...] é o ponto de vista que tenta explicar as propriedades de um todo complexo por referência a uma suposta verdade ou essência interior. Essa abordagem reduz a complexidade do mundo à suposta simplicidade imaginada de suas partes constituintes e procura explicar os indivíduos como produtos automáticos de impulsos internos (WEEKS, 1999, p.43).

De acordo com a tradição norte-americana, em meados do século XX, as investigações de Kinsey, Masters e Johnson contribuíram à formulação de saberes e práticas em torno da sexualidade, através de pesquisas acerca das condutas sexuais, fisiologia e anatomia da resposta sexual. Apesar de opiniões e abordagens metodológicas diferentes nesse período, essa concepção da sexualidade como algo inerente à natureza humana instalada no corpo e movida por uma energia sexual, que ora se manifestava por ordem fisiológica, ora psíquica, e que precisava ser controlada, era o ponto em comum da maioria dos pesquisadores tanto europeus quanto norte-americanos. Esta primeira vertente sexológica permaneceu ao longo do século XX e, de alguma forma, ainda permanece nos dias de hoje, porém passou a ser criticada e revista, por estudos provenientes da área das ciências sociais (PARKER e GAGNON, 1994).

Esses estudos, algumas vezes com tendências diferenciadas, problematizaram a importância dada ao sexo na vida pessoal e social, a universalidade do instinto sexual e

demais assertivas provenientes das pesquisas de cunho essencialista. Tal posição teórica passou a ser denominada de construcionismo social.

Segundo Vance (1995, p.18), a sexualidade apareceu inicialmente em estudos antropológicos pelo “modelo de influência cultural”. Neste modelo, ela era percebida como um material básico, uma espécie de massa de modelagem. A partir desta visão, a cultura trabalharia, formando comportamentos e atitudes sexuais. Entretanto, estes estudos afirmavam a sexualidade como universal e biologicamente determinada, cujo núcleo era a reprodução. Apesar de levarem em conta a influência da cultura, esses estudos apresentavam uma ótica fortemente essencialista.

Escoffier (apud GAGNON, 2006, p. 13-30), ao fazer a introdução do livro de Gagnon, afirma que este e o sociólogo Simon redefiniram a sexualidade, de integrante de um conjunto de impulsos biológicos e da repressão social, para pertencer a um campo de iniciativa social criativa e de ação simbólica. Para ele, estes autores “rejeitaram vigorosamente a importância determinante dos impulsos ou energias biológicas e, em vez disso, adotaram uma interpretação rigorosamente social do comportamento sexual” (p. 18, 20). Com a premissa de que a prática sexual, como qualquer outra conduta social, é vivida a partir de processos de aprendizagem que são permeados de regras, roteiros e cenários, Gagnon (2006) apresenta cinco grandes concepções que basearam o conceito de roteirização sexual:

- (1) a conduta sexual é inteiramente determinada pela história e pela cultura;
- (2) o significado na conduta sexual não se encontra numa interpretação da atividade corporal dos indivíduos;
- (3) a ciência da sexualidade é histórica e culturalmente determinada em igual medida;
- (4) a sexualidade é adquirida, mantida e desaprendida em todos os seus aspectos, e é organizada pela estrutura social e pela cultura;
- (5) o gênero e a sexualidade são formas aprendidas de conduta e se ligam de maneiras diferentes nas diferentes culturas (GAGNON, 2006, p. 218, 219).

Outra vertente teórica construcionista assevera que o sexo, a sexualidade, a identidade sexual e, ainda, numa perspectiva mais radical, o desejo erótico, consistem em construções sociais demarcadas historicamente, e que a sexualidade é um componente da vida social, regido por crenças e ideologias presentes na sociedade, ao longo da história (PARKER, 1999). Weeks (1999) assinala que, a partir deste referencial teórico do construcionismo social, é possível compreender como as distintas condições históricas formularam o que era ou não normal e, ainda, as relações de poder envolvidas na esfera da sexualidade.

A obra de Foucault consiste em marco central na desnaturalização do pressuposto biológico da sexualidade, e inspirou o que hoje é chamado de construcionismo social. Este autor evidencia que o estímulo à elaboração de discursos sobre sexo, via igreja, medicina e escola, ganhou força principalmente a partir do século XVIII. Tal produção foi fundamental para o processo de construção de um saber-poder sobre o tema. Assim, para este autor, a sexualidade não foi reprimida, mas constituiu objeto de incitação, mediante um conjunto de dispositivos entendidos como um conglomerado heterogêneo de discursos, instituições, saberes científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas etc. Tais dispositivos podiam ser ou não discursivos, além da possibilidade de mudanças em suas posições e intenções. Eles desempenharam uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 1993, 1995), de intervenção política em torno da sexualidade e da reprodução. A forma como cada indivíduo usava seu sexo deixava de ser uma questão privada para se transformar em problema econômico e político, expresso no domínio público, pela preocupação do Estado com a chamada população. Neste contexto,

Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um “povo”, porém com uma “população”, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias; natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, formas de alimentação e de habitat (FOUCAULT, 1993, p. 28).

Para tanto, a demografia passou a subsidiar observações e intervenções relativas às condutas sexuais, às suas determinações e efeitos, entre a biologia e a economia. Esta economia política da população foi exercida entre o Estado e o indivíduo, em um campo no qual o sexo se tornou objeto de disputa, de discursos, de saberes, de apreciações e imposições. No plano da reprodução, será expressa em medidas, ora natalistas, ora antinatalistas.

Até os dias atuais, distintas análises se apresentam sobre o que é construído no campo da sexualidade⁶. A despeito das diferenças, todas as análises adotam a visão de que:

atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância social e significado subjetivo variáveis, dependendo de como são definidos e compreendidos em diferentes culturas e períodos históricos (VANCE, 1995, p.16).

1.2 Construção da mulher pelo discurso biomédico

O olhar sobre o corpo e as diferenças entre o masculino e o feminino, assim como em torno da sexualidade, é configurado em base histórico-cultural. Laqueur (2001), em sua investigação histórica, descreve como esta visão diferenciada dos corpos contribuiu não no processo de construção das representações de gênero, mas para a formulação e inserção da medicina, no desenvolvimento científico e nas instâncias sociopolíticas. Este autor demonstra como certas noções propiciaram o que hoje entendemos sobre o corpo. Indica que, na antiguidade clássica, predominava a concepção de um único sexo, modelo que vigorou até o final do século XVII (p. 40).

Para Galeno, século II d.C. as mulheres seriam, em essência, homens com escassez de calor vital. O homem era o modelo de perfeição, com os órgãos na parte externa, visíveis e perfeitos. Já a mulher, imperfeita, retinha-os no seu interior. A vagina seria “um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos” (p.16), caracterizando a mulher como “um homem invertido” (p.44).

⁶Duarte (2004), Loyola (1998, 1999) Heilborn e Brandão (1999) resenham estudos no campo das ciências sociais, que historicamente versaram sobre sexualidade, desde uma perspectiva secundária até a constituição do campo da sexualidade como objeto de investigação em si.

Durante grande parte do século XVII, “ser homem ou mulher era manter uma posição social, assumir um papel cultural, e não pertencer organicamente a um sexo ou a outro” (LAQUEUR, 2001, p.177). A diferença masculino/feminino era enfatizada, mas não se pautava no conhecimento da diferença anatômica. Em algum momento do século XVIII, o sexo “foi inventado” (p. 189), e se constata que “Aristóteles e Galeno estavam errados ao afirmar que os órgãos femininos eram órgãos masculinos, porém de forma menor e, conseqüentemente, que a mulher era um homem menos perfeito”. Entra em cena o modelo de dois sexos como novo fundamento para o gênero, muito embora a concepção de sexo único persistisse em alguns estudos e discursos médicos, além da literatura leiga até fins do século XIX (MARTINS, 2004, p. 31). Entretanto, os órgãos femininos, aos quais era atribuída nomenclatura análoga aos masculinos, foram renomeados depois da segunda metade do século XVIII. O aparelho reprodutivo, em especial, passou a ter significado relevante: “fundamentar e justificar as desigualdades de gênero na vida pública e privada” (p. 31).

No século XVIII, a partir de textos históricos o esqueleto da mulher foi descrito e comparado ao do homem. Schiebinger (1987) demonstra como as características anatômicas determinam o perfil da mulher: crânio pequeno, menor capacidade intelectual, pelve maior, para facilitar o parto. O discurso hegemônico reafirma então que a mulher, por sua menor capacidade intelectual, não poderia participar de espaços e atividades públicos, como trabalho e ensino. Assim, o ideal da maternidade passou a ser consolidado como lugar de domínio da mulher.

Laqueur (2001) afirma haver duas explicações para a invenção do modelo de dois sexos: uma epistemológica e outra política, de forma geral. A primeira possui duas articulações: uma concerne ao estabelecimento de dicotomias – fato/ficção, ciência/religião, razão/credulidade. No caso desta última, “o ceticismo não foi criado no século XVIII, mas a divisão entre o possível e o impossível, entre o corpo e o espírito, entre a verdade e a

falsidade, e entre o sexo biológico e o gênero teatral, foi muito aguçada” (LAQUEUR, 2001, p. 191). O segundo nexo se refere às semelhanças entre os corpos, vistos como microcosmos e elementos integrantes da ordem de um mundo hierárquico. Com o dimorfismo sexual, esta segunda articulação foi reduzida a um único plano: o da natureza.

A segunda explicação para a invenção do dimorfismo sexual se refere ao contexto político, às lutas pelo poder, principalmente no século XIX pós-revolucionário: conflitos entre homens e mulheres, feministas e antifeministas, enfim, “essas construções não foram consequência de mudança científica, mas de uma revolução epistemológica e sociopolítica” (p.31).

Rohden (2001a, 2001b), ao investigar a questão da diferença entre os sexos no século XIX, demonstra que os autores da época descreviam usualmente o corpo masculino como superior ao feminino, revelando, portanto, noções ancoradas em estudos anatômicos do século XVIII. Ainda segundo esta autora, a mudança de perspectiva – do isomorfismo para o dimorfismo – ocorreu mediante um emaranhado conjunto de transformações, em distintos âmbitos da sociedade. No entanto, a substituição daquele modelo não mascarou a representação da mulher como um ser essencialmente inferior, marcado por sua condição biológica, pois:

[...] as diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensadores sociais dissertem sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a consequente necessidade de diferenciações sociais (ROHDEN, 2001a, p.19).

1.2.1 Mulher e medicina: a medicalização e o corpo feminino

Nesta conformação de saberes e de idéias sobre a sexualidade e a mulher, a reprodução tem um papel de destaque. Na visão essencialista, a sexualidade e a reprodução se configuram como inseparáveis e fazem parte de um determinismo biológico, que repousa sobre a mulher, uma vez que seu destino é dirigido à maternidade, condição que suplanta qualquer outra função na vida. Rohden (2001a, p.16) reforça o que Laqueur (2001) afirma: a “ênfase na definição da diferença sexual e na especificidade feminina associada à maternidade tem sido percebida por alguns autores como um fenômeno claramente identificável em torno do fim do século XVIII e começo do século XIX”.

Neste contexto, a medicina se tornou um campo de saber e de poder determinante, além de atuar intensamente na construção e manutenção de representações sobre a sexualidade, os papéis masculinos e femininos e sua relação com a reprodução. Não apenas sobre o corpo da mulher, mas também sobre o corpo social – aqui entendido como população em geral – sobre homens, crianças e idosos, que passaram a ser foco de cuidados médicos, demarcando um processo denominado de medicalização. Foucault (1995) afirma que, em fins do século XVIII, ocorreu o “nascimento” da medicina social, constituído por três etapas: a medicina de Estado de origem Alemã, a medicina urbana, francesa e, finalmente, a medicina da força de trabalho, inglesa. Na Europa, no fim do século XVIII e início do XIX, difundiu-se a idéia de “polícia médica”⁷, que consistia basicamente,

[...] num sistema completo de observação da morbididade; na normalização e do saber médico; numa organização administrativa para controlar a atividade dos médicos e na criação de funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber (FOUCAULT, 1995, p. 84).

⁷FRANK, Johann Peter formulou o conceito de polícia médica, mais precisamente em 1779, em sua obra *System einer vollstanding medicinischen Polizey*. (Grifo meu).

Em concordância com Rosen (1980, p.188), a polícia médica, na prática, era implementada por meio de um programa de ação social voltado à saúde, que aspirava mais ao aumento do poder estatal do que à melhora da qualidade de vida da população.

A medicina e o Estado atuavam através da noso-política, que

[...] mais do que o resultado de uma iniciativa vertical aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral (FOUCAULT, 1995, p.195).

Uma característica desta noso-política era a valorização da infância e da família como instâncias primordiais da medicalização dos indivíduos; outra o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina, como instâncias de controle social. De acordo com Costa (1983), o mesmo ocorreu no Brasil, país no qual o Estado intervinha nas famílias de duas formas: uma, sobre a família burguesa, através de uma política populacionista, reorganizando os grupos familiares em torno da conservação e da educação das crianças. E outra, dirigindo-se às famílias pobres, com campanhas de moralização e higiene da coletividade:

Essas intervenções demográficas junto aos ricos e demográfico-políciais sobre os pobres permitiam a proliferação e a liberação de uma mão-de-obra politicamente dócil para o livre jogo do mercado do trabalho (COSTA, 1983, p.51, 52).

Como afirma Camargo Júnior (1990), em paralelo ao processo de medicalização da sociedade, ocorreu a cientifização da medicina. Tal intervenção social não coube apenas à medicina, mas encontrou nela um instrumento poderoso. Este meio de controle estatal, exercido pela medicina sobre a população, estabeleceu-se como instrumento do poder e do saber, em um processo que culminou no que se pôde chamar de medicalização do corpo social:

O médico se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o 'corpo' social e mantê-lo em um permanente estado de saúde (FOUCAULT, 1995, p. 203).

Esta prática segue uma perspectiva de controle social identificada como biopolítica. Esta biopolítica desenvolveu quatro grandes conjuntos estratégicos, que podem ser considerados como medicalização do sexo: o primeiro seria a histerização do corpo da mulher, por meio da sexualização do processo reprodutivo e da conseqüente divisão das mulheres entre mães e nervosas. O segundo conjunto concerne ao reconhecimento de uma sexualidade infantil, de modo a promover a pedagogização do sexo das crianças. O terceiro atua através da regulação das populações, pela socialização das condutas de procriação via controle da fecundidade e a devida responsabilização dos casais. Por fim, o último seria a psiquiatrização do prazer perverso, referido ao sexo para fins não reprodutivos (FOUCAULT, 1993).

A sexualidade passa a ser um grande instrumento de contenção da ordem social, por meio do controle do indivíduo e das populações. Segundo Corrêa (1994), a medicalização da sexualidade teria sido produzida por dois modelos historicamente configurados, mas não excludentes: um caracterizado por preceitos generalizantes, apoiados, sobretudo, na medicina e no controle sanitário e reprodutivo das populações. O segundo seria marcado pela influência dos discursos *psi*, que focalizavam o processo de individualização e formação de subjetividades.

Para Donangelo (1979), a medicalização da sociedade possui dois sentidos: o primeiro se refere à extensão do campo de prática da medicina, por exemplo, a regulação dos nascimentos e a demografia. Já o segundo diz respeito à ampliação da oferta de serviços médicos e ao acesso da população a estes. A autora aponta que é precisamente neste primeiro sentido que a medicalização do corpo feminino se instaura, e se estende à sexualidade e à reprodução. No entanto, apesar de estar relacionada tanto às questões masculinas quanto femininas, esta prática é exercida predominantemente no corpo da mulher. Vieira (2002) afirma que a medicalização da sociedade, assim como a dirigida ao corpo feminino,

implantou-se nos países da Europa e foi estendida a outros. No final do século XIX, o Brasil incorporou este processo de formulação, instauração e consolidação da prática médica. Com base nos argumentos da “natureza feminina”, que atribuíam à mulher os papéis de esposa e mãe, ela passa a ser sujeito ativo (mediante o processo de educação) e passivo da medicalização (por sujeitar-se às intervenções no processo do parto e das tecnologias contraceptivas). Inicialmente, a partir do desenvolvimento da tecnologia médica de acompanhamento do parto e do puerpério, para, a seguir, transformar a mulher em importante agente no processo de melhoramento da população e da raça, pela produção de gestações saudáveis. Tais idéias são oriundas da higiene social e de um projeto nacional marcado por preocupações eugênicas, nas primeiras décadas do século XX (VIEIRA, 2002).

1.3 Gênero: as diferenças sociais entre os sexos

No século XX, foram formuladas críticas à posição social da mulher, tanto oriundas do movimento feminista quanto do campo intelectual, dedicado a estudos sobre a mulher. Posteriormente, através dos chamados estudos de gênero. Este movimento surge nos Estados Unidos nos anos 1960, e se expande pela Europa e América Latina na década de 1970. Já nos anos 1980, sua visibilidade passa a se reduzir (MACHADO, 1994). O gênero tornou-se então um instrumento analítico e político no enfrentamento das relações sociais entre ambos os sexos (LOURO, 1997). Esta categoria serviu como recurso para distinguir a dimensão biológica da social, uma vez que a medicina transmite a idéia da existência de diferenças entre as condutas de homens e mulheres, fundamentadas na natureza humana, com bases biológicas.

O ativismo feminista e as lutas populares representaram uma tentativa de separar a sexualidade da reprodução e do papel das mulheres enquanto esposas e mães. Tratava-se de

uma contestação do determinismo biológico, em busca de maior compreensão desta representação social (VANCE, 1995). Assim, demarcou-se a proposição de que o sexo, inserido no campo biológico, não definia os comportamentos no âmbito da sociedade como específicos de homens e mulheres. Deste modo, o biológico não determinava o social (HEILBORN, 1996; LOYOLA, 1998). Neste contexto, na década de 1970, Rubin (1975) analisa, em um artigo, a gênese da opressão das mulheres. Ela propõe o sistema sexo/gênero, contrariando as teses essencialistas, segundo as quais, a sexualidade e a reprodução configuravam a diferença de gênero. Para esta autora, o sistema sexo/gênero é o “conjunto de medidas mediante o qual a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana e essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (RUBIN, 1975 apud VANCE, 1995, p.11). Nos anos 1980, Rubin apresenta a divisão sexo/gênero, reconhecendo a sexualidade e o gênero como sistemas distintos, admitindo que os mesmos devessem ser explicados separadamente, com pontos de entrelaçamento, que variam historicamente nas diversas culturas.

Scott (1995) considera que o uso contemporâneo do termo gênero se refere à trajetória da mulher ao longo do tempo, relato feito pelas feministas, o que não possui poder analítico para alterar os paradigmas históricos existentes. Desta maneira, algumas se orientaram nas concepções do patriarcado, no marxismo e na psicanálise para elaborar suas análises do gênero, para compreender as persistentes desigualdades entre mulheres e homens, e conferir certa legitimidade acadêmica a seus estudos⁸. Entretanto, esta autora formula críticas quanto à utilização desses paradigmas. Para ela, estas não seriam as únicas possibilidades de entendimento das origens das desigualdades e das relações entre os sexos. Propõe uma abordagem dos processos, o que significa indagar como “as coisas se passaram para descobrir por que elas se passaram” (SCOTT, p. 86).

⁸Vale conferir o trabalho de Heilborn e Sorj (1999a), acerca de um levantamento histórico sobre a produção acadêmica na área de relações de gênero no Brasil.

A partir destas reflexões, para ela a definição de gênero se apóia em duas partes distintas e interdependentes: a primeira, um elemento essencial das relações sociais estabelecidas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. A segunda se apresenta como um primeiro modo de atribuir significado às relações de poder:

[...] um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado, não é o único campo, mas ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas (SCOTT, 1995, p. 88).

A primeira parte do gênero acrescenta ainda esta autora, comportaria quatro elementos: os evocadores das representações simbólicas e, por vezes contraditórias, como Eva e Maria; as doutrinas expressivas (e significação dos símbolos) como, por exemplo, a religiosa; a aparência da permanência intemporal na representação binária do gênero e a identidade subjetiva, acerca da qual a psicanálise oferece relevante teoria. Nenhum destes quatro elementos pode operar sem o outro. Eles também não atuam simultaneamente, como simples reflexos uns dos outros. Para Scott, a grande questão para a pesquisa histórica é apreender as relações entre estes quatro aspectos. Ainda de acordo com esta autora,

[...] o termo 'gênero' faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para um reivindicar um certo terreno de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens (SCOTT, 1995, p. 85).

O gênero seria, portanto, a distinção dos atributos que conferem a qualidade de ser homem ou mulher. Trata-se de uma qualidade instituída pela cultura, por meio da construção social do sexo, sendo este entendido como as características anátomo-fisiológicas dos seres humanos (HEILBORN, 1996, 1997). As diferenças e desigualdades não devem ser justificadas pelas características biológicas, mas pelas considerações da sua constituição

através dos “[...] arranjos sociais, da história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação” (LOURO, 1997, p.22).

A apresentação da sexualidade e do gênero como sistemas distintos e, sobretudo entrelaçados, é proposta por vários autores: “Embora os membros de uma cultura vivenciem esse entrelaçamento como natural, sem costuras e orgânico, os pontos de conexão variam historicamente e nas diversas culturas” (VANCE, 1995, p.12). Portanto, entender o masculino/feminino como social e historicamente construído representa o que distintos estudiosos postulam nos últimos anos.

2 ABORDAGEM HISTÓRICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Abordar planejamento familiar significa, fundamentalmente, tratar do que subjaz à sua prática: a garantia ou não dos direitos sexuais e reprodutivos. Sua compreensão como parte integrante dos direitos humanos é recente, nasce na década de 1980 e abrange basicamente o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecida. Aspectos relacionados à sexualidade e à reprodução eram nomeados pelo aparato biomédico de saúde da mulher. Desta maneira, muitas vezes, a cidadania e a inserção social eram questões relegadas a segundo plano, nas políticas públicas em saúde.

2.1 Direitos sexuais e reprodutivos: direitos “privados” de natureza pública

Corrêa e Petchesky (1994) afirmam que estas prerrogativas devem ser entendidas como direitos sociais e não apenas como liberdades ou escolhas privadas. Direito, sob uma perspectiva individual, está atrelado a um ponto de vista liberal. Para transformar esta visão é preciso empreender algumas ações, tais como: enfatizar que a natureza dos direitos inclui o social. Portanto, não se trata somente da esfera privada, mas abrange a pública, o que acarreta que as agências públicas – e não apenas os indivíduos – devem assegurar tais direitos. Petchesky (2000), ao debater a temática dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e integrantes das necessidades humanas básicas, afirma que a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos. Todos são interdependentes e indivisíveis.

Miller (2000) atesta que, na dinâmica entre os direitos sexuais e os reprodutivos, há duas possibilidades: a primeira é a relação que se dá em um grupo de reivindicações comuns,

inseridas no universo dos direitos civis, culturais, econômicos, sociais e políticos. A segunda refere-se à probabilidade de separação dos comportamentos sexuais e reprodutivos e, assim, os Estados devem oferecer condições para atender as escolhas relativas ao exercício da sexualidade e da reprodução de heterossexuais, de gays, de lésbicas etc. Tal questão se refere à concepção de titularidade, que “expressa a idéia de que todo indivíduo possui ‘direitos naturais’ que devem ser reconhecidos, respeitados e garantidos, obrigatoriamente, pelos governos” (VENTURA, 2003, p.46). No âmbito da atenção à saúde, este reconhecimento é fundamental para uma implementação eficaz das diretrizes governamentais (ROSAS, 2005).

No Brasil, o conceito de direitos reprodutivos começou a ser formulado a partir de reflexões de mulheres, a respeito do exercício da função reprodutiva, de seu papel e condições na sociedade (ÁVILA, 1989). A substituição da expressão saúde da mulher pelo conceito de direitos reprodutivos passou a ser debatida sistematicamente no início dos anos 1980, quando houve participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. No entanto, esta nomenclatura somente foi consagrada na década de 1990, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou reuniões temáticas internacionais, nas quais, questões relativas ao gênero, à saúde, à equidade, à autonomia, aos direitos humanos, entre outras, foram reafirmadas e reforçadas. Nas Conferências do Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-1992), Direitos Humanos (Viena-1993), População e Desenvolvimento (Cairo-1994), e as reuniões da Cúpula Social (Copenhague-1995) e do Habitat (Istambul-1996), grupos de mulheres protagonizaram o processo de definição dos direitos humanos, conforme enunciado nas declarações e nos planos de ação resultantes destes encontros⁹ (PITANGUY, 1999, SHALEV, 2000). Nas últimas décadas há o entendimento de

⁹O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento em 1994, incorporou recomendações já existentes nos Comitês das Nações Unidas ao direito à saúde sexual e reprodutiva, para que os Estados-parte reconheçam estes e outros direitos ao completo bem-estar do ser humano, comprometendo-se a fazer esforços para que tais direitos sejam implementados pela lei na vida de homens e mulheres (VENTURA, 2003). Para um panorama das discussões organizadas pela ONU que trataram de temas referentes aos direitos, reprodução, sexualidade etc., ver Bonan (2002).

que os direitos sexuais e reprodutivos integram os direitos humanos. De acordo com Barsted (2005),

[...] A vivência da sexualidade importa não apenas a liberdade e a autonomia, mas também todo o conjunto de direitos de cidadania. Na linha de discussões sobre os direitos humanos, o movimento de mulheres tem tido participação importante em debates que transcendem o aspecto da reprodução, sobretudo os diversos aspectos que implicam relações de gênero desiguais (BARSTED, 2005, p. 15).

Os direitos reprodutivos são entendidos como “a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir-se, quando e com que frequência” (PETCHESKY, 1999, p.21). Este conceito é um instrumento de argumentação política para temas antes tratados pela ótica do crime, do âmbito estrito da medicina e da epidemiologia. Como exemplos, no primeiro caso, o aborto e a homossexualidade; no segundo, parto e contracepção e, no último, a mortalidade materna (CORRÊA e ÁVILA, 2003).

A concepção de direitos sexuais é mais recente, se referem basicamente no direito de viver e expressar livremente a sexualidade, e sua origem remonta aos movimentos *gays* e lésbicos interessados na desestigmatização das chamadas sexualidades alternativas. A Conferência Internacional do Cairo, de 1994, e a IV Conferência sobre a Mulher de Pequim, em 1995, foram centrais para a consolidação de uma terminologia articulada a estes direitos (VIANNA, 2004). Atualmente, parte do movimento feminista já os considera elementos de luta contra a desigualdade de gênero, segundo Corrêa e Ávila. Um bom exemplo do debate em torno dos direitos sexuais sob a perspectiva feminista é apresentado por Diniz (2005). Ela aborda os efeitos do uso da técnica de episiotomia no parto, considerada inadequada sob o ponto de vista da saúde sexual. Para a autora, esta prática consiste em violação dos direitos humanos relativos à saúde. Indo além, a utilização desta técnica é demarcada por questões de classe social e raça, na medida em que mulheres brancas de classe média se submetem mais a cesáreas, enquanto nas negras há referências a processos de cicatrização complicados. Diniz

descreve também iniciativas de grupos organizados para discutir e propor mudanças em relação ao uso desta técnica.

2.2 Planejamento familiar: questão nacional

Historicamente, aspectos relacionados à reprodução foram tratados pelo Estado, em especial a partir da Proclamação da Independência, nas primeiras décadas do século XIX. Como parte da construção de sentimentos de uma unidade nacional, com a intenção de aperfeiçoamento da raça brasileira, controlar a população e o espaço urbano, o Estado em parceria com a medicina, desenvolve o projeto higienista, primeiramente disciplinando comportamento de crianças e posteriormente suas famílias. (FONSECA SOBRINHO, 1993; COSTA, 1996; RODHEN, 2003). Fonseca Sobrinho (1993) afirma que neste processo de construção da nação, são lançados no Brasil os alicerces do “pró-natalismo difuso”, outros movimentos ideológicos e/ou culturais, como exemplo: o evolucionismo e o positivismo, também influenciaram o ideário natalista. Desde o século XIX até os anos de 1960 do século XX, este movimento permaneceu hegemônico.

Sob influência da teoria malthusiana¹⁰, presente no cenário internacional desde o século XIX, os neomalthusianos dão nova roupagem a teoria de Malthus, através de um discurso estruturado no interesse familiar, acerca do desenvolvimento social e econômico e se fortalece com o desenvolvimento das pesquisas sobre o ciclo reprodutivo e produção de métodos contraceptivos de látex, como os condoms e diafragmas (XAVIER et al., 1989).

Em meados da década de 1960 com as mudanças no cenário político, econômico e demográfico brasileiro, assim, o ideário pró-natalismo é então superado e a problemática populacional passa a ser discutida por duas vertentes. A primeira a coalizão antinatalista,

¹⁰ MALTHUS, Thomas Robert (1766-1834) em Ensaio sobre o princípio da população, já afirmava a necessidade de limitar os nascimentos, pelo perigo de explosão demográfica e redução de recursos naturais. Apresentava um discurso de ordem moral, para tanto, condenava as práticas extraconjugais, defendia a abstinência sexual e o casamento tardio (MALTHUS apud SZMRECSÁNYI, 1980).

nomeados de controlistas¹¹, que agregou distintos atores sociais – como o governo norte-americano, preocupado com os reflexos da Revolução Cubana sobre o Nordeste brasileiro e, mais adiante, com as conseqüências sociais e políticas de uma suposta explosão demográfica, em curso no Terceiro Mundo; os militares, que consideravam o crescimento populacional uma ameaça à segurança nacional; os grandes empresários que percebiam no aumento desta taxa um entrave ao desenvolvimento nacional e, ainda, grupos de médicos interessados em abrir espaço para o planejamento familiar no país.

A outra vertente, a coalizão anticontrolista, se formou em reação à primeira, e congregou também diferentes ideais e atores, dentre os quais a igreja católica, por razões de ordem moral; a esquerda, por perceber no discurso antinatalista (neomatuhsianismo, controlista) uma manifestação antinacionalista, imperialista e capitalista e, ainda, nacionalistas de direita, das Forças Armadas, visando ocupar espaços vazios do território brasileiro, para garantir a segurança nacional (FONSECA SOBRINHO, 1993; BONAN, 2005).

Neste cenário conturbado e complexo da primeira metade dos anos 1960, o governo brasileiro autorizou a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil) e outras organizações a exercerem atividades¹² direcionadas ao planejamento familiar. Para Berquó e Cavenaghi (2006), no Brasil, a queda da fecundidade iniciou-se neste mesmo período, com redução das taxas em 24.1% entre 1970 e 1980, e 38.8% na década seguinte¹³. Contudo, esta redução não ocorreu em função da melhoria das condições de vida, uma vez que houve empobrecimento da população, em paralelo a este declínio (GIFFIN, 1992).

¹¹ Os que se identificavam com o discurso do controle da natalidade, com a necessidade de políticas de controle populacional que adotassem metas de declínio da fecundidade (VIEIRA, 2003).

¹² Subsidiária da Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF), criada em 1952, por Margareth Sanger, enfermeira feminista atuante nos anos 1920, com socialistas e anarquistas norte-americanos. Na década de 1930, aproximou-se aos eugenistas e ao *birth-control* (XAVIER et al. 1989; COSTA, 1999), que tinha a estratégia do planejamento familiar e prestação direta de assistência em ações contraceptivas a populações carentes (PÊGO e RICHA, 1987; COSTA, 2003).

¹³ Houve queda expressiva da fecundidade nas áreas urbana e rural, de 1993 a 1996 (BEMFAM, 1997).

Segundo Corrêa (2001), a queda da fecundidade no país esteve sobretudo vinculada à medicalização da reprodução, implementada pela atuação de médicos, em clínicas e serviços privados. Stephan-Souza (1996) afirma que estas instituições privadas difundiram os benefícios do controle da natalidade, em cursos de formação para profissionais de saúde, sobre técnicas contraceptivas, principalmente nos centros urbanos periféricos. Esta autora questiona o controle de qualidade de determinados contraceptivos, distribuídos nestes serviços¹⁴. Estas instituições constituem objeto de críticas de grupos feministas, que avaliavam haver maior interesse em incrementar a prevalência de contraceptivos, para alcançar metas demográficas, e não a saúde das mulheres (VIEIRA, 2003). A igreja católica, influência forte no Estado, também censurava as medidas de controle da natalidade. Seus principais argumentos, contra a tolerância do governo àquela forma de anticoncepção eram:

1. o controle da natalidade não soluciona os problemas do desenvolvimento e da pobreza;
2. cada casal tem o direito de escolher o tamanho de sua família sem interferências do Estado;
3. o Brasil deveria evitar render-se às pressões estrangeiras para limitar sua população (BARROSO E BRUSCHINI, 1989, p. 226).

A perspectiva da argumentação era mais de ordem política do que religiosa. Por um lado, demonstrava uma preocupação com os pobres e, por outro, estrategicamente, evitava o discurso moral contra o planejamento familiar, de restrita aceitação entre quaisquer segmentos sociais (BARROSO e BRUSCHINI, 1989). Em virtude das pressões contrárias a uma política de controle populacional, por muito tempo o governo brasileiro manteve uma posição ambígua a respeito da contracepção; as autoridades competentes não apresentaram uma posição explícita diante da saúde da mulher (FORMIGA FILHO, 1999, p.152). Na segunda

¹⁴ISRAEL E DACACH (1993).“As rotas do Norplant. Desvios da contracepção” apontam colaboração entre grandes instituições internacionais, governos e instituições de países-alvo, como o Brasil, para práticas controlistas. Analisam documentos e entrevistam mulheres submetidas ao implante. “Norplant é a marca registrada de um produto anticoncepcional hormonal, sob forma de 6 bastões de silicone. Estes bastões (do tamanho de um palito de fósforo), inseridos sob a pele (usualmente na parte interna do antebraço), permitiriam um efeito contraceptivo de 5 anos” (p. 13).

metade do século XX, a partir da reação de movimentos sociais, como o feminista, questões ligadas ao processo de medicalização da reprodução passam a receber maior visibilidade, quando são discutidas sob a ótica dos direitos sexuais e reprodutivos. A partir de então, o Brasil tende a se posicionar de maneira mais clara, em torno da problemática da reprodução.

Em 1973, na I Conferência Mundial de População em Bucareste¹⁵ o governo brasileiro assumiu uma atitude de autonomia, comprometendo-se a não efetuar medidas de controle populacional, embora permitisse que instituições associadas a entidades internacionais, orientadas pela ideologia controlista, empreendessem, por cerca de duas décadas, atividades de planejamento familiar (FONSECA SOBRINHO, 1993). A participação dos movimentos de mulheres e do feminista foi fundamental para a mudança do perfil da atenção à saúde da mulher no Brasil¹⁶.

2.3 O feminismo e o PAISM

No Brasil, no final dos anos 1970, emerge o feminismo, organizado em grupos que debatiam tanto problemas específicos das mulheres, quanto questões relativas à ditadura militar (SHUMAHER 2005)¹⁷. Segundo Corrêa (1994, p. 9) “A expressão política do feminismo se deu na forma de pequenos coletivos de auto-reflexão, onde as mulheres buscavam uma nova identidade e novas maneiras de se inscreverem na vida social”. Estes grupos eram compostos por militantes de camadas médias, intelectualizadas, que atuavam junto a mulheres de estratos populares, principalmente lideranças de organizações de bairro e

¹⁵Ver nota 9.

¹⁶Sobre políticas populacionais e planejamento familiar na América Latina e Brasil até início dos anos 2000, ver Alves (2006).

¹⁷ SARTI (2004) afirma que parece haver consenso em torno da existência de duas tendências principais na corrente feminista nos anos 1970. A primeira, mais voltada à atuação pública das mulheres, à sua organização política nas questões relativas ao trabalho, ao direito, à saúde e à redistribuição de poder entre os sexos. Esta vertente, no período de redemocratização dos anos 1980, buscou influenciar as políticas públicas. A outra preocupava-se, sobretudo, com o terreno da subjetividade, relações interpessoais, privilegiando a esfera privada. Manifestou-se principalmente através de grupos de estudo, de reflexão e de convivência (SARTI, 2004; PÊGO, 1987).

grupos da igreja católica (SARTI, 2004). Para além das reivindicações por mudanças sociais, de ordem estrutural, o lema feminista norte-americano “*Nosso corpo nos pertence*” incitava o reconhecimento de que o corpo era o lugar primeiro da existência humana, a partir do qual as experiências individuais ganhavam sentido, tanto no cotidiano quanto nos processos históricos coletivos. Assim, emergiram demandas por ações na esfera jurídica, como a legalização da interrupção da gravidez, a ampliação da assistência em saúde para a mulher, além de alterações na relação entre equipe e usuárias (CORRÊA e ÁVILA, 2003, p. 19). Entre outros temas associados à intimidade feminina, a sexualidade, o abortamento e o planejamento familiar já integravam a pauta das feministas. Contudo, o debate ainda não era público, pois ocorria em circuitos estritos.

Com a abertura democrática dos anos 1980, a luta política do movimento feminista começa a se configurar no país. Houve então o reconhecimento da relevância de suas questões, referentes à identidade de gênero (SARTI, 2004) e à carência de formulação de uma política oficial acerca da atenção à saúde da mulher. Em 1982 a sociedade brasileira vivia um momento político significativo, foram convocadas eleições diretas para governadores dos estados, quando o feminismo passou a contar com aliados de determinados políticos,

[...] assim um grupo feminista paulista propôs a criação de um órgão específico, responsável pela defesa da cidadania feminina e a implantação de políticas públicas para as mulheres na estrutura do Estado. Nasceram assim, em 1983, os dois primeiros conselhos estaduais do Brasil, em São Paulo e Minas Gerais (SHUMAHER, 2005, p.2).

Até então, na assistência à saúde da mulher, predominava a diretriz centrada na atenção materno-infantil, denominada binômio mãe-filho. Vieira (2003, p. 161) afirma que “[...] duas idéias importantes, que seriam mais precisamente definidas no futuro, já se destacavam: a questão do direito ao controle sobre o próprio corpo e à reprodução, e a questão da qualidade da assistência à contracepção”. No início da década de 1980 surge a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de relevante significado no

impulso à Reforma Sanitária (OSIS, 1998, p.30). Trata-se de uma conseqüência das críticas ao atendimento em saúde e dos debates em torno da Reforma Sanitária – movimento que preconizava a reestruturação das políticas de saúde, na redemocratização do país. Um novo enfoque é delineado, visando um programa de contracepção sem uma atitude impositiva. A presença do Estado é demandada, para prover e regular a implantação desta política pública. Esta mudança de abordagem resulta da conjugação entre os interesses e as concepções oriundas tanto do movimento sanitário como do feminista (COSTA e AQUINO, 2000). A partir das bases doutrinárias apresentadas pelo PAISM (BRASIL, 1983a) pode-se afirmar que se implanta e inaugura-se em âmbito nacional, a origem do que anos mais tarde, foi denominado de direitos reprodutivos¹⁸. Para tal, contou-se com a participação de mulheres do movimento feminista e de profissionais adeptos de causas mais abrangentes, relativas à assistência em saúde. Grupos feministas questionaram a implantação. Uma crítica central dizia respeito ao fato de se tratar de uma ação direcionada à demanda internacional de controle da natalidade.

Essa oposição era o resultado de tendências diversas: uma desconfiança generalizada em relação à retórica governamental (usada com mais freqüência para disfarçar o imobilismo ou as medidas impopulares, do que para estabelecer parâmetros para o desenvolvimento de uma política (BARROSO e BRUSCHINNI, 1989, p. 237).

Ao final dos anos 1980, o direito ao planejamento familiar foi consagrado através da Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 do artigo 226, disposto no capítulo Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso. Ali foram apresentadas diversas diretrizes, dentre as quais a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sem coerção por parte de instituições oficiais e privadas (BRASIL, 1988). A esterilização era interpretada como crime de lesão corporal com base no Código Penal Brasileiro de 1940, no entanto, as barreiras legais não

¹⁸Para melhor compreensão dos movimentos nacionais e internacionais de mulheres na luta pela saúde e por direitos reprodutivos como questão de cidadania, ver PITANGUY (1999); COSTA e AQUINO (2000).

impediram que muitas mulheres sofressem este procedimento em massa, com ou sem consentimento. No período de 1986 a 1996, a esterilização feminina manteve o primeiro lugar nas práticas contraceptivas (BERQUÓ, 1999, 2003).

Em resposta às denúncias do movimento feminista sobre abusos cometidos em esterilizações cirúrgicas (SOARES, 2004), foi instaurada em 1991, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados, para apuração dos responsáveis, mas,

Apesar do impacto político, na época, do minucioso relatório reunindo um grande número de provas de violações de direitos e da identificação de obstáculos nos serviços, a CPI não foi capaz de efetivar ou ao menos monitorar suas recomendações, limitando-se à remessa de ofícios aos órgãos com recomendações (VENTURA, 2004, p.77).

Bonan (2002) afirma que, pouco depois da redação da Constituição Federal, foram encaminhadas ao Congresso Nacional muitas iniciativas legais, para regulamentar o direito ao planejamento familiar. Este processo durou cerca de oito anos (1988 a 1996), até que, em 1996, foi aprovada a Lei de Planejamento Familiar¹⁹. Houve veto presidencial, uma vez que a categorização da esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, constituía tema controverso. Na tramitação, três tipos de atores se sobressaíram, com destaque aos:

[...] defensores dos direitos reprodutivos, no marco geral dos direitos humanos; atores religiosos que se opunham à noção de direitos nessa esfera; e os antigos defensores do controle da natalidade que, nos anos 90, não perseguiam mais explicitamente uma política de Estado de controle demográfico, mas tentaram reformar suas estratégias de redução dos nascimentos, para caber dentro dos novos marcos políticos e institucionais (BONAN, 2002, p. 201, 202).

¹⁹A lei n.9263/1996 regula o § 7º art. 226 da Constituição Federal. Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Em seu art. 2 define planejamento familiar: “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”; no art. 4º consta que o planejamento familiar se orienta por ações preventivas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade; §10º: permissão e critérios para a esterilização voluntária entre outras medidas (BRASIL, 1996). Ver Soares (2004).

Por fim, em 1997, cinco anos após a conclusão dos trabalhos da CPI, a Lei passou a vigorar sem os vetos (VENTURA, 2004). O grupo defensor dos direitos sexuais e reprodutivos foi vitorioso, apesar dos limites impostos na regulamentação do planejamento familiar. A referida lei:

[...] especifica a pessoa como a finalidade principal e única da criação do direito[...] e reafirma o caráter universal dos direitos reprodutivos como direitos humanos, direitos que tocam a todos, sem exceção, e não um direito das “populações carentes”, como aparece nos discursos neocontrolistas, [e ainda] proíbe explicitamente o controle demográfico (BONAN, 2002, p. 206).

A necessidade de consentimento do cônjuge para viabilizar a esterilização, conforme previsto nesta legislação, foi considerada polêmica, por limitar o direito de privacidade e de autonomia da mulher em relação ao homem (BONAN, 2002; CORRÊA e ÁVILA, 2003; VENTURA, 2004; APOLINÁRIO e ARNONI, 2007). Cabe acrescentar o aspecto concernente ao risco de arrependimento (SOARES, 2004). A partir de então, a luta passou a ser direcionada a garantir as conquistas legais, o que, em outros termos, significa maior acesso a serviços de saúde de qualidade.

Costa, Guilhem e Silver (2006) atribuem às feministas a ênfase em torno das demandas referentes à atenção à saúde da mulher. Ainda que presentes em pequenos grupos existentes em poucas cidades no Brasil, elas desempenharam um relevante papel na regulamentação do atendimento.

2.4 PAISM: novo paradigma na educação e atenção à saúde da mulher

Pode-se afirmar que, o que hoje é chamado de direitos reprodutivos, se originou no início da década de 1980, com a proposta de reorganização da atenção à saúde da mulher pelo PAISM que incluía como um dos princípios a integralidade da assistência e no conjunto de diretrizes sua presença,

[...] em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica; [...] [e o pressuposto de] de uma prática educativa que permeie ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde[...] (BRASIL, 1983a, p.16,17).

Mais adiante surge o termo integralidade, no Capítulo II da Lei Orgânica da Saúde, entendido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.10). Atualmente, integralidade é um conceito genérico, que defende “uma postura ampliada das necessidades de saúde, seja do indivíduo ou dos grupos populacionais” (MATTOS, 2004). Esta noção se apresenta em três grandes conjuntos de sentidos, o primeiro diz respeito à qualidade das práticas dos profissionais de saúde no que tange uma ‘boa prática médica’; o segundo se refere à organização dos serviços para o atendimento da demanda e o terceiro conjunto, aos atributos das respostas governamentais dos problemas e/ou necessidades em saúde numa dimensão mais ampla (MATOS, 2001).

No âmbito desta pesquisa utilizo essencialmente o termo integralidade²⁰ no escopo do primeiro conjunto, que trata da boa prática profissional, da relação usuário-profissional e da escuta de necessidades, entre outros. De acordo com Xavier et al. (1989), não se trata mais de assistir as mulheres como seres inteiros, mas de estabelecer uma relação inteira entre elas e os profissionais. Em concordância com Pinheiro e Mattos (2004), a integralidade significa acesso

²⁰Atualmente este termo tem sido amplamente estudado e debatido no Projeto Integralidades: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde, IMS/UERJ. Ver também Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004).

a tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, sob a perspectiva dos usuários. Como exemplo do princípio desta noção na atenção à mulher, o PAISM visa não somente atender aspectos clínicos e/ou ginecológicos do ciclo vital – desde a adolescência até o climatério –, e das distintas etnias e classes sociais (COSTA, 1999, 2004), como também atender a questões relativas à esfera da sexualidade. No âmbito da atenção reprodutiva, entre os objetivos programáticos, o PAISM pretende:

[...] Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade; [...]. Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada (BRASIL, 1983a, p.16,17).

Tendo em vista a influência feminista na elaboração de seu projeto, o programa se propôs a romper:

[...] com o modelo denominado Materno-infantil, que focalizava a mulher como cliente especial, em função do seu papel na reprodução biológica [...]. O PAISM também propõe novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias, relacionamento este devendo estar baseado no respeito mútuo (ÁVILA, 1995, p.7).

Para Oliveira (2005, p.6), o PAISM “constitui um ícone para o feminismo brasileiro, por ser o mito fundador das políticas públicas em saúde da mulher”. Apesar da oposição ao caráter feminista do Programa, Formiga Filho (1999) afirma que o crescente engajamento das mulheres, na luta por direitos e por melhores condições de vida, contribuiu decisivamente para o processo de redemocratização do país. Além disso, possibilitou a conquista de ações específicas para a promoção de sua cidadania, constituindo o impulso necessário para as primeiras decisões governamentais de amparo às medidas oficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985-1997 apud FORMIGA FILHO, 1999, p.153).

2.4.1 Práticas educativas no PAISM

Como citado, um aspecto de destaque presente na proposta do PAISM consistia na presença da prática educativa como parte das ações em saúde. Estas práticas tiveram origem nas atividades de ‘grupos autônomos de mulheres’, de feministas e em serviços de saúde. Conforme mencionado, desde a década de 1970, propostas eram implementadas, objetivando a aprendizagem, por meio de reflexão sobre a condição feminina – tida como objeto de um dispositivo de controle social.

O movimento feminista autônomo deu origem a uma vasta produção de material pedagógico e teórico, elaborado tanto em organizações não-governamentais e grupos autônomos como em instituições governamentais (CARNEIRO e AGOSTINI, 1994, p.56).

Uma meta fundamental do PAISM consistia em proporcionar às mulheres a apropriação de seus corpos e o controle de sua saúde, com base em uma atividade que, até então, se restringia ao movimento feminista. Através da educação em saúde e sexualidade, vislumbra-se a autonomia das mulheres para sua autonomia na escolha de métodos e controle da fertilidade (COSTA, GUILHEM E SILVER, 2006). Este Programa pressupunha uma prática educativa que permeasse as ações desenvolvidas, asseguradoras da apropriação de seus objetivos (BRASIL, 1983a). Determinados conteúdos eram abordados, para o desenvolvimento de uma reflexão capaz de possibilitar a promoção de mudanças pessoais, mediante um processo de reconstrução permanente. Esta pedagogia se baseava em metodologias criadas em um processo de *learning by doing* (fazendo e aprendendo) no final dos anos de 1970, “quando se formularam as primeiras estratégias e instrumentos pedagógicos, sua inspiração central eram os conceitos de emancipação das mulheres/discriminação feminina” (CORRÊA et al., 1988; CORRÊA, 1994).

A metodologia pedagógica feminista contou com a orientação conceitual e prática de Paulo Freire (1921-1997), educador brasileiro, reconhecido mundialmente pelo método de alfabetização de adultos. Tratava-se da Pedagogia Freireana ou Pedagogia do Oprimido, que

estabelecia conexões entre a experiência vivida, o trabalho, a política e a educação. Freire (1987, 2005) criticava o que nomeou como educação bancária, na qual o educador detinha o conhecimento e o transmitia sem ponderar os saberes e valores dos educandos – que, por sua vez, ‘nada sabiam’ e os recebiam passivamente. Deste modo, os alunos não desenvolviam reflexões sobre o contexto social e político vividos e, portanto, permaneciam com restritas probabilidades de alterar suas realidades. A concepção freiriana de educação se afirmava como ato político, humanista, capaz de problematizar e possibilitar a libertação pessoal. Nos termos de Souza (2005),

[...] a concepção de educação problematizadora, definida por Freire, funda-se na relação dialógica-dialética entre os sujeitos da educação: educador/a e educando/a. Ela deve orientar-se no sentido da humanização de ambos. A relação dialógica entre os sujeitos é mister para a superação da contradição entre os/as envolvidos/as. Assim, é na dialogicidade e no encontro das diferenças que reside a possibilidade de um novo termo (SOUZA, 2005, p. 26).

Segundo Corrêa (1994, p. 11), “as abordagens pedagógicas feministas desabrocharam no mesmo espaço cultural e político da educação popular e por terem sido formuladas na mesma conjuntura, ambas as orientações priorizaram o trabalho de formação de consciência nas bases”. Cabe citar que algumas feministas apresentavam divergências teórico-conceituais à teoria de educação popular²¹, considerada por elas, como sexista. Como exemplo, para elas o conceito de sujeito histórico concernia às mulheres, enquanto para Freire o sujeito central seria a classe trabalhadora. Para o educador, a tomada de consciência da conjuntura e/ou dos mecanismos de opressão econômica poderia contribuir para a mudança social. Já para as feministas, as experiências e as transformações interiores seriam determinantes neste processo (CORRÊA, 1994; PORTELA e GOUVEIA, 1999). Mediante a execução de atividades educativas, como “oficina de modelagem” e “linha da vida”, objetivava-se valorizar a subjetividade, discutir relações interpessoais, e produzir auto-conhecimento, com o suporte de

²¹Freire (2001) acata as críticas feministas, e explica que na época em que escreveu *Pedagogia do Oprimido*, anos 1970, não estava consciente das questões de gênero.

teorias psicanalíticas e utilização de psicodrama, sociodrama. A partir desta reflexão sobre sexualidade em grupos de mulheres, seriam introduzidos outros temas, como a questão de gênero. Deste modo, seria possível a construção de uma agenda política²² (RÉGIA et al, 1988).

Em outubro de 1983, o Ministério da Saúde elaborou um documento preliminar, apontando as bases para uma prática educativa no PAISM. Ele contava com uma breve apresentação da situação da mulher diante do saber médico; e um esboço da nova proposta, com recomendações para implantação, execução e avaliação (BRASIL, 1983b).

A prática inovadora pressupunha uma ação, a ser efetuada por dois atores, o/a profissional e a cliente; uma recusa ao uso do saber dominante de um sobre o outro, a necessidade de aprender a escutar o que e como a mulher traz seus incômodos e sofrimentos, para que o profissional de saúde possa, junto com ela, localizar de que forma seu saber específico pode ser útil (BORGES, 1986). Apontava ainda ser preciso considerar o processo educativo como fonte de reflexão sobre a saúde e a natureza da nossa sociedade, o que significa a criação de um espaço para troca de idéias e valorização da experiência individual, respeitando as divergências de opiniões (BRASIL, 1983b, p.14, 15). As representações das classes populares sobre o corpo e os sentidos atribuídos à saúde/doença deveriam ser levadas em conta, uma vez que estas concepções traduzem distintas atitudes face aos cuidados corporais (BOLTANSKI, 1989). Portanto, tratava-se de uma premissa fundamental, na estratégia pedagógica da valorização de saberes e experiências das mulheres, para as práticas educativas. Indo além, estavam em jogo desnaturalizar o corpo e evidenciar seu papel de suporte das representações e discursos (CORRÊA, 1994, p. 14).

²²A confluência entre referenciais teóricos freireanos e psicanálise, no movimento feminista, influenciou práticas educativas em saúde da mulher. O feminismo incorporou saberes e técnicas de outras áreas, como psicologia (expressão e consciência corporal entre outros), psicanálise, método Paulo Freire, materialismo histórico. Esta multiplicidade disciplinar não foi devidamente sistematizada e/ou conceituada de modo que este conjunto se manteve submerso num suposto saber feminista original (SOS-CORPO, 1988, p. 87).

No início dos anos 1980, a Fundação Carlos Chagas e o MS desenvolveram uma pesquisa participativa, com o objetivo de construir um conhecimento coletivo sobre sexualidade. A partir de debate com as mulheres, foram elaborados livretos educativos, a seguir adotados por algumas secretarias de saúde de São Paulo (BARROSO e BRUSCHINI, 1989). Foi oferecido também um curso de educação sexual a profissionais de diversas categorias, como enfermeiros/as, médicos/as e educadores/as sanitários/as das secretarias de saúde dos estados de São Paulo e Goiás (BARROSO, 1988). Na mesma época, houve outra proposta de planejamento participativo, com metodologia de pesquisa-ação, na implantação de “minipostos” de saúde na Favela da Rocinha, no Município do Rio de Janeiro²³. O projeto contava com grupos de reflexão de mulheres, gestantes e no pós-parto, entre outras atividades, com o objetivo de efetuar diagnóstico da área e elaboração de um plano de ação. Este programa visava à abertura de espaço para mulheres de baixa renda, para definição de suas necessidades e formulação de propostas para atendê-las, em especial, em torno da reprodução. A proposta era destinada “à mobilização para ação através da conscientização de problemáticas comuns às mulheres da área” (VALLADARES et al. 1987, p. 9).

A inserção dos princípios feministas na formulação de política pública articulada a práticas educativas acerca da sexualidade, das relações de gênero e da subjetividade, pode ser considerada um divisor de águas na atenção à saúde da mulher, especialmente no que tange à contracepção. Como afirma Oliveira (2005):

Várias feministas e organizações estiveram envolvidas com a produção dos manuais de capacitação de profissionais de saúde, bem como de materiais próprios das organizações feministas destinadas à realização de oficinas educativas com mulheres (OLIVEIRA, 2005, p.4).

²³Trabalho realizado entre 1980 e 1985, pelo Programa de Desenvolvimento de metodologias para serviços básicos, como a saúde, colaboração do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), contou com agentes comunitários da região, capacitados no atendimento à própria comunidade. Este programa teve parceria e colaboração técnica da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), na área de saúde da mulher (VALLADARES et al. 1987).

Os profissionais com formação baseada em abordagens pedagógicas tradicionais deveriam aprender nova postura, para a construção desta nova modalidade assistencial. Ávila e Corrêa (1999) afirmam que, em 1986, integravam a estratégia de implementação do PAISM:

[...] os programas de sensibilização e treinamento para a saúde da mulher também constituíram oportunidade privilegiada de exposição dos médicos a perspectivas feministas. Muito embora os treinamentos tenham sido, com muita frequência, palco de controvérsias aguadas, possibilitaram a infusão de novas idéias e premissas por meio da rede de serviços (ÁVILA e CORRÊA, 1999, p.89, 90).

O Ministério da Saúde, em parceria com atores sociais, especialmente o movimento feminista, percorreu estados e municípios para apresentar as propostas pedagógicas do PAISM, oficinas de sensibilização e os debates e discussões se tornaram a principal estratégia para difundir as premissas deste Programa. Profissionais foram treinados, a partir da metodologia que incorporava tanto a subjetividade das mulheres quanto as próprias, de maneira a permitir redescrições do processo de assistência à saúde, por meio do desvelamento das relações de poder identificadas (COSTA e AQUINO, 2000). Outra frente de trabalho consistiu na elaboração e publicação, em 1987, de Normas e Manuais Técnicos para orientar a realização de grupos educativos, como o “Manual do Coordenador de Grupos de Planejamento Familiar”. Este material abordava a postura preconceituosa dos profissionais, o que conduz ao desconhecimento e/ou desinteresse acerca do saber e da percepção das mulheres sobre o próprio corpo. Com frequência, tal atitude é marcada pela distância e pelo paternalismo, o que só contribui ao aumento da fragilidade da mulher. Este material explicita um conceito de prática educativa, entendida como:

[...] um amplo processo de troca de vivências e informações, que permita às mulheres obterem o conhecimento necessário para uma escolha livre e consciente dos métodos contraceptivos mais adequados para si, uma vez que tenham decidido evitar ou espaçar a gravidez (BRASIL, 1987, p. 13).

Após introdução que contém explanação do histórico da contracepção, de forma geral, e especificamente no Brasil, a orientação apresenta uma proposta metodológica para a realização dos grupos (como trabalhar com grupo, número de participantes, técnicas de trabalho em grupo etc.).

No final de 1980, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), empreendeu treinamentos de capacitação em serviços, oficinas de sensibilização e cursos para residentes em Saúde Pública, agentes de saúde e para profissionais da rede de serviços de saúde da região. Os cursos foram ministrados com base nos princípios e diretrizes do PAISM (VARGAS e ROMEIRO, 1992).

Em 1988, o SOS-CORPO coordenou um seminário, com apoio financeiro do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). O evento objetivou refletir sobre as práticas empreendidas pelo movimento feminista, com grupos de mulheres, equipes de saúde do meio popular, e com profissionais de saúde vinculados a instituições públicas. Foram realizadas apresentações sobre as perspectivas feministas e as práticas institucionais,

[...] a inserção das propostas feministas num universo externo, como o da instituição, possibilitou discernir melhor as dinâmicas de trabalho, as questões conceituais de fundo subjacentes às metodologias educativas, e a própria necessidade de repensá-las (CORRÊA, CAMURÇA e XAVIER, 1988, p.11, 12).

As discussões se centraram em quatro grandes temas: a) conjunturas de trabalho; b) questões metodológicas; c) treinamentos e capacitações, e d) indagações cruciais, como conceito de saúde, de autonomia e de conhecimento, entre outros. A formação de outros foi abordada no tema ‘treinamentos e capacitações’, abrangendo a percepção errônea da ‘ação mágica’ resultante de processos de capacitação; as dificuldades na capacitação de agentes comunitários; a importância da clareza e transparência do ideário de transformação que alimenta as práticas, uma vez que as ‘técnicas educativas’ são apenas instrumentos; as

diferenças entre sensibilização e formação; ampliação política da formação garantida na capacitação (CORRÊA, CAMURÇA e XAVIER, 1988).

A investigação de Israel e Veloso (1996) delineou um panorama da implantação do PAISM em diversos municípios do país, com enfoque nas práticas educativas. As autoras concluíram que a principal dificuldade de implementação do Programa referia-se a problemas de financiamento e recursos humanos. Elas apontaram a valorização da capacitação dos profissionais, para habilitá-los ao trabalho em equipe, o que idealmente produziria um melhor relacionamento com a clientela. Para Israel e Veloso, as experiências pesquisadas, isoladas ou pontuais, indicaram a possibilidade de progressão da implantação do PAISM e do processo de municipalização. Contudo, no que tange às práticas educativas, indicaram ser preciso fortalecer a concepção da educação em saúde como prática transformadora (ISRAEL e VELOSO, 1996).

Estudos como os de Osis et al., (2006); Costa, Guilhem e Silver (2006), consideram que, no Brasil, a assistência ao planejamento familiar é insatisfatória. Os profissionais são despreparados, não são realizadas práticas educativas, a distribuição de métodos contraceptivos é irregular, bem como a oferta de determinados métodos. Concluem, portanto, que a implantação do PAISM em território nacional não atende ao princípio da integralidade, tão proclamado por este projeto e pelo SUS.

2.5 O PAISM e o Espaço Mulher no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro foi um dos que mais avançou na implementação do PAISM, tendo como base seus princípios e diretrizes, sobretudo na preparação do profissional para práticas educativas.

A implantação do PAISM no município do Rio de Janeiro manteve, inicialmente, as características da assistência clínico-ginecológica, fundada no tratamento de patologias do

aparelho reprodutor e na assistência ao pré-natal. Em 1991 foram incorporados técnicos oriundos dos movimentos feminista e sanitário, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), que buscaram recuperar os fundamentos e os princípios do PAISM (PACHECO, 2001). Determinadas premissas eram claramente apontadas pelo grupo da SMS que encampou a proposta, tais como:

- a) As práticas educativas deveriam ser, necessariamente, parte integrante de todo o atendimento;
- b) O trabalho de grupo seria o *locus* privilegiado dessas práticas educativas;
- c) Como os (as) profissionais de saúde, na sua imensa maioria, não tinham experiência nesta área, eles (as) deveriam ter a oportunidade de participar de algum tipo de “treinamento”;
- d) O “acesso a método” implicaria acompanhamento clínico-ginecológico e nunca a simples distribuição de anticoncepcionais (VALLADARES, 1999, p.359).

Este novo projeto da SMS/RJ apresentou relevantes contribuições à implementação de uma ação do PAISM: a contracepção.

O Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher Espaço Mulher iniciou suas atividades em 1993, com o objetivo de capacitar profissionais para o trabalho educativo na área da contracepção. A proposta educativa do Centro considera não apenas os aspectos técnicos/biológicos, mas, antes de tudo, as questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e liberdade da mulher. A iniciativa deste espaço visa a adequação da atenção à saúde da mulher, sob a perspectiva dos direitos reprodutivos (POUGY, 2001). Silva et al. (2002) referem que foram ministrados vinte e um cursos regulares para profissionais de nível superior e oito para os de nível médio, com carga horária média de 90 horas. O módulo teórico se desenvolve através de metodologia participativa, com dinâmicas de grupo, leituras e debates. Seu propósito é fomentar a discussão e a troca de experiências sobre certos temas, como gênero, sexualidade e contracepção. O módulo prático prevê a observação de grupos de contracepção e o treinamento em consultório para uso de métodos contraceptivos, como o dispositivo intra-uterino (DIU) e o diafragma. Cada profissional tem a possibilidade de optar

em qual UBS será treinado. Os/as enfermeiros/as e assistentes sociais são as categorias profissionais que mais freqüentam treinamentos dirigidos à formação de grupos educativos, enquanto os médicos têm maior interesse na avaliação clínica e colocação do DIU²⁴.

No período entre 1992 e 1998, 33.566 mulheres participaram dos grupos (BOARETTO, 2000, p. 221). Atualmente, eles ocorrem nas 110 Unidades Básicas de Saúde, com coordenação de dois profissionais por grupo. Cabe mencionar que nem sempre estes freqüentaram o curso de capacitação no Espaço Mulher, de acordo com informação de membro da Coordenação do PAISM/SMS/RJ, 2004. No momento, o Espaço Mulher efetua treinamento de profissionais em todos os programas da SMS.

O interesse primordial desta investigação foi observar tanto o treinamento de profissionais quanto sua atuação nos grupos educativos por eles coordenados. Para enfim, analisar as repercussões do Curso de PAISM/Contracepção²⁵ nas práticas, conhecimentos e percepções dos profissionais, no que diz respeito à saúde e aos direitos na esfera da sexualidade, reprodução e gênero.

²⁴ Informação verbal de Membro da Coordenação do Espaço Mulher/SMS/RJ, 2004.

²⁵ O curso, que serviu como primeiro campo de observação deste estudo, teve carga horária de 92h, era destinado a profissionais de nível superior de Unidades Básicas de Saúde e Unidades do Programa de Saúde da Família.

3 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA

Esta tese apresenta um estudo descritivo, com abordagem etnográfica. O material empírico analisado é composto pelo registro da observação participante, entrevistas²⁶ (BLANCHET e GOTMAN, 1992; PANNOF, 1995; BECKER, 1999) e documentos oferecidos pelo Curso de PAISM/Contraceção (Plano de curso/Programa e referências bibliográficas).

O universo empírico contou com três cenários: o Espaço Mulher, onde era ministrado o módulo teórico do Curso de PAISM/Contraceção; os grupos educativos de contraceção de duas UBS, que constituíram o módulo prático do curso e, por fim, os grupos educativos de contraceção, coordenados por profissionais previamente treinados. Estes últimos foram realizados em duas UBS.

Foram entrevistadas 7 enfermeiras e 4 assistentes sociais, inscritas no Curso de PAISM/Contraceção, que serão aqui apresentadas com nomes fictícios. A seleção das informantes foi um processo que aconteceu ao longo do trabalho de campo e se pautou na análise das respostas aos questionários distribuídos no início do curso e nas atitudes observadas no treinamento, tais como: ambivalência frente a temáticas consideradas centrais nesta pesquisa, além da disponibilidade pessoal para participação.

Cabe ressaltar que o trabalho de campo não ocorreu de forma linear, com acompanhamento seqüencial das etapas: entrevista pré-curso; observação do curso; entrevista pós-curso; observação dos informantes em seus grupos; entrevista final, em função da dinâmica do curso e das dificuldades de encontrar informantes que tivessem realizado o módulo prático e iniciado o próprio grupo educativo.

²⁶ Ver Apêndice n.1.

Entendo que tal processo faz parte de trabalhos que têm na etnografia um de seus suportes, o campo não é estático e isso traz nuances que *a priori* podem ser consideradas complicadas para a análise do material, mas na verdade conformam o próprio material, são elementos enriquecedores e podem desvelar o campo em sua forma mais transparente. Após a apresentação do perfil das informantes, as etapas do trabalho de campo serão sinteticamente apresentadas.

3.1 As informantes

Amanda nasceu na década de 1940, se auto-identifica como branca, é casada e tem filhos, católica e moradora da zona norte do Rio de Janeiro e possui aproximadamente \$8.000,00 reais de renda familiar²⁷. É enfermeira há cerca de trinta anos e tem pós-graduação. Trabalha há muitos anos na atenção a saúde da mulher, inclusive realizando grupo educativo em contracepção e já fez outros cursos do Espaço Mulher. Procurou o curso com o objetivo de atualizar conhecimentos, conhecer o trabalho de outros profissionais e melhorar sua prática profissional. Ela esperava que fossem abordados no curso novas dinâmicas e metodologias para o trabalho com mulheres, formas diferentes de ver os problemas e de lidar com eles.

Beatriz nasceu da década de 1950, se auto-identifica como negra, é solteira, não tem filhos, evangélica, mora na Baixada Fluminense, e não declarou renda familiar. É enfermeira há cinco anos e tem pós-graduação na área de saúde pública. Trabalha em UBS na área de atenção à mulher e a criança e procurou o curso para iniciar as ações de planejamento familiar em seu local de trabalho e para adquirir conhecimento e segurança para o trabalho.

²⁷ O valor de referência do salário mínimo para o Estado do Rio de Janeiro em 2006 era de \$369,45 reais e em 2007, \$424,88 reais. Certamente se o número de componentes do domicílio fosse identificado, a informação sobre a renda familiar teria sido mais completa.

Catarina nasceu na década de 1960, auto-identificou como negra, é casada e com filhos, evangélica, mora na zona norte e referiu renda familiar de \$ 4.000,00 reais. É enfermeira há menos de dez anos e possui pós-graduação na área de saúde pública. Os motivos que a fizeram a realizar o curso foram melhorar o atendimento da população que é atendida pelo seu local de trabalho, buscar novos saberes e trocar experiências.

Débora nasceu na década de 1960, se auto-identificou como branca, é casada com filho, mora na zona norte e informou \$ 5.000,00 reais de renda familiar. É enfermeira, tem menos de dez anos de formada e pós-graduação na área de saúde pública. Buscou o curso para aperfeiçoar e adquirir novos conhecimentos para utilizar na prática.

Elza nasceu na década de 1950, se auto-identificou como parda/negra e espírita Kardecista. É solteira e não tem filhos, mora na zona sul e referiu renda de \$ 7.000,00 reais. É enfermeira e tem pouco mais de vinte anos de formada com pós-graduação. Foi indicada, porém estava interessada em realizar o curso para atender necessidades locais de trabalho.

Fabírcia nasceu na década de 1950, se auto-identificou branca, católica, casada com filhos e moradora da zona norte do Rio, não informou renda familiar. É enfermeira, tem mais de dez anos de formada e quatro pós-graduações, dentre elas uma em saúde pública. Resolveu fazer o curso para se aprimorar e ampliar os conhecimentos na área da atenção à saúde da mulher, da qual já trabalha.

Gisele nasceu na década de 1960, se auto-identificou como branca, evangélica, solteira sem filhos, moradora da Baixada Fluminense com \$10.000,00 reais de renda familiar. É enfermeira com menos de dez anos de formada e possui pós-graduação na área de saúde pública. Foi indicada pelo trabalho, mas gostaria de fazer o curso para aumentar a qualificação profissional e contribuir com o trabalho que desenvolve na comunidade e com a equipe que atua.

Helena nasceu na década de 1960, se auto-classifica como branca, é católica e não informou situação conjugal, nem se tem filhos. Mora na zona norte e referiu renda familiar de \$5.000,00 reais. É assistente social, tem menos de dez anos de formada e possui pós-graduação. Objetivou realizar o curso para aprimorar conhecimentos e instrumentalizar as ações de um projeto que pretende desenvolver no local de trabalho.

Isadora nasceu na década de 1950, se auto-identifica como branca, católica, casada e com filhos, mora na zona oeste do Rio, tem renda familiar de aproximadamente trinta salários mínimos. É assistente social e tem pouco mais de vinte anos de formada e possui pós-graduação. Interessou-se pelo curso a fim de buscar informações na área para atuação no trabalho.

Júlia nasceu na década de 1950, se classifica como negra, católica, casada e com filho, mora na zona oeste, referiu renda familiar de aproximadamente cinco salários mínimos. É formada há mais de dez anos e não tem pós-graduação. Procurou o curso porque trabalha com planejamento familiar, mas não havia realizado nenhum treinamento para aprimoramento da prática.

Lívia nasceu na década de 1940, se auto-identificou como parda, católica, divorciada com filhos, moradora da zona sul com renda de \$ 5.000,00 reais. É assistente social há mais de trinta anos e possui pós-graduação. Seu interesse consistiu em atualizar conhecimentos para atuar em novo local de trabalho.

3.2 Observação participante

3.2.1 Do curso (módulo teórico)

O trabalho de campo iniciou em maio de 2006, através da obtenção da lista dos inscritos no Curso de PAISM/Contracepção, por meio da coordenação do Espaço Mulher. No entanto, tive acesso à listagem em data muito próxima ao início das atividades, de modo que foi impossível realizar entrevistas antes do início da observação do curso. Contatos telefônicos com os profissionais foram efetuados para convidá-los a participar da pesquisa neste primeiro momento, com o preenchimento de questionário, enviado por e-mail para alguns e, para outros, foi entregue e preenchido no primeiro dia do curso. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²⁸ foi assinado nesta mesma data. Do total de 22 participantes, 21 eram mulheres e 1 homem, sendo que 20 preencheram o questionário (13 enfermeiras, 1 enfermeiro, 5 assistentes sociais e 1 médica).

O módulo teórico do Curso de PAISM/Contracepção foi iniciado em maio e concluído em junho, nas segundas e quartas feiras, de 08h30 até 17 horas. Compareci diariamente e sempre chegava antes da aula, buscando não despertar o interesse das trainandas²⁹ em minhas anotações. Observei conversas informais ao acompanhá-las tanto nos intervalos quanto na hora do almoço.

²⁸O TCLE foi assinado tanto por mim quanto pelo informante de acordo com a Resolução 196/1996, que normatiza pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2000). Seu modelo e a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa constam nesta Tese: Apêndice n. 3 e anexo n.1, respectivamente.

²⁹ Utilizei este termo em referência às participantes do Curso, e em função de ser o termo utilizado no Programa do Curso, e por ser a maioria constituída por mulheres. A partir da análise das entrevistas passei a chamá-las de informantes, com nomes fictícios escolhidos aleatoriamente por mim, pois após o módulo teórico acompanhei-as diretamente tanto na observação do módulo prático quanto em entrevistas.

3.2.2 Dos grupos educativos em contracepção (módulo prático)

Acompanhei neste módulo, quatro enfermeiras, duas em cada Unidade de Saúde diferentes, ambas situadas na zona norte do Rio de Janeiro³¹. A participação das informantes foi basicamente na condição de observadoras, apesar de durante o módulo teórico ter sido comentado que elas deveriam participar ativamente, isso dificultou o alcance de meu objetivo ao acompanhá-las e, portanto não utilizei esta atividade como tópico de análise da tese.

A realização dos grupos em cada uma das Unidades foi bastante diferenciada, sendo que somente uma parece seguir os pressupostos do PAISM no que tange a prática educativa. Consideramos que a realização do módulo prático não tenha sido muito bem articulada entre a coordenação do referido curso³² e as Unidades, pois durante a realização dos grupos educativos, raramente as coordenadoras requisitavam as informantes a falar ou fazer algo. Participar ou não, teve a ver com a característica de cada informante. Essas impressões foram confirmadas através das entrevistas.

³⁰Atividade durante o mês de julho de 2006. Após o módulo teórico cada profissional deveria procurar uma das seis UBS indicadas pela coordenação do Curso para fazerem o prático, de acordo com sua disponibilidade e datas dos grupos educativos dessas Unidades. Teriam até o início de setembro para realizá-lo, e um Projeto de Grupo Educativo de Contracepção para suas Unidades de origem, requisito de conclusão do Curso, a serem apresentados e discutidos em reunião agendada com a coordenação do Curso para o mesmo mês.

³¹O critério de escolha das informantes baseou-se especialmente nas posições contraditórias e/ou polêmicas frente ao grupo, durante observação participante do módulo teórico. Outro interesse foi acompanhar alguém que já desenvolvia grupos educativos em contracepção e outra pessoa que fosse implantá-los a partir do término do curso. A princípio, fiz contato com cinco informantes, três fariam o módulo prático em uma mesma Unidade de Saúde, as outras duas em outra Unidade. Após ter combinado com as informantes fiz contato com as referidas Unidades para autorizarem minha participação na condição de observadora das treinandas e não dos grupos em si. Na primeira Unidade, acompanhei duas informantes e na segunda, mais duas, e uma terceira, que cursou posteriormente, portanto esta foi apenas entrevistada.

³²Ao fim do módulo teórico, agendaram-se duas reuniões; a segunda não ocorreu por ausência da coordenação. Os presentes à ocasião, assinaram lista que foi entregue à secretária. Compareci aos dois encontros, mas não considero relevante para esta tese a apresentação dos dados destes encontros.

3.2.3 Dos grupos educativos coordenados pelas informantes

Até o final de dezembro de 2006, nenhuma das informantes havia começado seu grupo. Duas já haviam coordenado anteriormente, mas não prosseguiram nesta atividade após o curso. Uma profissional saiu de férias e de licença, a outra entrou em período de licença maternidade. As outras três estavam na dependência de implantarem nas suas Unidades. O motivo mais recorrente relatado por elas para a não implantação dos grupos foi a dificuldade de recursos materiais, insumos e falta de estrutura física e mudança de atividade/setor. Face à situação do momento, eu resolvi fazer contato com outras treinandas tanto enfermeiras quanto assistentes sociais, porém sem muito sucesso, pois umas ainda não tinham feito o módulo prático, e/ou não havia realizado, ou implantado e outras estavam de férias.

Em janeiro de 2007 comecei acompanhar uma informante que realizou seu grupo educativo com três reuniões (uma reunião por semana). No final de março uma enfermeira entrou em contato comigo, avisando que iria iniciar um grupo em sua Unidade. Apesar de não ter tido a oportunidade de observá-la no módulo prático, decidi acompanhar a atividade, que contou com quatro reuniões, em abril. Em junho observei mais quatro encontros, sob responsabilidade de outra informante. Esta terceira informante não havia participado do módulo prático, porém para aumentar meu grupo de observação e contemplar informantes das duas categorias profissionais optei por acompanhá-la assim mesmo. No entanto, ao realizar a observação de seu grupo percebi que ela ficou muito influenciada pela minha presença e como os dois grupos que eu havia observado apresentaram características bastante interessantes para análise, resolvi não considerá-la para a análise desta fase da pesquisa.

3.3 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre julho de 2006 e junho de 2007. Os primeiros depoimentos foram coletados com informantes que observei no módulo prático³³. Com o intuito de aumentar as possibilidades de continuidade no campo, passei a entrevistar mais profissionais: quatro assistentes sociais (apenas uma frequentou o módulo prático) e duas enfermeiras. Um enfermeiro e uma médica também foram entrevistados. Entretanto, este material foi excluído da investigação por questões éticas, pois ele era o único homem do grupo e ela a única médica. Tal condição possibilitaria a identificação dos dois profissionais, quando da apresentação deste estudo.

3.4 Análise documental: plano de curso, programa e textos

A partir do exame dos textos fornecidos aos profissionais, seja como leitura complementar ou obrigatória, foi elaborada uma matriz de análise, com o tema da atividade, o texto oferecido, a fonte bibliográfica, e as expressões marcantes veiculadas.

No primeiro dia de aula, as trainandas receberam uma pasta, contendo a Programação do Curso, uma ficha de identificação para ser entregue à coordenação, alguns textos para leitura, e um roteiro de elaboração de proposta de trabalho (projeto) para a realização dos grupos de contracepção e uma ficha de avaliação do módulo prático. Ao final do módulo teórico foi enviada, por e-mail³⁴, uma programação mais detalhada do curso, chamada, por

³³Até o momento, planejava realizar a pesquisa somente com enfermeiras, por ser restrito o número de outras categorias profissionais no curso. Em função das dificuldades no campo e sugestão da Banca de Qualificação, pela possibilidade de enriquecimento do estudo com o acréscimo da visão de profissionais de outras áreas, decidi-me pela inclusão de assistentes sociais, por sua maior participação ali.

³⁴ Não foi informada a causa de este material vir a ser enviado somente ao final do curso e na primeira reunião após o módulo teórico. Algumas trainandas comentaram não o terem recebido, porém a coordenação confirmou o envio a todas. A primeira reunião foi agendada para setembro, objetivou a apresentação, pelas trainandas, (que não compareceram em totalidade) de projetos de grupos educativos para as Unidades de origem e uma avaliação, por escrito, referente ao módulo teórico. No mesmo dia, foi agendada para novembro a segunda reunião, no entanto, nenhuma coordenadora compareceu. À ocasião, as trainandas passaram lista de presença, entregue no Espaço Mulher, por uma residente da Gerência do Programa da Mulher (GPM), que participava do curso.

mim, de Programa Completo (PC), que apresentava o tema, a atividade programada, o objetivo e consigna, ou seja, qual a estratégia/técnica utilizada para abordar os assuntos e uma descrição das dinâmicas utilizadas.

Como complemento da análise documental, utilizei ainda, como referência os seguintes materiais que os denomino de: O PC (Idealizado), a Programação (Planejada)³⁵ e o Diário de campo (Realizado).

³⁵Ver Anexos n.2 e n.3.

4 O TRABALHO DE CAMPO E SUAS INTERFACES: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO MÓDULO TEÓRICO

Neste capítulo descrevo inicialmente o primeiro dia do Curso de PAISM/Contracepção e, apresento a seguir, a observação participante do módulo teórico e a análise documental do material fornecido às treinandas. Por fim, na conclusão do capítulo, as opiniões das entrevistadas sobre o curso.

4.1 O primeiro dia: aproximação e distanciamento do campo

O Centro de Estudos de um hospital universitário, local em que foi desenvolvido o referido curso, já era conhecido por mim. Trata-se de uma sala pequena, com cadeiras posicionadas em círculo. Conforme combinado com algumas informantes, cheguei antes do início da aula, para distribuir os questionários. Ali já se encontravam algumas participantes e uma coordenadora, ciente da minha participação, que me conhecia. A cada pessoa que chegava, eu entregava o questionário desta pesquisa, solicitando que o devolvesse preenchido até o final do dia, com a intenção de evitar influências, nas respostas, por qualquer tema ali abordado. Vale ressaltar que todas as presentes se mostraram solícitas em participar.

Passados aproximadamente quarenta minutos, e antes de dar início, a coordenadora interveio, para que as pessoas preenchessem uma ficha de identificação. Senti-me um pouco constrangida, pois naquele momento, as treinandas respondiam ao meu questionário. Na medida do possível, prossegui com a distribuição, pois ainda chegavam mais pessoas, muitas das quais não estavam inscritas, o que causou certo mal-estar. Houve expressões de descontentamento e queixas dirigidos à coordenadora, uma vez que, ao que tudo indica, trata-se de um curso com muita demanda e pouca oferta. Ela perguntou como fora o processo de

seleção nos ambientes de trabalho das treinandas, e passou a orientar as que não constavam da lista, até que solicitou que eu interrompesse minha atividade, para ela dar início à reunião. Optei por me sentar afastada do grupo e também da coordenadora, a fim de usufruir de maior liberdade para fazer anotações no diário de campo. Além disso, escolhi um lugar com uma boa visão de todos, mas, sendo a sala pequena, fiquei próxima de uma informante.

A coordenadora iniciou a explanação por volta das nove horas, expondo a história do Espaço Mulher, a respeito da frequência ao curso, o horário, o cronograma e os informes mais gerais. Pouco antes da conclusão, esclareceu minha presença, uma professora empreendendo uma pesquisa, e passou-me a palavra. Ao apresentar-me, lembrei o anonimato e o sigilo acerca de tudo que se passaria ali. Foi anunciado um intervalo, quando todos saímos para lanchar.

A seguir, mais duas profissionais da equipe me receberam com simpatia. Mudamos para uma sala maior, posicionei-me atrás do grupo, em um canto da sala. Foi iniciada a dinâmica de apresentação: a coordenadora solicitava que cada participante se dirigisse ao o centro da roda, nomeando-a por seus trajes (por exemplo: de camiseta azul) até que todas lá se encontrassem. O círculo foi então desfeito e nova demanda colocada: que formassem duplas e dialogassem por dois minutos. Conversaram alegremente, algumas sentadas de frente para as parceiras, outras lado a lado, e, por fim, cada integrante da dupla apresentava sua companheira ao grupo.

Ao final desta etapa, foi proposta a redação de um Contrato de Convivência, no qual, cada participante deveria relacionar o que se poderia e/ou não fazer na sala, durante o curso. A coordenadora anotava em uma cartolina, as propostas: horário, não fumar, não atender celular, sigilo, entre outras. O cartaz, afixado no quadro negro, redigido com letra pequena e cor muito clara, não era legível. Apesar da proposição de uso diário da cartolina, isto não se manteve. Depois, diante da indagação acerca das expectativas, a maioria afirmou contar com

o aprimoramento de conhecimentos, com novos saberes, com a possibilidade de propiciar melhoras no atendimento à população feminina e adolescente, tendo em vista a necessidade local de serviço. Segundo leitura dos questionários por elas preenchidos, seis treinandas foram inscritas por indicação ou convite da chefia, e não por interesse próprio. Por fim, houve sorteio dos grupos e temas para um seminário sobre métodos contraceptivos, a ser desenvolvido e exposto pelas participantes. A turma foi então liberada para o almoço. Decidi almoçar sozinha, pois ainda não me sentia à vontade para o convívio com as treinandas, e por considerar inoportuno compartilhar a refeição com as coordenadoras. Tratava-se de um exercício em busca de um “certo distanciamento” do campo, para melhor observá-lo, e também não ser identificada como membro do Espaço Mulher. Ao retornar, encontrei outra profissional do Espaço Mulher, com quem tenho um contato relativamente próximo. Ao me ver no canto da sala, cumprimentou-me fraternamente³⁶

À tarde, foram enfocados os temas PAISM e Promoção da Saúde. Ao final, esperei todos saírem e me despedi das coordenadoras. O dia fluiu bem, apesar da dificuldade em exercer a observação, sem participar, o que se atenuou com o passar dos dias.

4.2 O cotidiano: os temas e textos e seus (des) enlaces

A observação do Curso de PAISM/Contracepção se deu entre maio e junho de 2006, em horário integral, duas vezes semanais, no Centro de Estudos de um hospital universitário. Local com materiais e equipamentos, como: cartolinas, TV, livros, manuais, artigos para empréstimo, entre outros.

Ao analisar o PC e as observações do diário de campo, acredito que ele serviu de base ou matriz para o desenvolvimento do Curso, e que não foi preparado para este em si, mesmo impresso o número do curso atualizado, todavia sem nenhuma outra referência temporal (mês

³⁶Entreguei-lhe um presente, dizendo ser pelo apoio à minha pesquisa e também por ter mudado de residência.

e ano do referido curso). Por vezes, no início das atividades, as coordenadoras explicitavam a finalidade das dinâmicas e sugeriam sua aplicação nos grupos educativos das treinandas, em suas Unidades de origem. Vale lembrar que os objetivos estavam descritos apenas no PC, entregue somente ao final do curso.

A partir das alterações realizadas durante o curso, é possível concluir que houve um comprometimento, ainda que parcial, das finalidades de determinadas atividades. Houve trocas das dinâmicas, porém em algumas situações o prolongamento do debate prejudicou a exposição, realizada pelas coordenadoras, de certos conteúdos. Dos seis vídeos programados, apenas um foi visto e, conforme mencionado, havia aparelho de vídeo e televisão na sala. Houve abordagens em dias diferentes do programado, o que não prejudicou o andamento do curso. O tópico sexualidade, porém, que deveria embasar o desenvolvimento do curso, foi o sétimo a ser tratado, quando havia sido planejado para ser o quarto, além de ter sido debatido após o enfoque do aborto. Em distintas ocasiões, as coordenadoras justificaram as mudanças de última hora, em função de imprevistos. Entretanto, citaram a experiência adquirida ao longo de anos, na organização destes cursos (vale lembrar que já coordenaram mais de 20 cursos), o que as levou a não encontrar dificuldades para efetuar alterações, sem prejudicar o resultado planejado.

Em dois momentos, no período inicial, duas coordenadoras expressaram que o foco era *“fazer pensar e mudar práticas”*, e que talvez, o curso não incluísse o aprofundamento teórico do programa. De fato, esta preocupação não se revelou, sendo o conhecimento adquirido por meio de *“vivências”* e *“experiências”* relatadas pelas treinandas, como sendo muito valorizado.

De um total de quatorze textos, distribuídos para leitura, somente quatro foram lidos. A identificação do autor constava em dez artigos e, dentre estes, em sete era referida a formação profissional (três médicos, uma advogada, uma filósofa, um jornalista e um

educador). Em apenas dois, a referência completa era fornecida; outro estava sem título, e dois eram parte de um terceiro texto, também sem referência bibliográfica. Dentre os que possuíam identificação, a maioria pertencia a Ongs, evidenciando o ‘tom’ feminista na condução da forma do ‘fazer pensar’, evocado pelas coordenadoras. A rotina de observação do curso durou aproximadamente dois meses, quando eu comparecia diariamente, buscando sempre chegar antes do início da atividade, para me posicionar de maneira destacada, para não despertar o interesse das participantes na leitura de minhas anotações. Nos intervalos e no horário do almoço sempre as acompanhava, a maior parte fazia as refeições usualmente no mesmo lugar, em pequenos grupos. A cada dia, eu compartilhava a mesa com pessoas diferentes, quando conversávamos acerca de assuntos do cotidiano e sobre o curso. Via de regra, elas afirmavam estar gostando, acrescentando almejar o aprofundamento de assuntos mais específicos, como métodos contraceptivos, técnicas educativas para trabalho de grupo e DSTs, entre outros.

Diariamente, por volta das 08h30min, algum membro da coordenação³⁷ iniciava a avaliação do dia anterior, e as treinandas expunham o que consideravam como interessante, importante ou cansativo. A técnica predominante de abordagem dos temas foi o uso de dinâmicas. Em geral, as dinâmicas visavam a discussão da temática por meio da interação entre os participantes, que expunham vivências e opiniões, através da realização de tarefas lúdicas, como recorte e colagem, trabalho corporal ou simplesmente comentário sobre uma frase que remetia ao assunto da ocasião. Trata-se de uma estratégia de abordagem que atribui preeminência ao sentir, que valoriza a experiência, o vivenciado, e não a transmissão de conteúdos, característica pedagógica tradicional³⁸.

³⁷ Denomino coordenadoras as profissionais atuantes no Espaço Mulher. Este grupo é composto por enfermeira, médica, psicóloga e pedagoga. As enfermeiras e a médica estiveram presentes durante a maior parte do Curso; em geral, em cada turno havia um profissional diferente.

³⁸Ver nota 22.

1) PAISM; 2) Promoção da saúde; 3) Gênero; 4) Raça e etnia; 5) Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/Abordagem sindrômica das DSTs³⁹; 6) Protagonismo juvenil; 7) Aborto; 8) Sexualidade; 9) Mulher e AIDS; 10) Violência contra a mulher; 11) Métodos contraceptivos⁴⁰; 12) Mortalidade materna 13) Serviço de contracepção, 14) Práticas educativas.

Certamente todos os temas estão articulados, mas em função do foco deste estudo e dos achados do campo, focalizei minha análise em quatro temas que considerei nucleares e por abrangerem diretamente a questão principal desta tese. Três destes temas foram assuntos de aula que são eles: PAISM; Aborto; Sexualidade. Além desses, embora não tenha feito parte da temática listada no curso, elegi um quarto tema, Direitos sexuais e reprodutivos⁴¹, como tópico de análise por considerar transversal em todo conteúdo apresentado e de extrema relevância para atenção à saúde.

A seguir, descrevo sucintamente as outras temáticas abordadas no Curso de PAISM/Contracepção: Promoção à saúde; Gênero; Raça/etnia; DSTs; Protagonismo juvenil; Mulher/AIDS; Violência doméstica; Métodos contraceptivos; Serviço de contracepção; Mortalidade materna e Práticas educativas.

A partir das anotações do diário de campo e da análise documental dos textos apontados para leitura, serão indicadas somente as alterações efetuadas no planejamento inicial, através de comparação entre o que foi apresentado na programação entregue no primeiro dia, no PC e o que foi efetivamente realizado. Na apresentação do PC, no espaço destinado à descrição da atividade programada, algumas vezes constavam duas dinâmicas: uma com o propósito de “aquecer o grupo” (aqui nomeada de dinâmica de aquecimento) e/ou

³⁹É uma forma de atendimento às DSTs, que obje2□□□, em única consulta, prover ao cliente: avaliação, terapêutica e aconselhamento adequados, sem dependência de exames laboratoriais, e baseia-se na identificação de sinais e sintomas característicos de determinadas DSTs e na utilização de fluxogramas que contêm informações básicas para a conduta a ser tomada (BRASIL, 2005a).

⁴⁰ Este tema foi apresentado em forma de seminário, pelas treinandas.

⁴¹ Vale ressaltar que o Ministério da Saúde vem publicando uma Série denominada Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o primeiro trata desta temática como prioridade de governo e o segundo relacionado aos métodos contraceptivos (BRASIL, 2005b e 2006).

introduzir o tema, e outra dirigida à própria discussão. Os objetivos do PC eram resumidos basicamente pelos verbos discutir, refletir, debater. Conforme citado, um dos materiais utilizados para análise documental foram textos fornecidos às treinandas para leitura complementar e outros para debates presenciais. Para subsidiar a análise documental dos textos foi construída uma matriz de análise⁴², constando de tema da atividade, texto para leitura oferecido com fonte bibliográfica e conteúdo sobre a temática, abordagem no curso e um espaço para redação das observações gerais.

4.2.1 Síntese dos temas e textos

A dinâmica agendada para a apresentação do grupo no primeiro dia de curso foi alterada, assim como o tema PAISM/Promoção à Saúde: no PC, o assunto Promoção à Saúde não estava previsto e não foi apresentado, foi discutido na mesma data do tema gênero. Uma convidada da Assessoria de Promoção à Saúde da SMS abordou o tema, através de uma dinâmica, com leitura de texto e exposição da estrutura e das atividades desta Assessoria. Este assunto, conforme citado, estava programado para o início do curso, em associação com o tema PAISM, mas foi debatido no dia seguinte. Entretanto, a convidada delineou articulações entre Promoção à Saúde e o PAISM. O texto de referência não possuía título, por se tratar de uma entrevista publicada na Revista Promoção à Saúde, do Ministério da Saúde. Foi lido após o intervalo da discussão do tema gênero, e aponta a necessidade de mudança da prática de atenção à doença para uma perspectiva mais positiva da saúde, levando-se em consideração outros aspectos da vida e do cidadão. A carta de Ottawa acerca da promoção da saúde é ali citada, e articulada à saúde da mulher, ao gênero, à equidade, à violência e à questão racial.

⁴² Ver Apêndice n.4.

Gênero deveria ser desenvolvido no período de uma manhã, com vídeo e dinâmica, mas a fita não foi exibida e o assunto incluído no tema Promoção à Saúde. A coordenadora iniciou a explanação do conceito de gênero com uma dinâmica de aquecimento, para estimular a integração e a fixação dos nomes dos participantes. Após esta introdução, identificou aqueles que acordaram mais cedo e foram dormir mais tarde. Propôs uma dramatização em torno do que as treinandas fizeram a partir do horário em que acordaram até o momento de repouso, tendo em vista a atividade que o parceiro poderia estar desempenhando. Durante a apresentação, o único homem presente disse: “*A mulher, por natureza, já gosta de fazer muita coisa. A mulher não cria o homem para ser independente. As mulheres cobram agora, mas isso vem de antes*”.

Esta frase provocou intenso debate, fomentado pela coordenadora do grupo. Em seguida, o treinando se justificou, afirmando ter se confundido: seria pela formação, e não da natureza da mulher, quando uma treinanda reagiu: “*é da cultura*”. Esta visão foi reforçada pela declaração da coordenadora, de que a capacidade de parir provém da natureza, mas ser mãe é uma construção social. Ela discorreu sobre a desvalorização do trabalho doméstico, a formação do homem em direção a um espaço que ele não mais ocupa e o reflexo deste novo posicionamento, na produção da violência doméstica. Ela teceu ainda um comentário sobre as brincadeiras infantis, direcionadas à socialização e aprendizado do que é para o homem e do que é para a mulher. No momento várias pessoas falavam ao mesmo tempo, e foi decidida interrupção do debate, para um intervalo. As atividades diárias das treinandas foram apresentadas sem qualquer menção a seus companheiros, conforme a demanda inicial. No entanto, este dado não foi identificado nem discutido. O assunto foi encerrado sem a elaboração de conclusão, seja do grupo, seja da coordenadora.

O texto de referência do dia foi lido ao final, após o tema Promoção à Saúde, com o título “*Recordações de uma sala de aula*”, de uma autora que pertence a ECOS (Ong

Feminista). Alude à utilização gramatical de artigos e substantivos em outros países, como a Alemanha, com idiomas que se distinguem do nosso. Em alemão, lua é masculino e sol feminino, a expressão cenários do cotidiano (jornal, posto de saúde, reunião na escola) é muito usada; assim como a diferença de sexo e a desigualdade de gênero. No texto consta que, como não se nasce com as funções do gênero, é possível mudá-las, para reduzir as desigualdades de gênero.

Em Raça/etnia, a dinâmica temática⁴³ foi substituída por outra, houve uma polêmica acerca da auto-identificação de raça e cor, das vantagens e desvantagens de ser negro. A coordenadora apresentou dados do CENSO-IBGE sobre a população negra e fez comentários em torno do que considera serem mitos sobre os negros, como longevidade, valorização sexual, resistência física, entre outros. O material bibliográfico oferecido⁴⁴ não foi referido. Adolescência/Protagonismo Juvenil, o vídeo foi substituído pela palestra de uma convidada, integrante da coordenação do Adolescento Paulo Freire, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Uma dinâmica de aquecimento, sob a forma de gincana efetuou-se, quando foi requisitado que a turma se dividisse em três grupos, para procurar objetos listados fora da sala. Os treinandos correram, gritaram e, ao final, o grupo vencedor ganhou um livro. A seguir, divididos em quatro, deviam responder às perguntas do quadro: “O que é adolescência? Como são os adolescentes? Como são as adolescentes? Do que necessitam os/as adolescentes?” Cada grupo expunha suas respostas e a coordenadora ia comentando o tema, após o que distribuiu um texto, com o subtítulo “E como teria sido construída a adolescência”, sem identificação de autoria e publicação. Ela demandou que cada um lesse

⁴³Termo utilizado por mim, para diferenciar as chamadas dinâmicas de aquecimento.

⁴⁴O texto para leitura: “Invisibilidade a maior das dores”, com identificação da instituição das autoras, provavelmente um recorte de publicação desta mesma instituição. Cita a discussão ocorrida na 12ª Conferência Nacional de Saúde, sobre a “eficiência” do racismo no Brasil, onde o próprio negro fica invisível, nem se vê a si próprio em função de lhe faltar, entre outras coisas, acesso à informação até mesmo sobre as doenças genéticas de sua etnia. O artigo apresenta as doenças mais comuns; trata da questão de políticas específicas; do papel da Universalidade e da Equidade; cita a pobreza como agravante dos problemas de saúde da população negra. E ainda sobre a necessidade do quesito cor nos prontuários e da realidade quilombola. Outro texto foi “AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras”, a autora é médica, coordenadora da Ong Crioula, trata da desinformação, preconceito e vulnerabilidade das mulheres negras e traça um paralelo com gênero/racismo; raça/racismo e pobreza.

um trecho e que todos comentassem o que estava sendo ali tratado: o tempo prolongado de formação escolar e o desemprego crônico, fatores contribuintes à permanência os jovens sob a tutela dos pais. Esta proposição procura desconstruir uma visão biomédica sobre a adolescência, ao considerá-la como um momento rico no desenvolvimento daqueles que estão nesta fase da vida. Para o autor, não haveria sinal de patologia ou de doença nesta etapa. As visões negativas sobre a adolescência têm propiciado a desvalorização das contribuições sociais e políticas da juventude. Apesar de a coordenadora insistir na continuidade do debate a partir de outros textos, a turma não se interessou em lê-los⁴⁵.

O tema DST/Abordagem síndrômica substituiu o tema Sexualidade e, ao invés de exposição oral do convidado, houve uma dinâmica. Em uma folha de papel distribuída, cada treinanda deveria colher três assinaturas. No verso de alguns desses papéis, a letra X estava escrita, marcando a contaminação por DST. Em outros, havia a letra C, indicando o uso de camisinha. Esta estratégia objetivava que a treinanda, ao ler o verso dos três papéis, pudesse descobrir se havia transado com uma pessoa soropositiva. A partir de então se discutiu a prevenção, o número de casos de AIDS, a prevalência em mulheres e aumento de jovens moças contaminadas. A turma foi novamente dividida em quatro grupos, para dramatização de situações que envolvessem usuários de serviços de saúde, com DSTs. Após as apresentações, a coordenadora solicitou que os participantes expressassem os sentimentos durante a interpretação, fornecendo informações sobre a Abordagem Síndrômica e outros assuntos concernentes ao tema. Em resposta, algumas treinandas comentaram as diferenças

⁴⁵O segundo texto oferecido, porém não lido, foi: “Adolescente como protagonista”, com identificação apenas do autor, referia-se à definição de protagonista como lutador principal, ator principal. Aponta a necessidade de mudar a maneira de ver os adolescentes, a partir da idéia de que educar para a participação significa criar espaços de desenvolvimento de projetos a serem empreendidos por eles. Deste modo, o educando torna-se capaz de se constituir como sujeito. As noções de potencial criador e força transformadora dos jovens são centrais. Em “Adolescentes, ética e cidadania e direitos”, o ECOS é citado como fonte autoral, mas sem identificação desta sigla. Este texto aborda o conceito de ética e cidadania. Cita o Estatuto da Criança e do Adolescente. Afirma a existência de um grande fosso social que separa a legislação vigente, a realidade social e as práticas de legitimação de conteúdos. Aponta a relevância das legislações brasileiras, consideradas as mais avançadas do mundo no que tange à Doutrina da Proteção (BRASIL, 1990). E que os direitos sexuais e reprodutivos; a sexualidade e a saúde reprodutiva resultam de um ambiente que reconhece os direitos de liberdade sexual, autonomia, integridade e segurança sexual, prazer sexual, livre associação, escolhas reprodutivas, acesso à informação.

entre as experiências em Centros de Saúde e em Unidades Saúde da Família, outras descreveram o despreparo dos profissionais ao lidar com esta problemática, além da necessidade de acolhimento a portadores de DSTs.

O tema Mulher e AIDS foi conduzido a partir de uma dinâmica distinta da planejada, sem exposição do vídeo programado. Foi demandado que as treinandas se levantassem para alongar o corpo e se organizassem, separando-se por sua indumentária: saia; calça jeans; peça de roupa branca; óculos. A cena a ser dramatizada consistia na entrega a um usuário do resultado de exame anti-HIV. Cada grupo contou com dez minutos para criar e cinco para se apresentar. Durante a encenação, uma convidada fornecia algumas informações sobre o tema e o discutia com o grupo para, a seguir, expor alguns dados quantitativos sobre AIDS, em data-show, além de relatos de casos por ela acompanhados profissionalmente.

Para o tema Violência contra a mulher⁴⁶ havia sido planejada dinâmica temática, que não ocorreu. O tema foi debatido por uma assistente social convidada, que presta atendimento à mulher vítima de violência. Ela proferiu uma explanação sobre o conceito e afirmou que o recorte da violência é marcado pelo gênero, pois a maioria dos casos se refere a ações de homens sobre mulheres. A expositora enfatizou a importância do apoio e da escuta do sofrimento da mulher, pelo profissional de saúde. Um vídeo, de uma Ong feminista, de cerca de quinze minutos, foi então assistido. Não houve qualquer referência aos textos oferecidos⁴⁷.

⁴⁶ O texto “Violência doméstica”, sem autor e data, apresenta conceitos e tipos de violência, comentando sobre o porquê de as mulheres permanecerem em uma relação de violência; sobre os indicadores de perigo e morte, e acerca das ações positivas, que o profissional de saúde pode exercer ao atender mulheres vítimas de violência. E ainda o fluxograma de atendimento, com as Unidades de Saúde voltadas à criança, mulheres e homens. Outro texto “Também somos violentos” cita autor de grande circulação no Rio de Janeiro. Traz exemplos do cotidiano: como falar com alguém com arrogância, não respeitar leis de trânsito etc. propaga uma cultura de violência, pois, ao mesmo tempo, as pessoas tornam-se vítimas e algozes da violência.

⁴⁷ No primeiro dia do Seminário, ao entrar na sala, havia cinco treinandas, que comentavam sobre o seminário de métodos contraceptivos, realizado por elas próprias. Percebi insatisfações, queriam que o conteúdo técnico sobre os métodos fosse apresentado pelas coordenadoras e não na forma de seminários. Faziam alusão ao nome do curso (PAISM-Contracepção) que deveria ser trocado, na medida em que pouco se falou deste tema. No dia seguinte, antes de começar as discussões do tema do dia, realizou-se a avaliação do dia anterior, que ficou centrada no curto tempo para discutir sobre os métodos de contracepção, na apresentação do respectivo seminário. A coordenadora explicou não ser objetivo do curso, aprofundar questões técnicas, como o que muitas treinandas concordaram. Ao final da avaliação, a coordenadora orientou para que as treinandas tirassem dúvidas no encontro seguinte com outras coordenadoras, pertencentes à área de saúde.

O seminário Métodos Contraceptivos (referido na nota 47) foi realizado pelas treinandas⁴⁸ organizadas em grupos, com datas e seqüência dos conteúdos alterados, em relação à pauta do curso. Os conteúdos/métodos consistiram em: corpo (anatomia e fisiologia), métodos comportamentais (tabela, muco cervical e temperatura basal), de barreira (camisinha masculina e feminina e diafragma), hormonais (pílula, injetável e contracepção de emergência), DIU (dispositivo intra-uterino) e definitivos (ligadura tubária e vasectomia). Vale lembrar que, nos primeiros dias do curso, a coordenação disponibilizou material para elaboração deste seminário.

Os grupos apresentaram os conteúdos, utilizando dinâmicas, sendo as dúvidas esclarecidas pelas coordenadoras, além da complementação com outros dados. As treinandas conversaram muito durante as exposições, a ponto de as dirigentes interferirem com observações sobre a condução do grupo educativo, as dinâmicas e a necessidade de silêncio. O ponto G, o hímen, a virgindade e a contracepção de emergência, foram assuntos comentados pelas coordenadoras e debatidos no grupo. Uma coordenadora referiu-se à analogia entre o clitóris e o pênis, expressa por uma das treinanda, afirmando que esta comparação indica o imaginário que associa o clitóris a um pênis atrofiado, baseado no homem como modelo⁴⁹, embora homem e mulher tenham uma constituição tecidual semelhante, isto não significa que a mulher tenha se originado do homem. Os pólos de distribuição de camisinhas⁵⁰ e a precaução a ser tomada pelos profissionais, na comunicação verbal pela possibilidade de expressão de um juízo de valor, foram ressaltados pela

⁴⁸ Percebi a falta de informação sobre anatomia, as enfermeiras pareciam mais seguras ao falar, mas nem sempre o faziam corretamente; em ambas as situações, os componentes do próprio grupo as corrigiam.

⁴⁹ Como apresentado no capítulo 1 desta tese, Laqueur (2001), através de um estudo histórico, descreve como as visões sobre os corpos masculinos e femininos ajudaram não só a construir representações sobre os gêneros, mas a marcar a presença da medicina no desenvolvimento científico e também nas instâncias sociopolíticas.

⁵⁰ A coordenadora comentou sobre a proibição da distribuição da pílula na rede de saúde no Município, depois de ter sido discutido e preparado material de divulgação e de terem as pílulas chegado do Ministério da Saúde para distribuição. Afirma que esta proibição se deu por influência religiosa, e que muitos profissionais aplaudiram a decisão. Em outro momento do curso, ao ser abordado o assunto contracepção de emergência, uma das treinandas (enfermeira) comentou comigo sobre o cartaz de divulgação das pílulas e me pareceu, em sua fala, que ela era contrária à sua distribuição. No entanto, no momento em que a coordenadora falou a respeito, ela ficou calada, provavelmente por ter travado certo embate com a coordenadora em momento anterior.

coordenadora. Para ela, esta situação é capaz de influenciar a escolha do método a ser utilizado⁵¹.

O DIU, a laqueadura tubária e a vasectomia foram objetos de discussão, no penúltimo dia do curso⁵², sob o formato de dinâmicas. Os dois últimos métodos requerem procedimentos técnicos específicos, por se tratarem de intervenção médico-cirúrgica, com critérios de execução, pautados em lei. Entretanto, foram pouco debatidos, pois a coordenadora se ausentou em alguns momentos da apresentação.

Mortalidade materna também não seguiu o planejamento. A coordenadora iniciou a abordagem com uma dinâmica de aquecimento, solicitando que formassem duplas, conversassem por dez minutos, e expusessem alguma situação marcante. Após cada dupla se apresentar, ela indagou se as treinandas se sentiram ouvidas, pois havia combinado previamente com algumas, uma simulação de desinteresse, durante a exposição das colegas, com o objetivo de enfatizar a necessidade de escuta ativa de mulheres que procuram atendimento em serviços de saúde. Por vezes, suas queixas não são ouvidas, o que poderia interferir indireta e futuramente na mortalidade materna. Após alguns comentários, a coordenadora distribuiu um caso clínico, para ser avaliado pela turma, dividida em três grupos. O debate contou com a participação de uma convidada, que também apresentou definições e dados sobre, em data-show.

Em Serviço de contracepção, uma convidada da Gerência do Programa da Mulher foi a palestrante. A coordenadora separou a turma em três grupos e cada um recebeu um cartaz, recortado em nove peças, para montar um quebra-cabeça. A discussão centrou-se nas formas de montagem, na troca de peças e no intercâmbio entre os grupos. Uma coordenadora

⁵¹Neste momento alguém (que não consegui identificar) perguntou: “A gente deve recomendar?” e, logo, a coordenadora corrigiu: “A gente não pode recomendar ou não recomendar, é preciso informar”, e aí a mulher decidirá, caso contrário irá ferir a autonomia”. E uma enfermeira comentou: “Se você falar sem conduzir a escolha, ela não pode responsabilizar você”.

⁵² Este seminário estava planejado para o encontro seguinte ao primeiro seminário, mas a coordenadora não pôde comparecer e assim houve substituição de temas. A apresentação dos assuntos ocorreu na parte da tarde após o tema Serviço de Contracepção.

comparou a ação desta dinâmica com a organização de um serviço de contracepção, seu funcionamento e estatísticas. Após o intervalo, a convidada explanou o conceito de direitos sexuais e reprodutivos, as Conferências Internacionais sobre população e desenvolvimento e a posição do Brasil nestes eventos. Com apoio em recurso visual, abordou a responsabilidade dos profissionais de saúde para garantir os direitos e a Lei do Planejamento Familiar.

O tema Prática Educativa foi apresentado no antepenúltimo dia do curso, apesar de constar na programação na mesma data do seminário Métodos Contraceptivos. No início do dia, foi solicitado às treinandas para que dividissem uma folha de papel em três, e anotassem as perguntas: “Para onde vou? O que vou fazer? E o que vou levar na bagagem?” Como referência, uma viagem muito especial e desejada. Após alguns minutos, recolhidos os papéis, foi pedido que cada participante lesse a resposta, relacionando-a ao tema do encontro. Os comentários se referiram à necessidade de conhecer as pessoas e de abertura a mudanças; à importância de desprendimento; à clareza de objetivos no trabalho com dinâmicas.

A coordenadora enfatizou a necessidade do encontro de parceiros nas Unidades e discutiu-se sobre a dificuldade de realizar atividades em equipe. Após o debate, solicitou a distribuição das alunas em três grupamentos para, após o intervalo, proceder à construção de um painel/cartaz, de promoção/divulgação de uma atividade educativa na UBS, o que se passou, com esclarecimento de certos aspectos não abordados pelos grupos.

O segundo dia de apresentação deste tema não foi subsequente ao primeiro⁵³. Houve dinâmica, exposição realizada por convidados e leitura de um texto⁵⁴, dentre os três⁵⁵

⁵³Por ser o último dia do Curso, o grupo marcou um café coletivo. Uma das coordenadoras estava na sala, afixando um cartaz que continha os nomes das UBS disponíveis para a realização do módulo prático (observação participativa de grupo educativo em contracepção) e as datas de início de cada grupo dessas Unidades. Conforme chegavam, as treinandas escolhiam as Unidades de interesse, pela sua localização e/ou data prevista para o início do grupo educativo.

⁵⁴Percebi que algumas treinandas tinham dificuldades para ler, embora todas possuíssem nível superior e pós-graduação.

⁵⁵O segundo texto: “Metodologia de trabalho com a mulher”, autor identificado como da equipe do SOF (sem informar o significado da sigla). Comenta a escolha do método de trabalho, associada ao que se pretende mudar ou ao que se quer manter. Resgata e esquematiza aspectos da metodologia de trabalho com a mulher, princípios e objetivos; comenta a opressão de gênero e sua articulação com as estruturas econômicas, políticas e culturais. Cita técnicas facilitadoras do processo de reflexão: grupos, vivências, abordagem corporal. O terceiro, com subtítulo “Quem é o facilitador do grupo?” sem referência, apresenta o significado de facilitador, as características da educação de adultos e os requisitos básicos ao desempenho do facilitador: manter coerência entre a verbalização e a postura profissional (comportamento) diante do grupo.

fornecidos. A leitura foi feita por cada treinanda, com pausas para discussão após cada parágrafo. O texto “Ensinar não é transferir conhecimento”, com referência completa (autor, ano, local e editora), exprime que saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a própria produção ou sua constituição, além de afirmar que ensinar exige pesquisa e respeito aos saberes dos educandos. Houve supressão da dinâmica temática e o vídeo programado não foi apresentado.

Cada palestrante convidado discorreu sobre suas experiências com práticas educativas. No entanto, havia conversas paralelas, os integrantes estavam dispersos, porém começaram a prestar atenção com o início da apresentação da terceira convidada, que utilizou transparências com conceitos de práticas educativas, dinâmica de grupo, metodologia. O grupo debateu o assunto, dúvidas foram esclarecidas e experiências relatadas. A coordenadora adiantou dados sobre a programação da tarde e, a seguir, todos fomos almoçar. Após a refeição, a coordenadora solicitou que todos se dirigissem para o lado esquerdo da sala. Na outra extremidade, havia um cartaz afixado, com as palavras “Grupo educativo”. As treinandas deveriam caminhar em direção à placa, como se estivessem indo viajar, pegar a “bagagem” e pensar nos obstáculos para empreender esta viagem. Algumas pessoas andaram para frente, outras pararam, outras se aproximaram, enquanto algumas retornaram. Ao final, discorreram sobre suas “bagagens” e obstáculos: citaram a bagagem adquirida no curso, e os obstáculos: timidez pessoal, insegurança e questões de organização do próprio serviço. No debate foram abordadas as possibilidades de vencer os obstáculos. Nas palavras da coordenadora: *“Cada um parou para refletir o cantinho, a brecha por onde seguir”*⁵⁶. Por fim, na Avaliação e encerramento do curso, houve mudança de uma dinâmica, exclusão da troca de presentes e do vídeo programados no PC.

⁵⁶ Nesse momento, entregou um roteiro de elaboração de projeto de grupo educativo para Unidade Básica de Saúde como requisito para receber o certificado do curso. Em seguida, pediu para que o grupo fizesse uma breve avaliação, ditando alguns itens para as treinandas responderem verbalmente. Todas disseram estar satisfeitas e que o Curso foi importante etc. Pedi para falar e agradei por terem me acolhido. O grupo se levantou, algumas pessoas se abraçaram, outras saíram logo. Ao me despedir de algumas treinandas, perguntei-lhes se poderia contatá-las para a segunda fase da pesquisa, todas responderam afirmativamente, e às coordenadoras, agradei o apoio ao meu trabalho.

4.2.2 Opinião das informantes sobre o Curso o PAISM/Contracepção

Após o término do curso, a partir das entrevistas, as opiniões das informantes quanto ao desenvolvimento do módulo teórico, de forma geral, foram satisfatórias. No que se refere ao conteúdo temático, para três das informantes, o curso permitiu uma visão ampliada por abordar questões além dos métodos contraceptivos, como sexualidade, gênero, etnia, violência doméstica, aborto e DSTs. Como já citado, seis informantes criticaram a forma do tratamento destinado ao conteúdo sobre métodos contraceptivos, por ser este mais técnico, elas consideraram que deveria ter sido apresentado pelas coordenadoras. Deste grupo, três eram assistentes sociais e avaliaram sua formação como impeditiva para conhecer bem, a ponto de poder abordar tal temática nos grupos educativos, por isso a necessidade, para elas, de ter sido oferecido um aprofundamento deste assunto. A escassa discussão sobre os direitos da mulher e as DSTs foi apontada por cada informante, como assuntos que poderiam ter sido melhor explorados.

Em relação à metodologia aplicada para abordar os temas, as dinâmicas, os debates e a leitura foram considerados positivos, assim como o fato de o conteúdo apresentado ser relativo à realidade e à prática profissional. O empenho das coordenadoras e a interação destas com o grupo também foram avaliados positivamente. Uma informante afirmou ter se decepcionado, pois achava que iria estudar especificamente os métodos e, na verdade, o curso tratava das maneiras de realização de um grupo educativo. A partir deste dado, sugeriu alteração do nome do curso.

Do grupo de informantes, nove realizaram o módulo prático, divididas em quatro Unidades de Saúde. Na primeira, duas afirmaram não haver muita diferença com o grupo que coordenam em suas Unidades. Apontaram o estímulo à participação, o acolhimento e o entrosamento da equipe como aspectos relevantes na condução do grupo, além da discussão

em torno de outros assuntos, como a violência doméstica. Na segunda, duas entrevistadas comentaram que as reuniões eram muito extensas, com excesso de leitura, pouca participação das mulheres e do único homem presente, e que os temas foram abordados superficialmente. Em um grupo na terceira Unidade, as informantes identificaram desconhecimento da coordenadora em torno de certas temáticas, a ênfase aos métodos irreversíveis (laqueadura e vasectomia), além da participação restrita das mulheres. Como aspectos positivos, citaram o engajamento da coordenadora e as dinâmicas no início e ao final de cada encontro. O segundo grupo desta Unidade é coordenado por uma psicóloga e por uma assistente social que, segundo a entrevistada, possuem um bom preparo para empreender este trabalho. O grupo educativo da quarta Unidade, segundo a informante, foi fundamental, pois a condução e a seqüência dos temas e das dinâmicas forneceram recursos para que ela possa planejar e coordenar seu grupo educativo de contracepção.

5 OS TEMAS NUCLEARES: ARTICULAÇÃO DO PÚBLICO (OBSERVAÇÃO DO MÓDULO PRÁTICO) COM O PRIVADO (ENTREVISTAS)

As temáticas nucleares foram Direitos sexuais e reprodutivos, que embora não tenha sido assunto de aula no curso, consiste em tema central, para as ações educativas em contracepção, bem como para esta investigação; PAISM, por se tratar do programa que norteou a atenção à saúde da mulher, que atualmente se configura como Política (BRASIL, 2004) e “uma tradução de linhas de ação, sob a perspectiva [...] da visão filosófica e política preconizada” (OLIVEIRA, 2005, p. 8) por ele. Aborto, por seu vínculo com contracepção e os outros temas, e por envolver questões morais e religiosas e, ainda, por ser considerado problema de saúde pública. Por fim, Sexualidade, por seus significados e representações. Em última instância, é no exercício da sexualidade que a mulher se expõe à gravidez não planejada e às DSTs e conseqüentemente, estas questões se configuram como problema inserido no âmbito da atenção à saúde. A seqüência de apresentação dos temas será a mesma realizada durante o curso, por isso o tema aborto vir antes do tema sexualidade. A seguir apresento a abordagem desses temas durante o módulo teórico do curso articulando-a com a análise dos depoimentos das informantes sobre essas temáticas.

5.1 Direitos sexuais e reprodutivos

Os termos direitos sexuais e reprodutivos são relativamente recentes quase restritos aos movimentos feminista e homossexual, e ao meio acadêmico, principalmente nas ciências sociais e humanas. É de extrema relevância na área da saúde coletiva, face às demandas por políticas públicas, que assegurem tais direitos. Na assistência em saúde os direitos se apresentam no acesso à informação e aos métodos contraceptivos; nos tratamentos de infertilidade; na prevenção de DST/AIDS, entre outros. O Ministério da Saúde, em parceria

com outros ministérios, vem elaborando e implementando políticas que contemplem estes direitos, considerados como direitos humanos (BRASIL, 2005b). A materialização destas políticas se dá nas práticas dos profissionais inseridos em serviços de saúde.

O tema não foi contemplado com uma aula, mas foi apresentado naquela que discutiu o Serviço de Contracepção. Os direitos sexuais e reprodutivos foram contextualizados historicamente, com os marcos das Conferências Internacionais promovidas pela ONU, além de serem ilustrados por exemplos oferecidos pelas coordenadoras, a partir do cotidiano do atendimento em saúde, de modo a reforçar a necessidade de uma atitude de reconhecimento e respeito a tais direitos. Porém, não foi feita referência às publicações do Ministério da Saúde sobre essa temática (BRASIL, 2005b, 2006).

Por ser um dos temas nucleares desta tese, buscou-se identificar o conhecimento das informantes acerca do tema e a percepção de seu papel, na promoção e garantia destes direitos. Três das onze informantes não conheciam estes termos. Todavia, assim como as outras entrevistadas, citaram a autonomia, a liberdade como a eles concernentes. O significado mais recorrente referiu-se à decisão, escolha e opção por métodos contraceptivos, e pelo parceiro sexual. O direito à informação e/ou orientação quanto à prevenção de DSTs e/ou contracepção também foi mencionado por todas as informantes.

A noção majoritária acerca de direitos reprodutivos abrange prioritariamente o planejamento do número de filhos, no que tange à contracepção. Esta visão vai ao encontro dos estudos de Villela e Monteiro (2005) e Lindner, Coelho e Carraro (2006), que evidenciaram o dado de que os profissionais não associam os direitos reprodutivos a temas como concepção, aborto, esterilização, além da discussão sobre a medicalização do corpo feminino e a utilização abusiva de tecnologia. Duas informantes referiram-se claramente ao direito de ter filhos e ao papel do Estado em garantir estes direitos, entendidos como direitos

sociais, e não apenas como liberdade individual ou escolha privada (CORRÊA e PETCHESKY, 1994). Para elas, cabe às agências públicas, assegurá-los:

Então, o direito reprodutivo, *a gente precisa enfocar também o direito de quem quer ter filhos* e não só o de quem não quer ter [...] (Isadora) (grifo meu).

[...] eu acho que tem a ver com a questão de você querer planejar. Quantos filhos você quer ter, se você quer ter se não quer ter, se você tem esse respaldo na saúde pública [...] (Helena).

Vargas (2006, p. 233) afirma que decidir-se por não ter filhos tem sido uma reivindicação das mulheres. Atualmente elas podem escolher quando ter filhos, mas a opção por não tê-los é complexa. Novas tecnologias reprodutivas são desenvolvidas para “resolver” a infertilidade, mas as políticas públicas pouco avançaram em relação a esta demanda.

Algumas informantes encontraram dificuldade em definir e distinguir os direitos sexuais dos reprodutivos. Por vezes utilizavam sinônimos, mas a partir do estímulo a abordarem separadamente cada um, elas demonstraram possuir noção da diferença dos conceitos. O discurso permaneceu essencialmente no âmbito do respeito à orientação sexual.

[...] Direito sexual: Eu não li muito a respeito sobre isso. Mas eu acho que é a questão de você querer usar o seu corpo da forma que lhe convém, sem mostrar pra sociedade o que é o correto, o que não é. É o seu corpo! (Helena).

Direito sexual a pessoa tem direito a escolher a prática sexual que ela vai ter, homem com homem, mulher com mulher, homem com mulher, qualquer tipo de relação sexual, então, a pessoa tem direito a escolher e ninguém tem que falar nada (Fabrícia).

A qualidade da relação sexual, a liberdade de não querer sexo, a atividade sexual nas distintas fases da vida foram temáticas pouco abordadas. De fato, a noção de direitos sexuais é recente, pois se origina na luta dos movimentos *gays* e *lésbicos* contra o preconceito. A consolidação de uma linguagem específica se deu nos anos 1990, com as Conferências Internacionais do Cairo e de Beijin (VIANNA, 2004). No momento atual, uma parte do

movimento feminista considera esta terminologia como elemento de luta contra a desigualdade de gênero (CORRÊA & ÁVILA, 2003).

As informantes Isadora e Amanda se referiram ao direito sexual sob a perspectiva de liberdade de escolha, mas também indicaram restrições ao exercício da sexualidade. Vale ressaltar que ambas se declararam católicas, tanto no questionário quanto verbalmente nos debates durante as aulas e/ou em entrevista. Muitas vezes uma destas entrevistadas se distinguiu de suas colegas, por apresentar uma postura mais conservadora, relativamente aos valores morais e religiosos. As falas são ilustrativas:

[...] Agora a questão do direito sexual, eu acho que a gente precisa avançar nessa discussão é, que é direito, não só sexual [...] *eu acho que a gente tem que ter limites pra esse querer*. Eu acho que a gente não pode tá liberando pra todas as praias terem nudismo. Não pode tá liberando pra que as pessoas transem em todos os lugares, eu acho que não, porque a gente também tem que ter o direito de não ver se você não quer ver. (Isadora) (grifo meu)

[...] eu acho que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser assegurados, as pessoas têm o direito de fazer o que bem entendem [...], por exemplo, *essa sexualidade que eu acho, assim muito [...] a prática sexual mesmo, de qualquer jeito e com qualquer pessoa... que está na cabeça das pessoas mais atuais, não entrou na minha cabeça, ainda, isso*. Agora, lógico, para os outros, cada um, eu acho que tem o seu direito pra fazer o que quiser da sua vida, eu só acho que isso não é a melhor opção, entendeu? As pessoas tenham tanta liberdade sexual, assim, que sexo seja visto como trocar uma roupa, como comer, como uma necessidade básica do ser humano, é uma necessidade como alimento, mas não que você tenha que satisfazer com qualquer um, em qualquer momento, com qualquer pessoa, entendeu? *Como as pessoas banalizam, eu acho que banalizam demais!* (Amanda) (grifo meu)

Ao serem indagadas acerca de como o profissional de saúde poderia contribuir para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, as respostas foram: atender a clientela sem preconceito quanto à sua prática sexual, respeitar a homossexualidade e saber efetuar uma orientação em torno do método contraceptivo, sem induzir a escolha. As entrevistadas se referiram à orientação/informação sobre prevenção de DSTs, contracepção, recursos legais para conquista dos direitos, sexualidade e conhecimento do corpo, como questões contribuintes para a garantia destes direitos. Como afirmam Ávila e Gouveia (1996), ter

acesso à informação e à possibilidade de escolha são formas de se alcançar o direito. Seguem alguns exemplos;

[...] a gente tem que abordar é a pessoa se conhecer, saber da sua sexualidade, saber desenvolver isso, pra poder ter um bom relacionamento com o outro, não se deixar violentar [...] a pessoa sem atrito, se privar dessas situações ruins e a parte dos anticoncepcionais em si, mostrar [...] com todos os detalhes (Fabrícia).

[...] é a pessoa ter todas as orientações necessárias para poder fazer a escolha dela, em relação desde com quem vai pra cama e quando vai para cama e até o modo que se vai, usando ou não o método, tanto para evitar gravidez quanto evitar DST. [...] Tanto no reprodutivo como no sexual o importante é que a pessoa tenha muita consciência do que ela tá querendo [...] Se eu vou decidir hoje fazer ligadura, tô fazendo porque é uma opção mesmo minha. Já conversei com meu cônjuge e assim a gente optou e eu tô muito ciente disso. Então, eu acho que assim, o direito reprodutivo, sexual eu acredito, que esse direito só acontece, a partir da informação adquirida (Gisele).

Lívia exemplifica a garantia do direito sexual, com o fato de que algumas vezes, pessoas soropositivas são atendidas de forma discriminatória pelos médicos. Quando isto ocorre, ela as orienta: devem denunciar esta situação à Ouvidoria da Prefeitura ou ao Ministério Público.

Eu acho que primeiro ouvindo, tendo uma escuta [...] a garantia que tem são os órgãos de denúncia [...] ajudando aquela pessoa estar denunciando pro Ministério Público (Lívia).

Conforme citado, respeito, ajuda e compreensão foram palavras recorrentes das informantes, no que concerne à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, como exemplo a questão do aborto e a homossexualidade. A esfera “humanitária”, o respeito à escolha individual, a compreensão e tolerância foram muito citados, em uma retórica próxima e análoga da moral religiosa cristã, de acolhimento ao pecador.

A gente como profissional e como pessoa tem que estar *isenta de qualquer preconceito mesmo se a pessoa for homossexual, e você não admira isso, você não conceba isso*, mas tem que saber que existe e você não está ali pra criticar nem pra condenar muito menos. Você tá ali pra ajudar [...] Orientar, ouvir e não ter uma postura preconceituosa, só nisso em acolher já está uma grande parte da ajuda, ajuda da gente enquanto pessoa (Amanda) (grifo meu).

As declarações são convergentes com a idéia de Rosas (2005, p. 18), de que “parcela importante de médicos (as) e demais profissionais de saúde não reconhecem os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos fundamentais”. Acrescente-se que ainda mais difícil é o reconhecimento dos direitos sexuais. Portanto, a exigência de que o Estado garanta estes direitos está intimamente articulada ao trabalho dos profissionais de saúde, de modo que, dependendo de seu posicionamento no atendimento à clientela, tal garantia pode ser comprometida. Como já citado, esta discussão apareceu claramente, somente na apresentação do tema Serviço de Contracepção, os depoimentos revelam a tendência à valorização da liberdade individual e da tolerância, como atitude humanitária e, ao mesmo tempo, não há leitura e entendimento crítico e político da questão, na medida em que o tema direitos sexuais e reprodutivos não foi explicitamente conteúdo do curso. Desta forma contribuiu para reforçar um sentido religioso e vocacional comum na origem da formação de enfermeiras e provavelmente na de assistentes sociais⁵⁷. Para Rosas, o respeito ou a violação dos direitos sexuais depende, respectivamente, da ação ou da omissão dos profissionais.

A tolerância e a possibilidade de “se abrir para o outro” foram referidos por algumas informantes, dentre as quais Fabrícia e Gisele. Quando indagadas se o curso havia mudado sua visão sobre sexualidade, citaram a mudança de postura profissional frente ao/a usuário/a, no que tange à prática sexual e ao aborto.

[...] muita coisa eu falava abertamente, achava que você podia dar sua opinião, mas você não pode, não pode direcionar [...] “Ah! *Eu adoro fazer sexo anal*”, mas não pode, pode ter uma lesão, tem que usar camisinha, *não é assim que a gente tem que abordar: “não pode”, “está errado”, pra mim não pode, pra mim está errado, mas pra ela dá prazer, pra ela tá bom, não tem que abordar dessa forma, tentar sim, direcionar o uso da camisinha, a*

⁵⁷ Galvão (1999) discute a evolução dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna que, ao longo de décadas, vêm sendo formulados e reformulados. Afirma que o grande desafio é a adoção efetiva destes conceitos. Se tais conceitos, que estão “restritos” ao âmbito da saúde ainda não foram inteiramente difundidos, muito mais difícil será quanto aos conceitos no campo dos direitos. Penna (2001) evidencia a necessidade de investir na formação de profissionais com suporte teórico da antropologia, para melhor compreensão do tema aborto, dentre outros assuntos do campo da saúde. Germano (1993) e Almeida (1989) discutem a influência de preceitos religiosos na formação do profissional de enfermagem.

importância de prevenir [...] Aborto, por exemplo, eu via uma mulher que fazia teste de gravidez e dizia que ia tirar, eu ficava o dia inteiro sentada com ela, convencendo a ela não tirar, falava de Deus, falava disso, falava daquilo, eu aprendi lá que eu não posso fazer isso, então não é assim, é respeitar. A gente faz nosso papel: você toma sua decisão, e eu estou aqui de braços abertos te esperando, seja qual for sua decisão. Sem preconceito e nada (Fabrícia).

[...] eu era muito mais enfática, no sentido, tipo assim: Ou você usa o preservativo ou você está morto! E aí eu comecei a entender que há mulheres que não vão usar, porque seus maridos nunca vão admitir isso, então eu comecei a orientar de outra maneira [...] a minha mente já abriu um pouco mais para isso, porque tem gente que nunca vai usar mesmo [...] Então, assim, eu não tenho mais esse tipo de preconceito não [se referindo ao aborto e a homossexualidade], graças a Deus, eu consigo separar bem aquilo que eu penso enquanto pessoa e aquilo que eu acredito que eu deva ser como profissional (Gisele) (grifo meu).

Júlia considerou que o Curso proporcionou transformação em sua maneira de pensar a sexualidade, ao se referir à visão anterior acerca de virgindade e atividade sexual na adolescência.

[...] até pela minha formação técnica e minha formação mesmo familiar. [...] Lá eu vi que não tem nada a ver. Virgindade é uma coisa mesmo social, digamos assim. Não tem uma pelinha ali que limite o que é ser virgem ou não. [...] preconceito com relação a determinadas coisas que eu tinha, e aí, eu vi que não é por aí, entendeu? [...] do adolescente, quer dizer, como ele usa essa sexualidade eu tinha muito, eu ficava pensando assim, apesar de ser assistente social: Pôxa vida! Uma menina de treze anos que já usa o corpo, que não sei o que [...] eu tinha aquele olhar e agora eu acho que o importante não é ela, assim, usar o corpo, transar. Mas é transar com uma responsabilidade (Júlia) (grifo meu).

A atitude tolerante – que poderia também ser aludida como integrante da ética cristã –, de despir-se de preconceitos, expressa uma postura próxima à de respeito aos direitos. Contudo, quando questionadas sobre os meios de contribuir para a garantia dos direitos reprodutivos, as informantes não se referiram, por exemplo, ao acesso ao aborto legal como um direito da mulher.

5.2 PAISM

Este tema foi abordado no primeiro dia do curso, na parte da tarde. A coordenadora iniciou com uma dinâmica de aquecimento, na qual cada dupla se posicionava no centro da sala e dramatizava, com gestos – o que deveria ser reproduzido pelos colegas. As duplas eram substituídas por outras, sucessivamente, o que provocou gritos e descontração. A seguir, foram debatidas sensações ao ocupar a posição no centro, e foi solicitado às treinandas que propusessem novas posições aos colegas, pelo fato de estarem muito próximos uns dos outros. A dinâmica, intitulada no PC como “ninguém é de ninguém”, tinha por finalidade pensar a relação de trabalho, a sexualidade e o toque corporal, além do objetivo de descontrair o grupo.

A coordenadora então solicitou que formassem grupos de cinco pessoas, para uma dinâmica temática, dirigida a conhecer a percepção das treinandas em relação ao PAISM e suas áreas de atuação, e mapear a situação de atendimento em suas Unidades. Cada grupo deveria refletir acerca da trajetória do cuidado pessoal com a saúde; da assistência à mulher e trocar experiências. Após a discussão, as conclusões foram apresentadas, com os seguintes temas: a referência e contra referência de pacientes às Unidades de Saúde, ausência de insumos, triagem, recursos humanos e humanização no atendimento. Esta atividade ocupou grande parte da tarde. Em determinado momento, a coordenadora conduziu o debate para a questão da promoção à saúde e apresentou as diretrizes do PAISM (tema central da tarde), com apoio de data-show. Ela então indagou se alguém já havia lido o Programa, ao quê apenas duas treinandas responderam afirmativamente. O objetivo desta atividade temática consistia em historiar, sistematizar e discutir as ações do PAISM e o atendimento à mulher. Entretanto, a apresentação da coordenadora foi breve e superficial⁵⁸, assim como também não houve referência à atual Política de Atenção Integral Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Trata-se de uma situação exemplar de afastamento entre o PC e a programação, uma vez que

⁵⁸ Não foi, por exemplo, citado o primórdio da “noção de direitos reprodutivos”, que permeou a criação do PAISM (BRASIL, 1983a, p. 15) e historicamente veio ser formalizada quase uma década após a criação do Programa. Ver nota 18.

foi dada prioridade ao saber do grupo, em detrimento do “teórico” que, em última instância, norteia a prática profissional⁵⁹.

O PAISM contribuiu intensamente nas idéias que conduziram à Reforma Sanitária, durante o processo de redemocratização do país (OSIS, 1998). Sua criação e implantação se devem à forte influência do movimento feminista. Conforme referido, a diferença entre os programas anteriores ao PAISM concerne ao reconhecimento da necessidade de a assistência dirigir-se não somente aos aspectos biológicos das fases da vida, mas de possibilitar a articulação entre os distintos setores e níveis de atenção, como também entre aspectos relativos ao trabalho, à família e ao lazer –, ou seja, uma dimensão integral da assistência. Mattos (2001), ao abordar a integralidade, afirma que ela possui três grandes conjuntos de sentidos, os quais incidem sobre pontos diversos: um se refere a particularidades das práticas dos profissionais de saúde; outro concerne à organização dos serviços de saúde e o terceiro está vinculado às respostas governamentais relativas à saúde.

Quando indagadas sobre o PAISM – tanto antes do início do curso quanto após seu término (questionário e entrevista) –, todas informantes responderam de forma genérica. Uma disse que era uma lei, outra, uma política e, ainda outra, um movimento, indicando possuírem um conhecimento muito superficial a respeito. As declarações de quatro entrevistadas se aproximaram do que é, efetivamente, o programa: para elas, trata-se de um programa para atender a mulher, em toda extensão de seu ciclo vital.

De forma geral, a visão das informantes sobre o PAISM foi imprecisa, de modo a não possibilitar a identificação, em suas falas, de qualquer sentido de integralidade referido por Mattos (2001). Este fato ocorreu, inclusive, nas entrevistas após o curso, o que indica que o conteúdo apresentado não modificou substancialmente o modo de percepção das informantes acerca do programa. Assim, conclui-se haver uma fragmentação das ações no cotidiano dos

⁵⁹ Mesmo que esse conteúdo, a priori, devesse ser do conhecimento das treinandas, e como indagado, apenas duas já haviam lido, consideramos que seus aspectos históricos e diretrizes poderiam ter sido mais bem apresentados, assim como estava no objetivo do PC.

serviços de saúde, uma vez que o profissional não possui noção da estrutura programática na qual está inserido. Nesse sentido, é possível afirmar que o princípio da integralidade fica comprometido, na prática do atendimento em saúde. Apenas duas informantes responderam a partir de uma ótica centrada em certa perspectiva de integralidade da assistência. Como exemplo, para Catarina, o PAISM abrange não somente a atenção a questões associadas à saúde da mulher, como também às condições de vida, capazes de interferir em sua saúde, o que evidencia um olhar mais integral:

[...] E quando a gente fala em integral, a gente não fala, não pensa só em contracepção. Em gestação também, a gente pensa na mulher como um todo. Uma mulher que trabalha, cuida de casa, que tem outras atividades, estuda e dentro de tudo isso ela não tem que esquecer da sua saúde, tem que estar com o olhar mais crítico para sua saúde (Catarina).

A incorporação de práticas educativas como fonte de reflexão sobre saúde, sexualidade, sociedade e condição feminina, através de grupos de mulheres e de contracepção foram temas relevantes na discussão sobre o PAISM. Para Costa (2004, p. 28), a educação em saúde do PAISM é “de oferta obrigatória com práticas educativas sobre o corpo, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania”. Elza e Fabrícia destacaram a prática educativa no PAISM, somente como instrumento de trabalho que proporciona às mulheres acesso ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos.

De forma geral, as informantes possuíam algum conhecimento sobre o Programa, mas sua visão demonstrou ser restrita, ao reconhecerem haver, no PAISM, uma prática de atenção predominantemente biomédica e, ao mesmo tempo, desconhecerem seu marco histórico, sua ideologia e diretrizes⁶⁰. Apesar de todas as informantes trabalharem na área de saúde pública,

⁶⁰Na fase exploratória desta tese em 2004, entrevistei sete mulheres que participaram/participam do PAISM. Objetivei, dentre outros, identificar mulheres-chave que estiveram presentes no processo de construção e implantação do Programa e descrever suas visões sobre o PAISM de ontem e hoje, em especial, no âmbito das práticas educativas. Este grupo era composto por mulheres que estiveram ou na primeira Coordenação Nacional, ou na Municipal, ou em local de Unidade Básica de Saúde, em treinamentos e também no movimento feminista. Para as informantes, as práticas educativas são vistas como questão fundamental, pioneira e de cidadania. Seus discursos, apesar de mais de vinte anos da implantação do Programa, trouxeram a lembrança de um momento especial, no que tange à criação de uma proposta de atenção integral à saúde da mulher.

condição que poderia propiciar uma visão mais “social” em torno de questões ligadas à saúde, suas falas refletem o modelo de atenção hegemônico, que impede a efetivação do PAISM. Cinco trabalham no PSF, fundamentado não somente no indivíduo e em sua doença, mas, sobretudo, nos contextos social e familiar. Este programa objetiva promover a saúde, a partir da troca de experiências entre equipe e comunidade, via ações educativas em saúde (BRASIL, 1997). O tempo de experiência pode constituir um fator de influência nas respostas, pois seis informantes são formadas há mais de vinte anos e provavelmente não receberam tais conteúdos na graduação, embora já trabalhassem em serviços de saúde, à época de sua implantação.

5.3 Aborto

Este tema foi desenvolvido no quarto dia do curso, pela manhã⁶¹. Uma das coordenadoras chegou, com material para subsidiar a elaboração do seminário organizado pelas treinandas, e alguns textos sobre aborto e raça foram disponibilizados por uma coordenadora, que criticou um texto do médico Drauzio Varella, por considerá-lo pró-controle da natalidade.

Como de costume, as atividades do dia foram iniciadas pela avaliação. O consenso versou acerca da falta de análise do fluxograma de atendimento às DSTs⁶². A coordenadora contra-argumentou, afirmando não ser prioridade do curso discutir esta questão teórica e sim refletir sobre a temática, sobre os nós da rotina e referentes às relações de gênero⁶³. Enfim,

⁶¹ Cheguei por volta de 8:30h, o grupo estava numa sala diferente, menor e com goteiras. As cadeiras já dispostas em círculo, e uma cadeira no canto. Ao chegar, cumprimentei as pessoas e disse: “vou sentar naquela cadeirinha”. Uma treinanda disse: “É, coloquei ali, porque neste canto está pingando água”. Achei interessante que, ao organizar a sala, ela separou um lugar para mim, ou seja, estou no grupo, mas não sou do grupo na medida em que tenho um lugar reservado por ela, porém separado. Elas me “aceitam” e sabem que minha posição naquele curso é diferente.

⁶² Ver nota 39.

⁶³ Temos um outro exemplo de “descompasso” entre o realizado e o PC, aonde estava programada uma exposição oral, com presença de convidado, sobre Abordagem Sindrômica das DSTs.

com o atraso do grupo e a demora na avaliação, somente por volta das 9:50 hs deu-se início à dinâmica de aquecimento de introdução ao tema.

“*Vamos falar sobre o aborto e as coisas relacionadas*” foi a frase introdutória, e rapidamente foi pedido que se registrasse, por escrito, o que se pensava sobre a seguinte situação: “Minha menstruação atrasou, eu...”. Algumas respostas foram transcritas inicialmente para o quadro, mas optou-se por trocar os papéis e redistribuí-los para leitura, pelas treinandas. Seguem algumas colocações:

- “*Eu preciso investigar... A menstruação pode ser irregular*”;
- “*Se transou sem precaução, toma POSTINOR*”;
- “*Fiquei desesperada e fui para a farmácia*”;
- “*Antes da ligadura: “Estou grávida” “E depois: “estou no climatério”*”;
- “*Estou perdida, fiquei desesperada, pensei em abortar por duas vezes. O que eu faço?*”

Diante da indagação da coordenadora sobre “*o que fazer com este desespero*”, uma treinanda narrou sua experiência, ao decidir realizar um aborto, quando jovem. Todos ouviram silenciosamente e, logo em seguida, houve um burburinho, várias pessoas falando ao mesmo tempo, dirigindo-se ou não a ela. No momento, foi difícil anotar e discriminar o que estava sendo expresso. Uma treinanda afirmou ser a decisão pelo abortamento da mulher. Outra relatou ter engravidado em uma circunstância difícil da vida, mas não abortou e não se arrependeu. A primeira treinanda retornou à sua história, quando a coordenadora perguntou se mudou muita coisa dos anos 1970 para cá, época em que a treinanda realizou o aborto. Algumas disseram que sim e outras que não. A coordenadora prosseguiu, questionando sobre a legislação brasileira⁶⁴, as mudanças na sociedade, e ainda a respeito de não se ter alcançado

⁶⁴Rocha (2005), em seu artigo faz um panorama sobre as discussões políticas e legislativas em torno do planejamento familiar e aborto no Brasil.

avanços no legislativo, em torno da questão da descriminalização do aborto⁶⁵. Em oposição a esta assertiva, uma treinanda declarou: *“porque as pessoas mudaram, não necessariamente se liberaria o aborto”*, enquanto outra assegurou que o Brasil é o segundo país católico do mundo e, por isto, o aborto jamais seria descriminalizado aqui⁶⁶. A seguir, o grupo foi liberado para o lanche.

Permaneci na sala com algumas treinandas que conversavam, quando uma se dirigiu a mim, indicando um livro e passou a narrar sua experiência com aborto⁶⁷. Após o intervalo, foi proposta a dinâmica conhecida como “Dança das cadeiras” que, segundo o PC, objetivava discutir os tabus, conceitos e preconceitos acerca do tema do dia. As treinandas andavam ao redor das cadeiras e, ao sinal da coordenadora para sentar, aquela que não havia conseguido assento, lia uma frase que se remetia a distintas possibilidades de decisão por abortamento.

A seguir alguns comentários, que consegui registrar, pois as treinandas falavam todas simultaneamente, estimuladas pelas frases representativas de variadas situações:

- “Eu fiz aborto porque minha vida estava em risco”.

Os comentários referiam-se ao aborto legal. Ninguém questionou o risco de vida em outro aspecto que não o clínico.

“Porque seria demitida do meu trabalho”.

Argumentaram sobre os direitos da mulher, em geral, e daquelas que não estão empregadas formalmente.

“Porque estou só e não tenho recursos”.

⁶⁵ Percebemos em seu discurso o pressuposto de que avançar significa descriminalizar.

⁶⁶ Mesmo com um discurso subentendido como favorável à descriminalização, a coordenadora não fomentou um debate sobre ser contra ou a favor, o que começou a se apresentar, pelas falas das treinandas, após o seu comentário.

⁶⁷ Ao comentar comigo particularmente, percebi um gesto de interesse em contribuir à pesquisa, mesmo não sendo esse o tema principal da tese. Ao longo da discussão, ela falou de sua experiência para todo o grupo.

Uma treinanda formulou que o mínimo a ser concedido pela mulher, ao filho, seria um pai. A coordenadora contra-argumentou: independente de ter pai, a criança encontra uma referência para identificar como paterna.

“Porque meu filho era portador de uma doença grave.”

Outra, falou da opção da mulher, e da emergência de dever dos profissionais explicar que trata-se de crime.

“Abortei e fui denunciada pelo hospital”.

A mesma treinanda prosseguiu: “como profissional, não sei se iria denunciar, mas como mulher fiz, sem saber a consequência”.

Para ela, como é crime, o hospital “estaria certo” em denunciá-la, face ao que, a coordenadora lembrou do sigilo profissional: “o profissional não poderia/deveria denunciá-la”.

“Porque tenho 15 anos e não quero ser mãe”.

A coordenadora citou o fato de profissionais de uma determinada maternidade agredirem e castigarem mulheres que haviam abortado, utilizando um texto sobre a permissão do aborto no período anterior ao Império. Uma treinanda citou o caso de uma gestante de 14 anos, que ela acompanhou no pré-natal de uma segunda gestação, e que na gestação anterior, havia sofrido muito no hospital em que esteve internada, em consequência do seu estado.

“Porque é meu direito.”

A treinanda afirmou: “*sou cristã, isso aí não é certo, é crime, um homicídio como qualquer outro, mas não vou julgar, tenho que sempre agir como profissional*”.

No momento, diversas opiniões contrárias ao aborto foram emitidas⁶⁸, sem relação a qualquer uma das frases. Todas concordaram não se tratar de um direito. A treinanda, que havia conversado comigo no intervalo, relatou sua experiência de aborto, por má-formação

⁶⁸Ouvi alguém dizer: “tem gente que não tem essa culpa não!”. Num primeiro momento, entendi que era culpa por abortar, mas depois, considerei que poderia ter sido referência ao profissional que atende mal a mulher em processo de abortamento provocado.

congênita. O procedimento foi efetuado com toda segurança e conforto, com suporte de seu seguro-saúde, mas não oficialmente. Para ela, esta situação configura uma tragédia, independente da inserção social, além de considerar que ninguém fazia aborto à toa, “como se fumasse um cigarro”⁶⁹. Outra treinanda afirmou que a pessoa que cometeu um aborto, cometeu um erro, pois o direito à vida deve ser garantido. Uma terceira defendeu os direitos do feto, e narrou a situação de uma amiga, que recebeu um diagnóstico de que a “criança” não sobreviveria, mas optou por manter a gestação, e a “criança” nasceu perfeita. Ela questionou: “*quantas crianças deixaram de nascer e poderiam ter sobrevivido?*”.

De acordo com a coordenadora, em certos momentos históricos, a religião cristã não se opôs ao aborto, passando a apresentar o conceito de aborto; a necessidade do respeito ao outro, independente do juízo de valor do profissional. Todos ouviram com atenção, em silêncio, mas à conclusão da explanação houve um alvoroço, todas falando ao mesmo tempo. Após o discurso da coordenadora sobre o atendimento discriminatório de mulheres que praticam o aborto nos hospitais, uma das treinandas defendeu a qualidade da assistência, contrapondo-se à coordenadora. Outra falou em defesa da igreja, afirmando que houve erro, mas que o Papa pediu perdão, e concluiu: “*não se pode falar de coisas que não se sabe nem citar santos*”, o que provocou tensão no ambiente. A coordenadora afirmou que certas pessoas, que se dizem cristãs, tratam mal as mulheres que abortam, e se remeteu à possibilidade de apresentar referências bibliográficas sobre o posicionamento da igreja. A treinanda declarou que o Bispo não representa a igreja, pois havia um Ministério superior, quando a coordenadora rebateu, com a afirmação: “*considero que igrejas, sejam quais forem, são passíveis de erros e acertos, dependendo de seus interesses*”, encerrando o debate e dando continuidade à distribuição das frases.

“Porque foi minha decisão”.

⁶⁹Nos questionários e nas entrevistas realizadas com as onze informantes, duas se mostraram, direta ou indiretamente, favoráveis ao aborto, no entanto, no momento elas não colocaram suas opiniões, mesmo na presença da coordenadora, que apresentava postura favorável ao aborto.

Sem comentários.

“Porque minha gravidez foi por agressão”

A coordenadora discorreu sobre o fluxo do atendimento nas maternidades e a respeito da necessidade do preenchimento do boletim de ocorrência policial, aqui no Rio de Janeiro, mas citou a Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c), na qual consta que a mulher vítima de estupro pode se dirigir diretamente à maternidade que realiza o aborto legal, sem o boletim.

“Não tive acesso a método contraceptivo.”

A coordenadora comentou que era verdade, pois nem sempre há insumo disponível na rede de saúde.

“Porque não desejo mais filho.”

A coordenadora encerrou, para o almoço, dizendo: *“reconhecemos que a mulher tem direito, em alguns países onde o aborto foi liberalizado, o número diminuiu. No nosso país é crime e há aumento da mortalidade materna em consequência do aborto”*. Este comentário foi direcionado ao encerramento da questão, creio que inclusive pela referência, na última frase, ao desejo, tema mais complexo, uma vez que é passível de naturalização – no caso, da maternidade – o que, certamente, poderia propiciar a abertura de novo horizonte de polêmica.

Conforme referido, os comentários de várias treinandas evidenciam a posição contrária à prática do aborto, e não contra a pessoa que o comete. A maioria abordou a necessidade de cuidado, acolhimento e de uma postura de não discriminação da mulher que aborta. Entretanto, o direito ao aborto não foi reconhecido pelas treinandas. A coordenadora concluiu a discussão, sem levar em conta a opinião da maioria, pautando-se nas perspectivas da saúde pública e do movimento feminista sobre o aborto. Cabe indagar: se posicionar-se contra o aborto e acolher de forma humanizada a mulher que aborta, constituem posturas que

pressupõem o reconhecimento do direito e/ou, como citado, da “prática humanitária”? Neste segundo momento de discussão sobre o tema, houve maior expressão verbal da coordenadora, talvez, pelo fato de ela ter preferido conduzir a discussão ou por que as treinandas teriam ficado constrangidas em se opor, em função do embate travado anteriormente. Foi a primeira situação, na qual apresentou-se uma discordância. Os textos oferecidos poderiam ter sido citados ou até trabalhados em aula, no sentido de se fornecer mais argumentos ao que tanto se polemizou⁷⁰.

Nas entrevistas, foram indagadas a opinião sobre o aborto e se o curso proporcionou uma mudança de visão sobre o tema. O discurso predominante foi contrário ao aborto, sob justificativas religiosas. Uma informante declarou-se claramente favorável ao procedimento, enquanto três o consideraram um crime. Amanda foi enfática em se opor, com o argumento de defesa da vida e remetendo-se às variadas formas de evitá-lo. Ela declarou sentir-se fora de contexto, pelo fato de a maioria das colegas estar vendo o aborto como natural, um direito da mulher. No entanto, majoritariamente, o grupo desaprovou o aborto. A fala de Amanda é ilustrativa:

Envolve outro ser, outra vida, praticá-lo é crime. É crime mais grave tirar a vida de um ser indefeso que de um adulto [...] eu vi que é um consenso pra quase todo mundo aqui, que o aborto é uma coisa natural e está na decisão da mulher de abortar ou não um filho [...] eu acho que a gente deve pensar bem antes, existem formas para você não chegar ao aborto, pra mim, não é uma coisa tão natural, como todo mundo coloca, [...] como se cortasse uma unha, como se cortasse o cabelo. Entendeu? Eu não acho que seja por aí. E que *não é um direito da mulher, eu acho, não é um direito dela fazer o aborto*, [...] porque no momento do aborto existem dois indivíduos, ela e o que ela está abortando (Amanda), (Grifo meu).

⁷⁰Na discussão do tema, não houve referência a nenhum dos textos oferecidos. “Discriminar para não discriminar”, publicado pelo Jornal da Rede Feminista, não tinha identificação das autoras. O texto trata da inclusão do direito à saúde da mulher e saúde sexual e reprodutiva como um Direito Humano. Apresenta um discurso feminista com informações sobre as Convenções, de que o Brasil é signatário, e aponta o aborto e sua descriminalização como uma questão legítima dos Direitos Humanos. Afirma que discriminar para não discriminar é deslocar o tratamento jurídico para o campo da Saúde Pública. “Profissional de Saúde e o abortamento”, tinha a identificação do autor, um médico da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Questiona se a atual legislação sobre o aborto, acrescida da conduta médica existente contribui para a geração de conflitos nas pacientes e ainda: como ser afetivo sendo contra ao aborto. Afirma que, a descriminalização do aborto não obrigaria ninguém a realizá-lo, apenas traria mais democracia. Um texto curto com alguns dados informativos, com exemplos e perguntas que remetem à reflexão acerca do tema, numa abordagem “emocional” da questão da humanização do atendimento. No PC, estava indicada a apresentação de um vídeo sobre o aborto legal, que não foi apresentado.

O acesso aos métodos como meio de evitar o aborto foi referido por Débora. Para ela, é preciso separar o que se pensa do que ocorre no cotidiano do serviço. Entretanto, o tom de sua narrativa é indicativo de sua dificuldade de efetuar este tipo de separação, uma vez que ela explicitou uma visão unifatorial da gravidez não prevista, sem levar em conta uma gama de fatores de ordem emocional, familiar e econômica, entre outros:

A população tem meios para evitar [...] Não é por isso, pela baixa escolaridade, pela baixa renda que vai engravidar [...] eu acho que isso não é desculpa. *O acesso está aí, toda unidade tem planejamento familiar*, eu acho que toda, se não tem, uma próxima da área tem [...] *Eu acho que é descuido mesmo* (Débora). (Grifo meu).

Em entrevista a um periódico brasileiro, Ferrand (RIAL, 2005) aborda o tema, ao se referir à França, porém reconhece semelhanças em alguns aspectos, relativamente à situação no Brasil. Para a autora, há dificuldades e desejos contraditórios em relação ao controle contraceptivo das mulheres. Em sua investigação, demonstrou que a maioria das mulheres que engravidaram sem planejamento e optaram pelo aborto não eram irresponsáveis, mas se encontravam em uma situação de vulnerabilidade pessoal ou conjugal.

Dentre as informantes contrárias ao aborto, três ponderaram que, em função do risco de efetuar o procedimento em condições precárias, na ilegalidade, seria preciso rever a legislação, de modo a ampliar as situações passíveis de permissão legal. Beatriz, evangélica, contrária ao aborto, possui visões distintas, no que tange aos preceitos pessoais e profissionais, talvez por ter acompanhado um caso de aborto em sua família. Helena também explicitou um posicionamento análogo ao de Beatriz, pautado em sua vivência profissional com adolescentes:

Pela minha religião e por mim mesmo, eu não concordo. Mas o fato de eu não concordar, não quer dizer que não tem casos que possam ser [...] Acho que é um direito da mulher essa escolha. Eu não deixaria, assim... a minha opinião intervir nada [...] *eu acho que essa mulher teria o direito* (Beatriz). (Grifo meu).

Falando de forma pessoal, eu sou contra o aborto, tenho essa concepção de ser contra. Mas, assim, *diante da situação que a mulher faz o aborto de forma clandestina e isso prejudica sua saúde, o útero. Enfim, eu acho que é uma questão que deve ser revista [...]* E eu atendo muitas meninas jovens [...] elas usam da forma mais precária possível, usa essa medicação, pensando que vai se livrar daquilo e, pelo contrário, adquire um problema maior (Helena). (Grifo meu).

Isadora e Júlia apresentaram um discurso ambivalente, talvez por estarem em processo de reflexão e mudança de visão sobre a temática. Isadora demorou a conceder as respostas, talvez expressando conflitos entre sua convicção religiosa e sua posição como profissional, capaz de reconhecer o aborto como problema de saúde pública:

Acho que cada pessoa deve decidir em relação a si mesmo, quando tiver que fazer alguma dessas opções. Ao mesmo tempo, acho também controverso qualquer bandeira apoiando ou negando socialmente essas decisões [...]. Pra mim, o... Quer dizer, eu, eu, eu sou, eu sou uma pessoa de formação católica [...] É, é eu tenho uma, assim, um sentimento muito grande... É... Religioso. De negação do aborto, ainda que eu entenda que como saúde, em termos de saúde pública a gente precisa ter um olhar diferente, um cuidado com as pessoas que não têm condição de pagar realmente pra fazer um aborto e acabam se submetendo as várias práticas, aí acabam muitas vezes morrendo, né? Mas, quer dizer, pra mim fica difícil (Isadora). (Grifo meu)

Júlia, ainda que se oponha ao aborto, expressa certos aspectos concernentes à complexa estrutura que cerca uma gravidez não planejada e, por conseqüência, à decisão pelo aborto. Bajos e Ferrand (2002), em seu estudo na França, sobre a sociologia da gravidez não prevista, retratam a diversidade de fatores e de motivos para as gestações e suas interrupções, apesar do acesso aos meios contraceptivos e da possibilidade de interrupção voluntária da gravidez serem garantidos pelo Estado Francês. De certo modo, trata-se de um quadro semelhante ao apresentado pela informante:

Fora da questão jurídica, acho o aborto muito arriscado para a mulher e agressivo [...] Eu nunca achei é, eu não discuto aborto, pelo menos aqui, como uma coisa jurídica, entendeu? [...] *Eu acho que assim, cada caso é um caso. Entendeu? Às vezes, a pessoa tá num desespero, entendeu? Não teve*

aquela coisa de se prevenir, ou não teve porque não teve conhecimento ou tempo ou condições e precisou fazer, não queria um filho, não pôde ter aquele filho? Não sou nem a favor nem contra [...] vou tentar dar condições pra que aquela pessoa não faça. Até porque a gente não tem nada legalizado, isso pode tá prejudicando ela (Júlia). (Grifo meu).

Lívia e Elza foram as únicas que revelaram o fato de terem realizado aborto, e estranharam o posicionamento da maioria das treinandas sobre o tema.

Sou a favor do aborto seguro, realizado por profissional médico [...] É uma coisa que há muito tempo tinha que ser legalizada. A gente ouve falar de tantas moças que acabam morrendo por fazerem escondido, uma coisa tão simples, uma coisa médica que podia ser resolvida, e ainda ter alguém que é um chefe de uma unidade com influência sobre várias pessoas com uma coisa tão preconceituosa. Fiquei estarecida, não podia acreditar que ainda existia isso (Lívia).

[...] quem opta por fazer, só aquela pessoa sabe porquê está optando, então, você tem realmente que mostrar os prós e os contras e é aquela pessoa que vai decidir [...] eu vi, os profissionais não tão trabalhados para isso. Como é que essa pessoa consegue dar conta, trabalhar em cima disso com a população, com mulheres, sem conseguir desvencilhar esse preconceito? De repente, eu não tenho, por quê? Porque eu já passei? [pelo aborto] (Elza).

As informantes que viveram a experiência de aborto, seja pessoal, como Lívia e Elza, familiar como Beatriz, e profissional, como Helena, foram as que se mostraram mais abertas à possibilidade de reconhecer um “possível” direito ao abortamento. Contudo, quando indagadas sobre direitos sexuais e reprodutivos, não associaram o aborto ao conjunto de direitos e, até mesmo, a uma opção individual.

Seja pela observação, seja nas entrevistas realizadas, há quase total concordância do grupo no posicionamento contrário ao aborto, e em reconhecê-lo como crime⁷¹. A diferença se apresenta quando a maioria exprime certo cuidado ao falar sobre o tema, e tenta demonstrar a necessidade e/ou intenção de separar a opinião pessoal da atuação como profissional. Desta forma, parece ser possível se opor moral e religiosamente ao aborto e, ao mesmo tempo, no âmbito profissional, admiti-lo. Ouvir, dar apoio à mulher, não discriminá-la nem julgar as

⁷¹ No momento do módulo teórico, junho de 2006, ainda não era veiculada pela mídia a questão apresentada pelo Ministro da Saúde sobre o aborto como problema de saúde pública, tão em voga em 2007. Caso contrário, esse debate teria sido mais intenso.

condições de realização do aborto foi a tônica das declarações. Para a maioria das informantes, a opinião a respeito do aborto foi mudada após o Curso, não no sentido de tornar-se a favor ou contra, mas sim em considerá-lo um problema de saúde pública, em perceber a necessidade de debate mais ampliado e da mudança de postura ao atender a mulher que aborta. Esta aparente contradição e /ou relativização frente ao tema, se expressou a partir da distinção entre a posição das informantes assumida publicamente (no grupo) e privada (na entrevista).

A narrativa das informantes se aproxima das reflexões de Barsted (2005), acerca da polêmica em torno do aborto, nas Conferências do Cairo, em 1994, e de Beijing em 1995. O foco se centrou no acesso à saúde, e não na perspectiva política do direito e da autonomia. Da mesma forma, quando as informantes julgam ser crime, praticar o aborto, não se referem ao sentido penal, mas ao moral e religioso. Conforme apontado, ao tratar da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, as informantes, de certa forma, mostram uma posição mais tolerante e humanitária e menos política, o que não impede que, de alguma maneira, respeitem os direitos.

5.4 Sexualidade

Esse tema foi tratado após o almoço, no mesmo dia em que se discutiu o aborto. Houve substituição da dinâmica de aquecimento programada no PC, e não foi utilizado texto de referência. No dia posterior, a coordenadora comentou que as práticas sexuais voltadas ao prazer são marginalizadas, e que era difícil encontrar um texto sobre o tema, porém considerava importante a leitura sobre esta temática. Diante da solicitação de que se dividissem em três grupos, todas participantes se dirigiram ao canto da sala, quando a coordenadora insistiu na solicitação de se espalharem pela sala. Ela ofereceu cartolina, canetas hidrocor, tesouras e revistas como material para expressar o que “dava prazer” na

infância, adolescência e na vida adulta. No PC constava como objetivo da dinâmica trabalhar a percepção e a criatividade em relação à sexualidade.

A treinandas conversaram alegremente sobre suas lembranças, recortavam, desenhavam e pintavam. A coordenadora apresentou a dinâmica Linha da Vida, por considerar que seria um recurso a ser utilizado no atendimento à clientela feminina, nos grupos de contraceção. Segue a apresentação de cada grupo:

1º GRUPO: INFÂNCIA

Uma treinanda informou sua dificuldade em se recordar, pois foi muito presa e sozinha; outra aproveitou muito, mas foi muito só, criada pela avó; outra gostava de brincadeiras de menino e de dormir com os pais; outra, ainda, falou da sexualidade de forma ampla, do prazer ligado à sexualidade, mas sem ser genital. Duas comentaram sobre a própria iniciação sexual. A coordenadora acrescentou que mesmo na infância o prazer genital está presente. Ao longo do curso, ela, em alguns momentos, intervinha com comentários para estimular o debate e em outros, para dar informações e em outros, deixava o grupo falar livremente. Duas treinandas comentaram sobre a sexualidade infantil e a necessidade de apontar a diferença entre menino e menina, para que as crianças se conheçam.

2ºGRUPO – ADOLESCÊNCIA

A presença de treinandas de várias gerações no grupo foi citada como justificativa para as diferentes opiniões surgidas. No entanto um ponto em comum: não houve referência ao sexo no cartaz deste grupo, o que concluíram não ser questão principal para a adolescência.

3º GRUPO – VIDA ADULTA

O grupo iniciou sua apresentação falando sobre viagens, a relação familiar, sobre o lazer, e ao final citaram o relacionamento sexual.

Ao encerrar-se esta discussão, iniciou-se outra dinâmica, que segundo o PC, objetivava debater os tabus, conceitos e preconceitos em relação à sexualidade. Cada pessoa deveria dividir uma folha de papel ao meio. Numa parte, escrever uma fantasia sexual e na outra, uma dificuldade ou tabu em relação à sexualidade.

As reações variaram entre brincadeiras, risos, silêncio e seriedade. Uma participante expressou, em tom jocoso: “*neste final de semana teremos várias idéias com as fantasias dos outros*”. Na escrita sobre os tabus houve silêncio e concentração. A seguir, os papéis foram dispostos em sacos diferentes e distribuídos. Percebi que uma participante entregou disfarçadamente seu papel a uma colega, provavelmente para evitar a leitura de sua fantasia e dificuldade. Seguem o rol de fantasias e as dificuldades:

-Fantasias: Transar em ilha deserta; pulando de lugar alto; no elevador; do lado de fora da casa, na grama; no meio da floresta; marcar um encontro num bar com o marido e fingir que não se conhecem; numa festa, transar no banheiro; jogar champanhe e se deliciar; na praia com chuva; na montanha ao ar livre; ficar na Avenida Atlântica e simular um programa com o parceiro, fingindo ser prostituta. Apenas uma pessoa participante registrou não possuir fantasias sexuais. Durante a leitura, a treinanda, que havia se posicionado contrária, no debate em torno do aborto se retirou da sala, o que provocou o comentário de uma colega: “*Não dá conta. Demorou muito*”, se referindo à tolerância em relação ao tema da sexualidade. Naquele instante, elas se olharam, outras riram, enquanto outras permaneceram em silêncio, frente a esta situação incomum, notada por todas⁷².

⁷² Ela retornou minutos depois.

-Dificuldades: sexo anal, ejaculação na boca, tirar a roupa quando se está acima do peso, concretizar a fantasia sexual, colocar a mão nos meus órgãos, praticar sexo com mais de um parceiro, além de uma folha entregue em branco. Uma treinanda referiu-se à necessidade de respeitar e valorizar a auto-estima das mulheres, e citou a existência de múltiplos desejos e fantasias, como exemplo, os das lésbicas. A treinanda que havia se retirado anteriormente fez comentários sobre uma paciente, cujo marido transava com animais, além de contar a história do marido de outra cliente, pedreiro, que não lavava as mãos antes da relação sexual. Houve pouco debate sobre dificuldades e tabu. Ao falar das fantasias, algumas até fizeram referência ao que escreveram, mas pouco foi dito sobre as próprias dificuldades, os exemplos versaram sobre outras pessoas. Aos poucos, ainda durante a conversa, sobre a necessidade de valorização da auto-estima, participantes do grupo se levantaram. A atividade foi encerrada, sem formalidade.

Até então, houve consenso na discussão de todos os temas. No entanto, no que tange ao aborto e à sexualidade, se apresentaram silêncios, opiniões contrárias, demonstrando dificuldade em abordar a temática, além de divergências e constrangimento. Estes aspectos conduzem a algumas indagações: como lidar com estas questões na vida profissional, quando há dilemas na vida pessoal? Como separar o público do privado?

Percebemos, a partir da observação e das entrevistas, o quanto é difícil tratar dessa temática. Por um lado, a sexualidade é complexa, por entrelaçar as esferas biológica e social – ou, como explicita a antropologia, a natureza e a cultura: “sendo o biológico traduzido e reinterpretado pela cultura, a sexualidade é uma construção social” (GRUPO CERES, 1981, p.307). De outro lado, é temática ampla, por se constituir como um campo de saber que ultrapassa as abordagens tradicionais, como a religião, a psicanálise e a medicina. Como afirma Giami (1998, p. 202), “não existe abordagem unitária da sexualidade no interior de

cada disciplina e a pluridisciplinaridade deve ser entendida como uma tentativa de articulação entre abordagens situadas em diferentes níveis”.

No roteiro da entrevista constava uma pergunta sobre o que era sexualidade e outra acerca da abordagem deste tema no curso: se teria influenciado sua visão. As litânicas e interpolações⁷³ marcaram os relatos, assim como o silêncio ou o retorno da pergunta ao pesquisador. Esta postura pode ser considerada como forma de negação do assunto, pois quem fala se expõe, o que nem sempre é fácil e/ou desejável, em especial, ao se tratar de tema concernente à esfera privada (PEREIRA, 1999). Nas entrevistas, após a conclusão do curso, duas expressaram verbalmente dificuldade em tratar da questão; outra foi quase evasiva, e se centrou na prática profissional, ao comentar sua preocupação acerca do modo de abordagem com as mulheres.

De forma geral, os discursos construíram um mosaico de concepções sobre sexualidade, sendo que diferentes modos de percepção, por vezes, foram expressos na mesma entrevista. Apesar de o objeto desta pesquisa não ser o estudo das representações, apresento uma analogia entre o conjunto de falas das informantes com o modelo de análise das representações da sexualidade proposto por Alain Giami (1998, p. 213). Este modelo inclui os níveis: societal, onde são estudados os discursos existentes e circulantes, em uma dada formação sócio-histórica; o nível das mediações, definidas como o momento da relação entre indivíduos e, o nível individual ou da subjetividade, que pode ser observada e construída a partir de um só indivíduo ou de um conjunto de sujeitos. Os discursos mais recorrentes surgiram no nível das mediações, pois as informantes se referiram à sexualidade de uma maneira totalizante e relacional, tanto entre as pessoas quanto relativamente ao parceiro

⁷³Litânicas são “acumulações por repetições aproximadas. A interpretação pode ser feita em termos de descarga ou de tentativa de domínio de uma representação”. Interpolações são “incidentes de perífrase, de silêncios e de lacunas que favorecem o retardamento da progressão. Podem considerar-se como sinais de inibição de paragem no discurso, de rotura na continuidade do que vem ao pensamento” (BARDIN, 1979, p.179).

sexual. A vivência e o conhecimento do corpo e da própria sexualidade podem ser incluídos no nível da subjetividade. Os relatos de Gisele, Catarina e Denise são ilustrativos:

Não se refere apenas ao ato sexual, mas tem tudo o que envolve a sensualidade de uma mulher ou de um homem: o jeito de ser, de vestir, de falar etc. [...] trata-se de *um conjunto de sensações e expressões vivenciadas pela pessoa* (Gisele) (grifo meu).

É a forma de se relacionar com o seu próximo, independente de contexto sexual, respeitando o que o outro pensa ou vive. [...] Eu sempre fui uma pessoa muito fechada, até pra discutir mesmo a minha sexualidade. *Nunca fui de sentar com meu esposo pra conversar sobre sexualidade, o que eu acho que eu penso como é bom pra mim o que não é*. Agora eu já tenho mais abertura, já conversei, eu comecei a olhar de outra forma, a perceber. Porque eu também tenho vontades [...] Isso eu não fazia (Catarina) (grifo meu).

É a maneira que cada um apresenta de manifestar seus desejos, emoções e sentimentos em relação ao outro. [...] Sexualidade, muita gente e até eu mesma, *ligava muito ao sexo, só em relação ao sexo, mas não é, é a forma de você lidar com o outro, principalmente com relação ao sexo oposto, mas não é só isso, a maneira de você viver no dia a dia* (Denise) (grifo meu).

O nível societal recobre os outros dois planos, na medida em que os discursos circulantes na sociedade sobre a sexualidade conformam nexos entre eles, de modo que as informantes configuram e expressam as representações usualmente associadas ao gênero feminino. Ainda que se considere, sexualidade não é sinônimo de atividade sexual (HEILBORN, 1999b, p. 40), apenas Fabrícia e Lívia se remeteram explicitamente à associação entre sexualidade e sexo. Entretanto, apesar de a primeira estabelecer tal vínculo, logo após, em certo trecho de sua entrevista, o nega. Bozon (2004, p14) afirma que “é o não-sexual que confere o significado ao sexual, nunca o inverso”. Provavelmente, este quadro seria diferente, caso homens fossem entrevistados.

[...] Eu acho que *não tem nada a ver com sexo*, acho que *tem a ver como você se entende, como você se conhece como pessoa, mulher, e trabalhar isso no seu dia a dia, na sua vida, com esposo, com namorado, com companheiro, com amiga, de repente, se for de outra opção*. Eu acho que *não tem nada a ver com sexo em si*, você pode ter uma sexualidade bem resolvida e na hora do sexo não conseguir fazer direito [...]. Então, sexualidade é isso, *é você se conhecer, é saber o que é bom pra você, o que*

... você gosta e passar isso pro seu companheiro para que haja uma sintonia e dê tudo certo para, que no final das contas, a parte sexual também fique boa e resolvida (Fabrícia). (Grifo meu).

Estes discursos vão ao encontro do estudo de Heilborn, sobre trajetórias biográficas de homens e mulheres, no qual afirma que a importância atribuída pelas pessoas à sexualidade é diferenciada e fruto de processos sociais, que se originam no valor que esta ocupa em determinados grupos sociais e roteiros de socialização. Homens, mulheres, jovens, idosos, trabalhadores, estudantes aposentados etc. valorizam e vivenciam a sexualidade de forma variada. A narrativa de Júlia vai ao encontro desta afirmativa ao afirmar que sexualidade está presente em todas as fases da vida, porém vivenciada de forma diferenciada. Acrescenta que, para seu momento de vida, o sexo passou a ter menor importância:

[...] Está em todas as fases da vida, uma hora de uma forma mais branda e outra hora quando você tá na fase adulta muito mais exacerbada! Não é à toa que eu me casei quatro vezes, tive não sei quantos amantes! [...] Hoje eu estou numa etapa meio broxa, eu já não sinto tanta necessidade [...] Eu acho que sexualidade faz parte de todas as fases da vida e inclusive tem uma época que você pode até abrir mão disso. Já cumpriu, teve seus filhos, já teve várias experiências, foram muito boas, algumas nem tanto, mas já dá pra sossegar um pouco [...] Claro que eu tô aberta se conhecer alguém, voltar a me interessar por alguém, claro que vou ter sexo, vou ter tudo isso, mas hoje não é a coisa de maior importância na minha vida (Lívia). (Grifo meu).

Os relatos de quatro informantes perpassaram pela “negação” do nexos entre sexo e sexualidade. Fabrícia, ao responder o questionário, afirmou que sexualidade era expressão sexual. No entanto, por duas vezes, na entrevista, declarou que não tinha relação com sexo, com exemplo referente à prática sexual. Esta negação pode ser uma característica do gênero feminino, de atribuir menor importância ao sexo.

A fala de Helena se distinguiu das de outras informantes, e é exemplar do modelo de mosaico da sexualidade. De um lado, uma visão amparada no essencialismo, ao defini-la como necessidade humana - fisiológica – básica. Por outro, ao afirmar que sexualidade está

associada a valores morais e religiosos, indicou uma ótica mais próxima do construtivismo. Cabe acrescentar que ainda exprimiu a visão biomédica, ao atrelar sexualidade à temática da saúde/doença. Apesar da informante ser assistente social e trabalhar há pouco tempo na área da saúde, seu discurso parece estar impregnado da medicalização da sexualidade, na medida em que sexo e prazer estão fora de cogitação no que tange à sexualidade. Para ela, o que prevalece é a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez:

Conhecimento do corpo, das DSTs/AIDS, tratamentos e prevenções das doenças. Sexualidade é a saúde da mulher. E aí nela *engloba questões de valores, até mesmo de religião*. Eu sempre vejo, eu sempre tento ver na questão da saúde, porque a AIDS tá aí, as doenças estão aí [...] É uma questão inerente do ser humano, se não for agora será um tempo depois, independentemente do sexo, se for, deve ser realizada com uma pessoa do mesmo sexo ou não, mas tem que ser de forma preventiva. *Por isso que eu associo muito a questão da sexualidade com a doença*. E acho que a sexualidade, tanto pro homem quanto pra mulher, é a mesma coisa porque *ambos têm as mesmas necessidades fisiológicas* (Helena). (Grifo meu).

Não apareceram diferenças, por categoria profissional, nas respostas e nem por idade. As enfermeiras, pela formação na área de saúde, poderiam apresentar um discurso mais biomédico, enquanto as assistentes sociais teriam a possibilidade de uma visão mais ampliada, em função de possuírem uma formação com conhecimentos oriundos das ciências sociais e humanas. Contudo, ambas apresentaram falas de caráter semelhante. Uma assistente social se referiu à enfermeira como a profissional melhor preparada para falar de sexualidade, por ter uma formação mais técnica – conhecer fisiologia e anatomia –, como se este dado a abonasse e lhe conferisse autoridade para melhor lidar e tratar desta questão. Do mesmo modo, não foi constatada qualquer corrente dominante em relação à orientação religiosa. Por exemplo, dentre as entrevistadas que falaram de si, cada uma segue uma orientação religiosa: evangélica, outra espírita e outra católica, o que demonstra não haver necessariamente uma relação direta entre a opinião sobre o tema e os princípios religiosos. O que marca o discurso deste grupo é a construção de sentidos sobre a sexualidade, delineadas a partir da experiência

de gênero. As mulheres, com distintas histórias de vida, profissão, idade, entre outros aspectos, exprimem um discurso análogo, abstrato e relacional sobre sexualidade, no qual o sexo e/ou prática sexual e prazer são, recorrentemente, afastados e/ou negados.

6 COMPARAÇÃO ENTRE DOIS GRUPOS: O DISCURSO E A PRÁTICA DAS INFORMANTES

Os grupos educativos coordenados pelas informantes foram realizados por três profissionais, mas optei por apresentar uma comparação entre dois⁷⁴, dirigidos por Amanda e Gisele. A seguir são apresentadas estas informantes.

Amanda, quase sessenta anos de idade, se auto-identifica como branca, casada, com filhos, muito dedicada à família, como declarou: *“a ponto de não viver a própria vida”*. É católica praticante e defensora da Igreja, pois ao longo do curso comentou sobre críticas feitas à igreja, frente as quais se posicionava, ora aceitando, ora contra-argumentado veementemente. Residente da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, em bairro próximo ao Centro Municipal de Saúde, no qual trabalha. Possui apenas um vínculo empregatício, com aproximadamente \$8.000,00 reais de renda familiar. É enfermeira há cerca de trinta anos e cursou pós-graduação. Exerce, há muitos anos, assistência na atenção à saúde da mulher, inclusive coordenando grupo educativo em contracepção. Inscreveu-se no curso para atualizar seus conhecimentos, conhecer o trabalho de outros profissionais e melhorar sua prática profissional. Quanto às expectativas, contava com novas dinâmicas e metodologias para o atendimento às mulheres, além de distintas formas de abordagem dos problemas, apesar da experiência de muitos anos e de ter realizado outros cursos no Espaço Mulher. Ela comentou que esperava aprender a trabalhar com grupos. Foi uma treinanda muito participativa no módulo teórico e sempre se posicionava nos debates. Por vezes, foi criticada pelas colegas, sobretudo quando se colocava de forma mais conservadora.

Gisele, quase trinta anos, se auto-identifica como branca, evangélica, solteira, sem filhos, no momento não tinha namorado. Vivia com os pais na Baixada Fluminense, sendo a

⁷⁴ Ver Capítulo 3, tópico 3.2.3.

renda familiar \$10.000,00. Trabalhava em uma Unidade do Programa de Saúde da Família, na zona norte, em bairro próximo à zona oeste do Rio de Janeiro. Enfermeira há cerca de dez anos, com pós-graduação na área de saúde pública. Frequentou o curso por indicação de sua supervisora, informou que se interessava pelo treinamento para expandir sua qualificação profissional e contribuir à comunidade por ela atendida, além da equipe na qual está inserida. Participou ativamente do módulo teórico, com comentários e perguntas.

O Curso PAISM/Contracepção repercutiu de maneira diferente para cada uma, o que se justifica pelo tempo de experiência profissional. Para Amanda, o Curso foi bom: ela elogiou a metodologia, o planejamento, o conteúdo, mas considera que, tanto o módulo teórico como o nem o prático não contribuíram com conhecimentos relevantes. Diferentemente, para Gisele, o treinamento foi fundamental para sua prática profissional, sobretudo o módulo prático, que serviu para subsidiar a elaboração e execução de seu grupo educativo. Ela afirmou ter lido todo material oferecido.

6.1 Unidades Básicas de Saúde

Ambas as UBS estão localizadas na zona norte do município, sendo uma mais próxima à zona oeste. As duas são de fácil acesso, a primeira por estar situada em área urbanizada, em uma via de grande circulação viária, e a outra por estar inserida em uma comunidade, uma favela plana⁷⁵ parcialmente urbanizada, com casas e pequenos conjuntos habitacionais. A primeira é um Centro Municipal de Saúde, a segunda um Módulo do Programa Saúde da Família. A partir deste ponto passo a identificá-las como CMS e PSF.

O CMS funciona há mais de dez anos. As reuniões ocorreram em uma sala com duas entradas: uma interna, só para os funcionários, e outra para a população. Ali há ar condicionado; TV e vídeo; uma mesa de reuniões; quadro negro, cadeiras dispostas em

⁷⁵No primeiro dia de reunião, por questão de segurança, a enfermeira solicitou que um ACS (agente comunitário de saúde) me acompanhasse desde a entrada da comunidade até a Unidade.

círculo, além de vários aparelhos de ar-condicionado antigos, em um canto. Cartazes de cartolina, confeccionados por ex-residentes de enfermagem, um álbum seriado, produzido por uma empresa que comercializa material educativo na área da mulher constituíram o material ali utilizado.

Como o PSF nunca havia organizado grupo educativo em contracepção, a enfermeira realizou uma prática piloto, nos moldes de um grupo real, como treinamento da equipe (auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que participou, representando a condição dos usuários. A sala era ampla, bem iluminada, com as cadeiras arrumadas em círculo, um quadro branco e uma mesa. O material usado foi o álbum seriado, papel craft, lápis de cor, prótese peniana e o quadro negro.

A observação participante dos módulos teórico e prático objetivou a apreensão dos princípios propostos pelo PAISM, para a condução de um grupo educativo em contracepção. Assim, eu esperava que os grupos educativos coordenados pelas informantes fossem análogos ao treinamento, com mais similaridades do que diferenças, na medida em que compunham o conjunto de ações do PAISM, nas quais estão inseridas. No entanto, os grupos apresentaram características bastante diversas. A partir da observação etnográfica e da análise das entrevistas, os grupos educativos em contracepção foram classificados como: espaço informativo e como espaço dinâmico, o que é apresentado a seguir.

6.2 O grupo como espaço informativo⁷⁶.

As representações e os valores explicitados na abordagem dos temas, em grupos de contracepção, conduzem a constrangimentos e dificuldade para serem expostos pelas mulheres, principalmente por se tratar de assunto referente à esfera privada. Em função deste dado, no primeiro dia do Curso PAISM/Contracepção empreendido pelas informantes, as coordenadoras realizaram uma dinâmica de apresentação seguida pelo Contrato de Convivência⁷⁷ e sugeriram que tais atividades fossem exercidas pelas profissionais em seus próprios grupos. Entretanto, no grupo de Amanda, estas atividades não foram realizadas, apenas houve referência ao sigilo a respeito do que fosse dito ali.

O grupo CMS foi coordenado por Amanda e uma auxiliar de enfermagem, em três reuniões no horário da tarde. Em geral, era concluído além do horário estipulado, e o controle de frequência diário⁷⁸ das participantes era efetuado pela informante. A seguir, o modo como certas temáticas foram tratadas, de modo a evidenciar a pouca valorização de temas considerados “transversais” – como sexualidade e relações de gênero –, inclusive quando as participantes se referiram a tais assuntos.

⁷⁶ Desde os primeiros contatos com esta informante, ela sempre se mostrou solícita, porém, tendo uma postura como se eu fosse avaliar seu trabalho. E esta postura, ela manteve ao longo das reuniões, pois ela falava e olhava para mim a todo instante, talvez para verificar a minha opinião sobre o que dizia. Ao falar sobre anatomia, comentou: “*A gente orienta para as pessoas se conhecerem, as mulheres normalmente não se tocam, aqui a gente estimula para as mulheres se conhecerem.*” Tive a impressão de que ela estava falando para mim, justificando o que faz e não estimulando as mulheres a um maior conhecimento sobre seus corpos. Em outros momentos, percebi certo cuidado em ser imparcial sobre algum tema ou método. O que não posso afirmar é se esta postura é uma prática incorporada ou se esteve relacionada à minha presença

⁷⁷ Conforme apresentado no Capítulo 4, o Contrato de Convivência é uma relação elaborada pelas treinandas do que é permitido ou não no grupo, como atrasos, atendimento ao celular, comer durante a reunião etc. Este contrato, em geral, é escrito em cartolina e afixado no quadro-negro da sala aonde são realizadas as reuniões.

⁷⁸ Para a mulher obter o método ou ser encaminhada à laqueadura, e o homem à vasectomia é preciso ter uma declaração de comparecimento a todas as reuniões do grupo educativo.

6.2.1 O preço da conquista, promiscuidade e falta de higiene.

Ao abordar os métodos comportamentais, Amanda explicitou as dificuldades de algumas mulheres para empregá-los, e finalizou: “*Para tudo que se quer conquistar tem que pagar um preço*”⁷⁹. Acrescentou que as mulheres precisariam ser otimistas, pois mesmo com dificuldade de usar os métodos ou até, de participar dos grupos, algo iria contribuir ao conhecimento delas.

Ao abordar as DST, uma mulher comentou que as doenças aconteciam por falta de higiene. A coordenadora confirmou: “*principalmente as sexuais, transa com um, transa com outro sem camisinha!*”, de modo a reforçar a associação entre falta de higiene (inclusive moral?) e doença. Neste momento, outra participante relatou que sua irmã contraiu HIV do marido, o que, de alguma forma, contrariava a afirmativa anterior, uma vez que sua irmã era monogâmica. Este relato não foi objeto de escuta ou comentário, pois Amanda continuou a falar sobre os métodos.

6.2.2 A vergonha falada sem ser ouvida.

No início de uma das reuniões, ao revisar o que havia sido discutido na sessão anterior, Amanda indagou às mulheres o que tinham achado de usar a camisinha feminina⁸⁰. Elas responderam majoritariamente, com opiniões negativas ao uso. E nesse momento começaram a falar não apenas sobre a camisinha. Uma mulher declarou sentir vergonha de ficar nua na frente de seu marido, outra comentou que não gostava de sexo anal. Conversaram sobre sexo e acerca de relacionamentos. Após um tempo de escuta, Amanda interrompeu, para dar continuidade à revisão do tema anterior, quando passou a tratar dos métodos

⁷⁹O tom de dificuldade e pagamento/preço dos métodos transmite às mulheres certa visão negativa. A palavra otimismo, usada por ela, se perde em meio às dificuldades apresentadas. Essa é uma tônica em grupos de contracepção, os métodos comportamentais são desvalorizados e quase deixados em segundo plano. As observações do campo vão ao encontro dos estudos de Pougy (1998, p. 108): “a maioria dos profissionais de saúde, ao apresentarem estes métodos, opinam sobre o desconforto que implicam (ressaltando aspectos negativos), não distribuem material explicativo com linguagem clara, para consultas posteriores, resultando no esquecimento das informações porventura apreendidas.”, e ainda os de Sauthier, 2000 e Santos, 2006.

⁸⁰Na reunião anterior, como “dever de casa”, ela distribuiu preservativos femininos para as mulheres experimentarem.

comportamentais. Por fim, valorizou a transmissão da informação sobre os métodos, em detrimento do debate sobre sexualidade e gênero⁸¹.

6.2.3 Homens presentes, porém invisíveis.

Pela Lei que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, o homem que deseja realizar vasectomia deve participar de grupos educativos, geralmente mistos. No grupo coordenado por Amanda, havia dois homens nesta situação. Quando o tema vasectomia foi abordado, uma mulher comentou que se tratava de um método mais fácil para o homem, ao que Amanda reagiu: *“As mulheres precisam convencer os homens, ter bons argumentos”*. Entretanto, tais justificativas não foram citadas, assim como não foram discutidas as visões habituais sobre vasectomia ou a ideia de compartilhamento de responsabilidades reprodutivas e relações de gênero. De certo modo, em determinadas situações, os homens foram ignorados⁸², era como se eles não estivessem presentes, na sala.

6.2.4 DIU: contraceptivo ou abortivo?

Amanda afirmou, ao explicar o método DIU: *“As pessoas têm crenças errôneas, que não são baseadas cientificamente. Nós não falamos o que nós achamos, o que nós gostamos; falamos do órgão máximo, o Ministério da Saúde”*, ao se referir às pesquisas científicas

⁸¹Conforme Borges (1991), para as mulheres apenas ter acesso a informações sobre os diferentes métodos anticoncepcionais não é suficiente, é preciso saber se tal ou qual método permite ou não a ela levar a vida sexual que lhe é possível. A ausência da escuta do que o outro tem a falar, de sua singularidade e demandas torna a maioria dos atendimentos um monólogo. Silva et al. (2003) afirmam que a abordagem, nos grupos, restringe a integração entre usuário e profissional.

⁸² Em seus relatos, a informante afirma que as mulheres se sentem constrangidas com a presença de homens no grupo. Isto vai ao encontro de Pougy (1998) ao afirmar que um dos argumentos das profissionais era de que as esposas ficavam inibidas na presença dos maridos, o que encobre o despreparo pessoal e institucional para abordar, com os homens, assuntos ligados à sexualidade em grupos educativos. Este paradoxo reafirma a focalização feminina nos assuntos relativos ao campo da reprodução. Para Santos (2006) a resistência dos profissionais ao trabalho com grupos mistos coloca em questão problemas na esfera da ética profissional. Pois ao desencorajar e/ou ignorar a participação masculina nos grupos educativos de contracepção, os profissionais estão negando um direito, que em última instância, cabe a eles também garantir. Sauthier (2000) em sua pesquisa sobre a exclusão/inclusão do homem nas palestras de planejamento familiar, apresenta uma fala de um de seus informantes que retrata bem o que foi observado no grupo: “[...] nenhuma vez foi direcionada a palavra a ele ou a mim para falar alguma coisa. Era como se nós não estivéssemos ali. Os comentários eram entre as mulheres” (SAUTHIER, 2000, p. 55).

como fundamentação para as diretrizes do Ministério. Ao mostrar o DIU, questionou: “*Aí vem a discussão: o DIU pode ser abortivo? Os cientistas dizem que não. E agora cabe a cada um decidir o que acha que é aborto, rever conceitos e decidir para depois não se arrepender*”. Neste caso, parece que ela teria se apropriado da “neutralidade científica”, para se esquivar da discussão em torno do aborto ou, ao menos, investigar as opiniões das mulheres sobre este tema. E ainda ao considerar que as profissionais não expressam suas opiniões. Amanda poderia estar ocultando sua posição oposta à dos cientistas. Será que para as mulheres, os cientistas estariam posicionados na abstração, na ficção, enquanto ela estaria se remetendo à realidade? Desta forma, ela estaria indiretamente demonstrando o poder do profissional de saúde?⁸³ Sua fala indica um paradoxo: “[...] *rever conceitos e decidir [...]*”. É possível indagar se seu comentário forneceu alguma informação às mulheres sobre o método, se teria proporcionado a elas reais condições de escolha?⁸⁴

6.2.5 Direitos reprodutivos: a contradição aparente.

Em dias e situações distintas surgiram contradições referentes aos direitos reprodutivos. No primeiro momento, uma mulher comenta que gostaria de trabalhar no governo, para poder ligar as mulheres com muitos filhos, e Amanda reagiu: “*Aí você quer se meter na vida da mulher!*”, o que indicou discordância em relação à posição das mulheres, no que tange à autonomia para decidir o número de filhos. Em contrapartida, outra contou que sua ex-cunhada tinha vinte e nove anos e doze filhos, e não queria fazer a ligadura. Amanda afirmou: “*Essa tem que ligar!*”, de modo a sugerir que, no senso comum, esta poderia ser a melhor opção. Contudo, trata-se de uma visão pouco adequada para o profissional de saúde

⁸³ Nas anotações do diário de campo e nas entrevistas realizadas com esta informante, sua postura foi claramente contrária ao aborto, ela inclusive afirmou, se referindo ao módulo teórico, que se viu fora de contexto ao perceber que as pessoas eram a favor desta prática. No entanto, como vimos na apresentação do tema nuclear aborto, a maioria das treinandas, naquele momento, se mostrou contrária.

⁸⁴ Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, parece que de fato é algo distante, que pode até ser reconhecido no plano abstrato, como observamos nas entrevistas realizadas com a informante. Entretanto, na observação no campo, isto se apresentou de forma diferente e contraditória.

que atua na área de contracepção e, ainda, para quem frequentou recentemente curso sobre a questão. Em síntese, os dados da observação e das entrevistas evidenciam o impacto restrito do curso sobre a prática das treinandas. Acrescente-se o fato de a condução do grupo ter sido mais expositiva e informativa do que participativa e dialogal. Amanda pouco estimulava a expressão das ouvintes e, quando elas perguntavam alguma coisa, as respostas eram rápidas e superficiais para, em seguida, retornar ao conteúdo focado⁸⁵. No questionário e na primeira entrevista⁸⁶, Amanda valorizou as dinâmicas e a participação das presentes no grupo. No entanto, ao coordenar utilizou um enfoque mais tradicional, com ênfase na transmissão de informação sobre métodos contraceptivos o que fez com que o grupo não fosse visto como um lugar de reflexão sobre saúde, sexualidade, gênero e condição feminina⁸⁷.

6.3 O grupo como espaço dinâmico⁸⁸.

Ao contrário do grupo descrito anteriormente, neste, a coordenadora utilizou várias dinâmicas, para incentivar a participação. Seu trabalho se pautou no incentivo ao debate. Nos exemplos selecionados, alguns assuntos se repetiam, pois foram abordados de forma transversal. Optei por separá-los, para melhor ilustrar a apresentação. Foram organizadas quatro reuniões, com cerca de uma hora e meia⁸⁹ com a presença de um auxiliar de enfermagem e, eventualmente, uma agente comunitária de saúde⁹⁰. Era reservado para as

⁸⁵A auxiliar de enfermagem ficou responsável por apresentar alguns temas, enquanto ela falava, Amanda ficava com a checagem das fichas de presença das usuárias e, às vezes, complementava com alguma informação.

⁸⁶Após o término do grupo, realizei uma segunda entrevista e à ocasião Amanda relatou que, embora considerasse as dinâmicas interessantes, não eram aplicáveis em seu grupo.

⁸⁷Durante as entrevistas, ela reconhece que sua visão quanto à sexualidade, aborto e etc. está descompassada em relação ao restante do grupo de treinandas do Curso que realizou, apesar disso não demonstra a possibilidade de rever seus conceitos.

⁸⁸No primeiro dia, Gisele me recebeu com simpatia e comentou sentir-se nervosa, pois era seu primeiro grupo, e que eu poderia ficar a vontade para falar e/ou acrescentar alguma coisa. Fiquei com a impressão de que esta informante não me viu como avaliadora e sim como alguém que poderia contribuir para o desenvolvimento de seu grupo, talvez por saber que sou docente da EEAP/UNIRIO.

⁸⁹Como dito anteriormente, o grupo observado, da informante a Gisele, foi o primeiro grupo educativo em contracepção coordenado por ela.

⁹⁰Estes profissionais participavam na apresentação dos temas, assim como faziam o controle da frequência.

crianças que acompanhavam suas mães, um espaço da sala, com lápis de cor e folhas de papel em branco.

6.3.1 Início do grupo: integração para agregar conceitos

Gisele se apresentou, ao iniciar o grupo: “*sou enfermeira, não sou casada e não tenho namorado*”, o que causou descontração entre as mulheres e os homens, que riram. A seguir, abordou sexo, sexualidade, moral, religião, diferenças entre homem e mulher e declarou ser defensora do sexo com camisinha. Na dinâmica, anotava algumas palavras no quadro, a serem comentadas posteriormente. A partir das falas das participantes, oferecia informações sobre a eficácia dos métodos e comentava casos de uso de contraceptivo. Ao encerrar o primeiro dia, Gisele sintetizou o que havia sido discutido e os temas a serem tratados nos próximos encontros, quando propôs a criação do Contrato de Convivência⁹¹.

Em certos momentos, ao discorrer sobre o PF, explicitou – ainda que de modo indireto – o conceito de direitos sexuais e reprodutivos: “*O planejamento não é para quem quer evitar e sim planejar [...] nosso objetivo é fornecer a possibilidade de escolha, nós vamos ajudar, mas quem decide são vocês*”. No último encontro do grupo, após a discussão a respeito do o tema do dia, concluiu: “*Agora vão para casa e conversem com seus parceiros e parceiras para decidirem qual método que vão adotar e informem na consulta individual que será marcada*”. Esta fala evidencia a incorporação, na prática, do conceito de direitos.

⁹¹O Contrato foi feito. Na segunda reunião, ela reforçou o que havia sido realizado e nas seguintes, manteve a cartolina em exposição, na parede, para reforçar o compromisso do grupo com as “regras” elaboradas por eles.

6.3.2 Homens presentes e participativos

Na dinâmica de apresentação, um homem declarou ter dois filhos, desejar a vasectomia e não ser fã da camisinha. Gisele perguntou: “*O que vocês estão usando?*”, ao que ele respondeu que não usava nada, e sim, sua mulher. A informante comentou: “*O método é do casal*”, em alusão à responsabilidade masculina no controle reprodutivo.

Na sessão sobre fisiologia, um homem perguntou se a mulher pára de transar na menopausa. Gisele respondeu que outros fatores, além do fisiológico, influenciam o desejo sexual, como o relacionamento do casal e as diferenças entre homens e mulheres, e finalizou, sorrindo: “*Os homens, quando brigam com as mulheres, logo querem transar sem problemas, e as mulheres não, tem que estar tudo resolvido primeiro!*”. Todos riram e houve brincadeiras entre eles.

Ao encerrar o primeiro dia, assim como no último, a agente comunitária de saúde parabenizou os homens por sua participação no grupo⁹².

6.3.3 Apresentação dos métodos: velhos e novos olhares.

No terceiro encontro, Gisele anotou no quadro os dias do mês, e indagou quais os métodos naturais de contracepção conhecidos pelo grupo, sendo uma resposta, negativa acerca da tabela. Em seguida, afirmou: “*Vamos falar do grande temor das mulheres, a tabela, mas não é nenhum bicho de sete cabeças, só precisa fazer umas contas e se conhecer*”. A partir dos comentários, Gisele buscou desconstruir as representações negativas associadas ao método, ao considerar que não era um “*bicho de sete cabeças*”. O auxiliar de enfermagem valorizou este método, como forma de auto-conhecimento do corpo, e citou sua importância, quando se deseja engravidar⁹³. Deste modo, a partir da exposição sobre a fisiologia, de forma

⁹²Esta equipe ao receber bem os homens presentes, acaba por estimular a participação destes e de outros através da divulgação boca-boca

⁹³De qualquer forma, esta postura vai ao encontro com o que apresentamos em relação à visão dos profissionais sobre os métodos comportamentais (SANTOS, 2006; SAUTHIER, 2000; POUGY, 1998).

encadeada e contando com participação dos presentes, os métodos comportamentais e hormonais foram contemplados.

6.3.4 Camisinha, erotismo e (in) fidelidade.

Ao focar os métodos de barreira, Gisele brincou com os homens, perguntando: *“Quem vai demonstrar como se coloca a camisinha?”* Em reação, riram e uma participante mulher foi designada para efetuar a demonstração. A coordenadora discorreu acerca da erotização, sobre as maneiras de colocar com a boca, as vantagens da camisinha feminina, do diafragma e, também, sobre o DIU. Houve descontração no grupo, com comentários e esclarecimento de dúvidas. Gisele e o auxiliar de enfermagem atendiam às demandas e respondiam atenciosamente.

Gisele ao falar sobre o uso camisinha levantou a questão: *“Parceiro fixo é sinal de segurança?”*, a princípio, mantiveram-se em silêncio. Pouco depois, os homens e as mulheres falaram livremente sobre a camisinha, fidelidade e, conseqüentemente, a respeito das relações de gênero. Assim como no outro grupo, uma mulher comentou sobre uma conhecida, que contraiu o HIV do marido. No entanto, neste caso a coordenadora se posicionou: *“É preciso conversar! E usar ou não camisinha é uma decisão do casal”*. Um homem indagou se ela usaria o preservativo se fosse casada, e ela reiterou sua opinião: seria uma decisão do casal. Esta situação – como outras – evidencia que não houve separação entre o profissional, “senhor da verdade”, e o “paciente ignorante”, pois todos expressavam suas opiniões e dúvidas.

6.3.5 Para além da anatomia: o conhecimento do corpo

O tema do dia era anatomia. Gisele cumprimentou o grupo com um bom dia, e solicitou que respondessem rápido: “*Quantos buracos temos entre as pernas?*”. Dividiu o grupo em dois, para que desenhassem o corpo masculino e o feminino. O grupo brincava, falava alto e ria, durante a atividade. Alguns permaneceram sentados nos colchonetes, enquanto outros em suas cadeiras. Gisele pediu para escreverem os nomes nos órgãos desenhados, se agachou próximo aos papéis e usou um álbum seriado para explicar o corpo masculino. Demonstrou a diferença anatômica entre homens e mulheres, a importância de conhecer o próprio corpo e pediu que os participantes olhassem para o próprio corpo e para os de seus parceiros/as.

A partir dos desenhos, ela passou à ligadura de trompas e à vasectomia, sempre reforçando a idéia de se tratar de escolha individual, frente aos métodos irreversíveis. Portanto, a decisão pessoal era imprescindível, ressaltando a dificuldade de reversão da cirurgia na rede pública. A partir da anotação no quadro, do número da Lei do Planejamento Familiar, explicitou os critérios para sua realização, e ofereceu a cópia da Lei à turma⁹⁴.

É possível afirmar que o desenvolvimento do grupo de Gisele foi participativo e dialogal, as dinâmicas propiciaram interação entre os participantes e estímulo à troca de opiniões. Neste caso, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos foi incorporado ao modo de funcionamento do grupo. As questões referentes ao gênero e à sexualidade permearam todos os temas apresentados e discutidos. Houve integração entre os membros da equipe e

⁹⁴Artigo 10 da Lei do Planejamento Familiar: é permitida a esterilização voluntária em: “[...] homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com 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 a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce” (BRASIL, 1996). O que a Lei quer dizer com a palavra precoce? A noção de precoce dá margem a interpretações variadas e subjetivas, por exemplo, em determinadas regiões e/ou classe social parir aos vinte anos pode ser considerado gestação tardia, em outra, aos quinze anos ideal etc. Os critérios são definidos para garantir direitos e justamente evitar arbitrariedades por parte de instituições e profissionais de saúde. Na observação de informantes em dois grupos no módulo prático e nos três grupos coordenados por informantes, dois apresentaram a Lei, no entanto, um deles a referiu como Lei da Ligadura. Esta lei regulamenta o planejamento familiar como um todo, porém na prática ela veio para “ordenar” a esterilização voluntária. A meu ver, como esta visão é apresentada por parte dos profissionais, faz com que a população desconheça, na íntegra, seu conteúdo ou a conheça de forma parcial e/ou equivocadamente.

entre esta e os usuários, o que pode ser justificado pelo fato de se tratar de uma Unidade do PSF. Comparativamente, Gisele foi mais “beneficiada” do que Amanda, uma vez que nesta modalidade de atenção, todo profissional acaba por conhecer cada usuário, seu nome⁹⁵, seu endereço, profissão – o que significa que a relação entre o profissional e o usuário é facilitada.

Os homens foram inteiramente incorporados ao grupo⁹⁶ o que pode ser explicado pelo fato de a coordenação contar com a presença de um auxiliar de enfermagem do sexo masculino. Porém, certamente a postura de Gisele contribuiu e, mais ainda, determinou para a boa qualidade da interação dos homens no grupo⁹⁷.

6.4 Informativa e dinâmica: marcas da experiência e da geração.

Vários fatores podem caracterizar as diferenças entre Amanda e Gisele no que concerne o desenvolvimento de seus grupos educativos. Destaco dois aspectos marcantes: a faixa etária e a experiência profissional. Amanda possui o dobro da idade de Gisele, o que pode induzir à assertiva de que elas carreguem distintas visões de mundo e, em especial, diferentes percepções sobre sexualidade. Neste caso, é possível que a demarcação da diferença esteja associada, entre outros aspectos, a um “*ethos* geracional”, uma vez que, em seus depoimentos Gisele faz referência à suas visões sobre sexualidade pautadas em sua orientação religiosa evangélica, no entanto ao se referir ao exercício da sexualidade dos usuários dos serviços de saúde, ela afirma ter uma postura profissional flexível, frente a esta questão.

⁹⁵ Talvez por isso, na apresentação, não fizeram crachás ou outro meio para identificá-los, conforme recomendado.

⁹⁶ A participação de homens em grupos de planejamento familiar é relativizada por Marcondes (1999). Afirma que “anexar” homens nestes grupos e recebê-los com abordagem biomédica acerca de saúde reprodutiva, sexualidade e relações de gênero, não altera as desigualdades entre homens e mulheres neste campo. A partir de um projeto de pesquisa-ação e abordagem relacional de gênero, Marcondes (1999) e Lopes et al. (2001) apresentam uma experiência de grupos de homens, que se reuniam para discutir assuntos como masculinidade, paternidade, sexualidade dentre outros do campo da saúde sexual e reprodutiva.

⁹⁷ Em entrevista, Gisele comentou sobre a participação masculina em seu grupo: “[...] o fato de ter homens no grupo, acho que foi muito enriquecedor. De repente, se o grupo fosse só de mulheres, a gente continuaria falando na mesma naturalidade, mas é, eu acho, homem dentro do grupo que deu uma incrementada, foi muito interessante [...]”.

A experiência profissional, ao invés de facilitar a incorporação das questões tratadas no curso, parece operar, neste caso, como entrave à inclusão do “novo”. Para que isto ocorra, seria necessária uma transformação estrutural no grupo já implantado (disposição do espaço físico, recurso material, duração dos encontros e etc.). Para Rosas (2002, p. 95), “os profissionais de saúde preocupam-se em transmitir temas já pré-estabelecidos, uma forma que possuem para organizar suas atividades cotidianas”. Gisele, mais jovem, com pouca experiência profissional, sem frequência prévia a algum curso no Espaço Mulher, sem vivência de coordenação de grupo educativo em contracepção, implantou o seu, nos moldes preconizados pelo curso. Um fator, dentre tantos outros, capaz de contribuir para o desempenho de Gisele, está relacionado ao perfil da Unidade de Saúde em que trabalha – PSF. No entanto, uma característica fundamental para operacionalizar as mudanças das práticas, independente da experiência profissional, da geração, do local de trabalho, consiste na disposição individual para mudanças.

Na interação entre profissional de saúde e usuário, uma possível transformação destina-se à postura, à disponibilidade para ouvir o outro (no caso, a usuária) e estimulá-lo a se expressar. Considerar e reconhecer que ambos possuem distintas inserções sociais e, portanto, outros saberes, valores e representações, podem influenciar no resultado do processo pedagógico⁹⁸ e, por conseguinte, na qualidade da atenção.

⁹⁸Sem aprofundar a discussão, arrisco-me a fazer uma comparação com os trabalhos de Basil (1974,1980), Ropa e Duarte (1985) ao discutirem a utilização da prática psicoterápica em grupos populares. Caretta (2002) discute também questões acerca do atendimento às classes populares, porém no campo da AIDS. Estes autores afirmam que, em geral, os profissionais, por serem de diverso estrato social relativamente à população que atendem, têm sistemas de fala ou códigos lingüísticos diferentes, que resultam em distinções de papel, que de alguma forma, implicam no resultado do processo terapêutico. No caso desta tese, a implicação se dá no resultado do processo educativo.

6.4.1 Dois grupos e o silêncio: aborto e violência doméstica

Aborto e violência doméstica foram temas bastante debatidos no módulo teórico do curso, mas não constituíram objeto da atenção em nenhum dos grupos. Os argumentos apresentados pelas informantes se distinguiram: por exemplo, Amanda comentou já ter abordado o aborto, sem resposta das mulheres:

[...] no encontro anterior a gente chegou falar em aborto, mas ninguém abre a boca, ninguém diz nada, elas da parte delas nem perguntam, nem comentam nada sobre o aborto, eu percebo isso. Você tem que fazer alguma pergunta para elas, bem direcionada, e estimular e insistir para que elas digam alguma coisa, de um modo geral elas não dizem, não sei por que, nem dizem que fez e nem que não fez. Agora pelo número de filhos acho que não tão praticando tanto o aborto, não [...] a gente fala: é melhor a gente ter que pensar antes, usar o método pra não ter que fazer um aborto, desesperadamente depois! [...] e elas não falam nada (Amanda).

A recusa em falar sobre o assunto pode estar articulada à maneira de condução do grupo e com a restrição de espaço para exposição das opiniões. Como falar sobre um evento passível de ter ocorrido, se a tônica do discurso da profissional é a prevenção? Neste caso, é provável que a mulher, que já fez ou cogitou em realizá-lo, não desejará se expor. O argumento de Gisele acerca da violência doméstica, por exemplo, se baseia na dificuldade de tratamento de muitos temas em pouco tempo. Assim, prefere aprofundar um assunto, sob demanda do grupo:

Por exemplo, aqui no grupo que eu fiz, não aconteceu, nesse primeiro grupo de rolar a coisa em relação à violência contra a mulher. Mas, aí eu entendi que não necessariamente isso tem que aparecer no grupo. Eu tenho é que estar preparada e se aparecer, eu vou discutir. Então, eu comecei a ver quando passei pela prática, que vai depender das pessoas que formam o grupo (Gisele).

A explicação parece coerente, pois, a partir da observação e das entrevistas, Gisele não demonstrou dificuldade em analisar certos temas. No entanto, assuntos com representações marcadas socialmente pelas relações de gênero, por questões morais, legais, que se configurem como problemas de saúde pública, devido à sua magnitude na sociedade brasileira, talvez merecessem espaço para informação, debate e reflexão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para responder às questões levantadas neste estudo, empreendi observação participante e entrevistas. O material etnográfico evidenciou que os informantes, ao menos em duas situações – no módulo teórico e na execução do grupo educativo –, explicitaram posturas e relatos diferenciados, em dois distintos momentos: quando estavam a sós e em grupo. Becker (1999, p. 54, 55) aponta, como uma alternativa para avaliação da confiabilidade, considerar cada informação obtida como válida, e utilizá-la de forma relativizada, no que tange às variadas conclusões. Cabe acrescentar outro aspecto importante: o conhecimento das formas de identificação do pesquisador, pelo grupo, se há entendimento de sua presença e de seus objetivos, naquele contexto. Ao longo do trabalho de campo foi possível perceber que fui aceita pelas treinandas. De fato, este dado não eximiu o enfrentamento de dificuldades, ao abordar certos temas na entrevista. Entretanto, por vezes, as entrevistadas se expressaram de forma incipiente, inclusive depois de estimuladas a ampliar seus relatos.

Todo o trabalho de campo (a observação do módulo teórico e prático do curso, a realização das entrevistas e a observação dos grupos educativos em concepção, coordenados pelas informantes) foi empreendido no período de treze meses. A não efetivação do módulo prático e o não desenvolvimento/implantação dos grupos educativos, por algumas treinandas, consistiu em entrave significativo no processo de composição do grupo de informantes para a realização deste estudo⁹⁹. Os motivos apresentados foram: remanejamento para outra atividade, mudança de Unidade de trabalho, falta de insumos e de estrutura física, troca de emprego, entre outros. A justificativa mais freqüente se referia à estrutura institucional, que expõe uma desarticulação entre o nível central (Gerência do Programa da Mulher) e o local (Unidades Básicas de Saúde), pois a maioria das treinandas, após conclusão do curso, nem sempre contou com as condições e/ou apoio adequados à realização do

⁹⁹Como informação complementar, até janeiro de 2008, das onze informantes, seis não haviam desenvolvido/implantado seus grupos educativos.

trabalho. Tanto pela formação pautada nos saberes biomédicos quanto pelo suporte das ciências sociais e humanas, as enfermeiras e assistentes sociais, respectivamente, poderiam ter apresentado um discurso diferenciado em relação aos temas nucleares aqui tratados. No entanto, não houve distinção substancial, seja por categoria profissional, por idade, seja por orientação religiosa.

De acordo com os relatos das informantes, a mudança de visão sobre alguns temas, a aquisição de novos conhecimentos e a possibilidade de transformação de suas práticas foram as principais contribuições do curso. De certa maneira, o curso propiciou ao grupo – ainda que parcialmente – um processo de reflexividade, o que significa a emergência contínua de indivíduos, coletividades e instituições de reflexão sobre suas condições de ser e viver, de rever as práticas e os discursos acerca destas, e em torno das possíveis conseqüências. Tal processo integra a modernização da sociedade. (GIDDENS, 1995; BECK, 1995 e DOMINGUES, 1999 apud BONAN, 2005, p.95).

Na introdução desta tese indaguei se os profissionais, ao desenvolverem as ações educativas, incorporam e problematizam questões, acerca da sexualidade e dos direitos reprodutivos, entre outros assuntos abordados e discutidos no curso. Tal questão não pôde ser respondida amplamente, uma vez que acompanhei apenas a coordenação de três informantes. Conforme citado, naquela fase da pesquisa, foi levada em conta somente a observação de dois grupos educativos. Com base no material, é possível responder tanto positiva quanto negativamente, na medida em que incorporar e problematizar tais questões depende de variados fatores, que se encontram localizados para além da realização de um curso. Trata-se de questão complexa, perpassada por valores culturais, geracionais e individuais.

Este estudo comprovou restrito conhecimento dos termos direitos sexuais e reprodutivos, por parte das informantes, provavelmente devido ao fato de não ter sido assunto discutido como tema de aula no curso, apesar de estar presente no discurso das

coordenadoras, mas de forma pulverizada. No entanto, a partir de estímulo à expressão das informantes, elas citaram a autonomia e a liberdade. Os direitos foram entendidos como decisão, escolha por métodos contraceptivos, opção pelo parceiro sexual e acesso à informação e/ou orientação quanto à prevenção de DSTs e/ou contracepção. Para a maioria das informantes, conteúdo dos direitos reprodutivos abarca prioritariamente o planejamento do número de filhos, no que tange à contracepção. Temas como aborto, esterilização e o debate em torno da medicalização do corpo feminino e o uso abusivo de tecnologia não foram contemplados pelas informantes.

De forma geral, as entrevistadas compreendem *direitos sexuais* como sinônimo de *direitos reprodutivos*. Contudo, a partir da solicitação de separação entre os conceitos, elas demonstraram entendimento da diferença, com ênfase no respeito à opção sexual. Questões como qualidade do sexo, liberdade de não desejar sexo, atividade sexual nas distintas fases da vida quase não foram citadas. O não preconceito relativamente a determinadas práticas sexuais; o respeito em relação à homossexualidade e a importância de uma orientação sobre o método contraceptivo sem indução da escolha foram os principais aspectos levantados pelas informantes para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. A orientação/informação sobre prevenção de DSTs, sexualidade; contracepção; conhecimento do corpo e, com menor frequência, informação e acesso aos recursos legais para a conquista dos direitos integraram a pauta de temas abordados pelas informantes. *Respeito, ajuda e compreensão* foram termos muito usados, ao se tratar da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial, no que tange ao aborto e à homossexualidade.

O tom dominante, nos discursos das informantes, restringiu-se ao domínio de ações informativas no âmbito da prevenção de doenças e gravidez e à esfera 'humanitária' do respeito à escolha individual, à compreensão e tolerância, em uma retórica próxima ao

discurso da moral religiosa cristã de acolhimento ao pecador. Estes discursos pressupõem uma prática passível de análise a partir dos marcos religiosos e biomédicos (BONAN, 2005, p.99).

Direitos sexuais e reprodutivos, reconhecidos como direito humano, portanto direito social e não somente privado (CORRÊA E PETCHESKY, 1994; PETCHESKY 2000), não foi referido pelas informantes. Consideramos que estes devem ser reconhecidos como direitos humanos, no mesmo patamar dos direitos sociais e econômicos (Petchesky, 2000). De acordo com Rosas (2005), “parcela importante de médicos (as) e demais profissionais de saúde não reconhecem os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos fundamentais” (p. 18).

Cabe acrescentar que, ainda mais difícil é o reconhecimento dos direitos sexuais. Porém ambos os direitos devem ser assegurados pelo Estado, em última instância, pelos serviços e profissionais de saúde, que são seus representantes frente à população. Este mesmo autor reforça que, através da ação ou omissão dos profissionais, pode-se respeitar ou violar os direitos sexuais e reprodutivos.

A sexualidade está contida no campo das relações e não diz respeito apenas ao sexo, de acordo com as informantes, que afirmam que sexualidade é saúde, bem-estar, beleza, a forma de se relacionar com as pessoas. Assim, elas recusam a articulação entre sexualidade e sexo. Em concordância com Heilborn (1999), sexualidade não é sinônimo de atividade sexual, e o valor a ela atribuído é diferenciado. A caracterização da sexualidade como relacional e instância para além do sexo, expressa uma marca típica do gênero feminino. Provavelmente, este cenário seria distinto, no caso de participação de homens no grupo de informantes desta pesquisa.

No que se refere ao aborto, questão nuclear acerca da reprodução, o discurso predominante foi revelador pelo posicionamento contrário a sua prática, de forma geral, via argumentos de natureza religiosa. A ambivalência, a relativização, ou até mesmo a

flexibilidade frente ao tema fizeram-se presentes nos discursos de algumas informantes, ao se referirem ao risco a que as mulheres se expõem, pela proibição deste procedimento. Deduzem ser preciso rever a legislação, para ampliar os casos permitidos por lei, além de ser problema de saúde pública. Vale ressaltar que essa relativização em torno do aborto foi expressa, sobretudo, em entrevistas no espaço privado, enquanto no módulo teórico, houve posicionamento mais uniforme.

Os discursos demonstraram uma postura contraditória, no que se refere aos nexos entre religião e sexualidade¹⁰⁰. Para Duarte (2005, p.137) esta contradição é característica da visão de mundo ocidental moderna e:

[...] implica uma certa maneira de perceber compreender os fenômenos de nossa vida e, sobretudo, de imaginar que podemos perceber e compreender os fenômenos de nossa vida e, sobretudo, de imaginar que podemos perceber e compreender os fenômenos das outras culturas (DUARTE, 1999, p. 22).

A princípio, esta visão, por um lado, se apresenta através de uma representação convencional da religião como dimensão antiquada, e, por outro, em sentido diverso para sexualidade, como esfera contemporânea e significativa da subjetividade. A narrativa de Isadora sobre o aborto ilustra esta antinomia:

Pra mim, quer dizer, eu, eu, eu sou, *eu sou uma pessoa de formação católica* [...] *É, é eu tenho uma, assim, um sentimento muito grande* [silêncio] *religioso de negação do aborto, ainda que eu entenda que como saúde, em termos de saúde pública a gente precisa ter um olhar diferente, um cuidado com as pessoas que não têm condição de pagar realmente pra fazer um aborto e acabam se submetendo às várias práticas, aí acabam muitas vezes morrendo, né? Mas, quer dizer, pra mim, fica difícil* (Isadora). (Grifo meu).

Duarte (2005, p. 141), ao abordar a complexidade do fenômeno da religião nas sociedades modernas, afirma que o seu sentido se estrutura em três dimensões: “a da religião” como identidade ou pertencimento; “a da religiosidade” como adesão, experiência ou crença e a “do *ethos* religioso” como uma disposição ética ou comportamental, associada a um

¹⁰⁰ Sobre a relação sexo/sexualidade e religião/religiosidade e moralidade, ver Duarte (1987).

universo religioso. Não foi possível, neste trabalho, investigar as possíveis esferas estruturantes da aceção religiosa das informantes, mas alguns relatos permitem afirmar o posicionamento dos seus discursos em proximidade com a dimensão do *ethos* religioso.

Por meio do material etnográfico, identifiquei a opinião preeminente contrária ao aborto e sua categorização como crime. Uma diferença se apresenta, quando a maioria exprime certo cuidado na abordagem do tema, ao buscar demonstrar a necessidade e/ou intenção de separar opinião pessoal de atuação profissional. Ao tratar do tema, as informantes evocavam inicialmente suas orientações religiosas como justificativa de seus pontos de vista, de modo a enfatizar a necessidade de respeitar e atender a mulher, que aborta sem discriminação, – separar “o pecado do pecador”. Esta ética cristã de acolhimento e tolerância à liberdade individual, evidenciada nos discursos em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, está intimamente vinculada ao *ethos* religioso, uma vez que tais verbalizações se apresentaram independentemente das diferentes posições religiosas das informantes. Como hipótese, a idéia de ser possível a articulação entre este *ethos* e o discurso dos direitos sexuais e reprodutivos. Em outros termos, embora apresentando uma retórica fundada nos valores cristãos (tolerância, compreensão e acolhimento), sem uma clara posição política na esfera dos direitos, pautada nas discussões dos organismos internacionais e acadêmicos, ou até não (re)conhecendo alguns direitos, em geral, as informantes apresentam um discurso próximo do respeito, e aquelas que acompanhei na prática, atuam com uma postura parcial de respeitabilidade aos direitos.

Ao serem indagadas sobre o PAISM, tanto antes do início do curso como depois (questionário e entrevista), todas informantes se expressaram de forma generalizada, com conhecimento superficial. Os marcos históricos, o quadro jurídico e normativo não foram mencionados, nas entrevistas nem na observação participante. O conhecimento parcial das depoentes sobre o PAISM pode ser explicado por não ter ocorrido a efetiva implantação do mesmo, apesar de sua existência há mais de 20 anos. Pougy (2001), em análise sobre o

PAISM na Reforma Sanitária, afirma que o que prevalecia nos serviços de saúde era a visão do programa como política de oferta de tecnologia contraceptiva, e não como programa de atenção integral à saúde¹⁰¹. Ações pontuais e regionalizadas são indicadas, como no caso do município do Rio de Janeiro. Enfim, em concordância com Souza (2005), é possível afirmar que os termos de formulação política em atenção à saúde da mulher são de vanguarda; porém, o grande desafio está em efetivá-la.

Em relação à metodologia utilizada para a abordagem dos temas, os relatos das informantes valorizaram a forma participativa e problematizadora, através de uma modalidade de apresentação, na qual o conteúdo estaria sempre ilustrado por exemplos práticos do cotidiano profissional. De fato, vale ressaltar, conforme citado anteriormente, que em duas ocasiões no início do curso, foi comentado que ele objetivava a reflexão e a mudança das práticas. Portanto, talvez os aprofundamentos teóricos não fossem necessários. Houve certa coerência nesta afirmação, pois dos quatorze textos poucos foram lidos e continham referência bibliográfica completa, além da restrita menção das coordenadoras a respeito da importância da leitura dos mesmos. Estes dados evidenciam certa desvalorização do conhecimento teórico, sendo atribuída preeminência ao conhecimento vivido, propiciado pelas vivências e experiências relatadas pelas treinandas, ao participarem das dinâmicas. Deste modo, este cenário colaborou para o escasso interesse pelo material de suporte teórico disponibilizado, pois a maioria das informantes, ou não o leu ou o fez parcialmente.

A valorização da subjetividade dos valores e representações, das experiências e vivências pessoais no lidar com questões referentes à temática do curso, - pela idéia de que as mudanças de atitude devam vir de “dentro” para “fora”, - em paralelo à pouca ênfase na teoria e em discussões mais substantivas, apresenta vantagens. Entretanto, é possível considerar que, justamente esta tônica na experiência, como uma “pedagogia do vivido”, acarreta abordagem

¹⁰¹Ávila (1995), em trabalho sobre a implantação do PAISM no Recife, comenta que efetivamente esta não ocorreu. Esta análise também se dá com Osis (1998, p. 31), ao citar os estudos de Costa (1992); Hardy et al. (1991, 1993).

mais afetiva ou sentimental (compreensão, tolerância, acolhimento), vinculada ao *ethos* cristão. Trata-se de uma hipótese a ser mais discutida e aprofundada, em pesquisas posteriores.

A interação entre aspectos históricos e conceituais, no campo de saberes e de práticas debatidas no curso, é fundamental. Como afirma Oshiro (1988), muitos profissionais têm interesse em desenvolver práticas coerentes, porém, ao assumirem propostas inovadoras para a prática educativa, esbarram no trabalho cotidiano e nem sempre dão atenção aos fundamentos teórico-metodológicos dessa mesma prática, “[...] outros, ainda, têm vontade política e não sabem como transformá-la em práticas de trabalho e de vida” (p. 2, 3). A adequação da articulação entre os saberes nativos e os teóricos constitui o grande desafio dos que estão envolvidos na qualificação de profissionais de saúde.

A reflexividade em torno da sexualidade e da reprodução está presente na esfera institucional central (Espaço Mulher) e surge na administração de cursos. As coordenadoras do curso estimulam a reflexão, a partir de discussões de casos do cotidiano dos serviços e verbalizam a intenção de propiciar a reflexão e mudança de práticas profissionais na atenção à mulher, na esfera da sexualidade e reprodução. No entanto, este estudo demonstrou que, para as informantes de Unidades Básicas de Saúde, a reflexividade é incipiente, provavelmente pelo acesso restrito à “modernização social e cultural; os debates internacionais sobre população, desenvolvimento, direitos humanos e das mulheres, etc.” (BONAN, 2005, p.96, SIQUEIRA, 1992, p. 105). Este distanciamento deve ser considerado pelos que estão envolvidos em capacitação de profissionais de saúde, mesmo sabendo que discutir e/ou transmitir tais debates não significa garantia de um processo de reflexão e de transformação das opiniões e práticas.

Grupos sociais organizados, como ONGS, feministas, homossexuais, acadêmicos, profissionais de saúde, entre outros, almejam um novo marco cognitivo e a construção de uma configuração de poder social e simbólico no campo sexual e reprodutivo. O marco cognitivo emancipatório se estrutura no reconhecimento do:

[...] direito de toda pessoa à *autodeterminação* sobre seu corpo, sexualidade e reprodução (que inclui liberdades, acesso a recursos sociais e simbólicos e integridade corporal), ao *reconhecimento* de sua capacidade de ética e política e à *não-discriminação* (BONAN, p.101, grifo da autora).

Os profissionais que atuam nos grupos educativos em contracepção são atores sociais que podem/devem contribuir à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, para que se alcance a tão proclamada noção de integralidade em saúde. No entanto, para isto é preciso que as práticas sejam estruturadas segundo o marco cognitivo emancipatório, no sentido de evitar a manutenção de desigualdades sociais e de gênero, principalmente no que tange às questões da sexualidade e da reprodução. Este desafio está posto aos gestores da atenção à saúde da mulher e aos órgãos de formação em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, José 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)

ÁVILA, Maria. B. Direitos reprodutivos: o caos e a ação governamental. In: CORRÊA, Sônia; ÁVILA, M.B. *Os direitos reprodutivos e a condição feminina*. Recife: SOS Corpo, 1989.

_____. *PAISM: um programa de saúde para o bem estar de gênero*. 2. ed. Recife: SOS CORPO, 1995.

ÁVILA, Maria B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Population Concil, 1999. p. 70-103.

ÁVILA, Maria B.; GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumarã: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p. 160-172.

BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michele. Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision. In: _____. (Org.). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Inserm, 2002. p. 115-162. (Questions en Santé Publique)

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROSO, Carmen L. de M. Saúde da mulher e educação sexual. In: PINOTTI, José A.; FAÚNDES, Aníbal (Org.). *A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil*. São Paulo: Manole, 1988. p. 117-137.

BARROSO, Carmen L. de M.; BRUSCHINI, Cristina. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, ME. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes: ABRASCO, 1989. p. 223-240.

BARSTED, Leila L. Conquistas da sexualidade no campo do direito. *Sexualidade – gênero e sociedade*, Rio de Janeiro, ano XII, número especial 23/24/25/, out. 2005.

_____. Lei e realidade social: igualdade x desigualdade. In: BARSTED, Leila L.; HERMANN, Jaqueline. *As mulheres e os direitos humanos: traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero*. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001. p. 27-42.

BECKER, H. *Método de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (*Demography and Health Survey*). *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*: 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/DHS, 1997.

BERNSTEIN, Basil. A socio-linguistic approach to socialization: with some reference to educability. In: _____. *Class, codes and control: primary socialization, language and education*. London: Routledge & K. Paul, 1974. p.143-167.

_____. Relativização da psicanálise: classe social, sistemas de fala e psicoterapia. In: FIGUEIRA, Sérvulo (Org.). *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1980. p. 230-245.

BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da esterilização feminina. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah. (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 113-126.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, p. s441-s453, 2003.

_____. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 74, mar. 2006. p. 11-15.

BLANCHET, Alain; GOTMAN, Anne. A análise dos discursos. In: _____. *A enquete e seus métodos: a entrevista*. Tradução de Greice Menezes. Revisão técnica de Maria Luiza Heilborn e Michel Bozon. Paris: Nathan, 1992. Mimeografado.

BOARETO, M. C. Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: COSTA, Ana M.; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (Org.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p. 215-226.

BODSTEIN, Regina, C. Aspectos políticos-ideológicos da educação em Saúde. In: 37ª REUNIÃO DA SBPC-SIMPÓSIO SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS, SAÚDE E CIDADANIA. Belo Horizonte, 1985.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORGES, Sherrine M. Assistência integral à saúde da mulher e os serviços de básicos de saúde: a relação profissional de saúde/mulheres. In: SAÚDE E DIREITOS DA MULHER, 8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Local. CONFERÊNCIA NACIONAL SAÚDE E DIREITOS DA MULHER. Brasília, 1986.

_____. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 284-289, abr./jun. 1991.

BONAN, Cláudia. *Reflexividade, sexualidade e reprodução: encruzilhadas das modernidades latino-americanas*. Berlim: Iberoamericana, 2005. p.89-107.

_____. *Reflexividade, sexualidade e reprodução: processos políticos no Brasil e no Chile*. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia)-Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BOZON, Michel. Introdução. In: _____. *Sociologia da sexualidade*. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANDÃO, Carlos R. *O que é método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. In: BRASIL. Senado Federal. **Legislação Republicana Brasileira**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9263.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

_____. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação Social, 1990.

_____. Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher*: bases de ação programática. Brasília, DF: Centro de Documentação da Saúde, 1983a.

_____. _____. *Assistência integral à saúde da mulher*: bases para uma prática educativa. Documento Preliminar. Brasília, DF: INAN, 1983b. Mimeografado.

_____. _____. *Planejamento familiar*: manual do gestor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. *Política nacional de atenção integrada à saúde da mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: COSAC, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

_____. _____. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Doenças sexualmente transmissíveis (DST)*: manual de bolso. Brasília, DF, 2005a.

_____. _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. *Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento*: norma técnica. Brasília, DF, 2005c.

_____. _____. *Direitos sexuais e reprodutivos*: uma prioridade de governo. Brasília, DF, 2005b.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. de. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. 1990. 128f. (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

CARNEIRO, Fernanda; AGOSTINI, Márcia. *Oficinas de reflexão: espaços de liberdade e saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF, 2000. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

COOK, R. J; DICKENS, B. M; FATHALLA, M. F. *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and law*. New York: Oxford University Press, 2003.

CORRÊA, Marilena. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: LOYOLA, M. Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.

_____. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

CORRÊA, Sônia. *Gênero: reflexões conceituais, pedagógicas e estratégicas. Relações desiguais de gênero e pobreza*. Recife: SOS-CORPO, 1994.

CORRÊA, Sônia; ÁVILA, Maria B.. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003. p. 17-78.

CORRÊA, Sônia; CAMURÇA, Sílvia; XAVIER, Dulcinéia. Introdução. SEMINÁRIO DE METODOLOGIA DE PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, 1988, Olinda. Relatório. Olinda: SOS CORPO, 1988.

CORRÊA, Sônia; PETCHESKY, Rosalind. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In: GITA, S.; GERMAIN, A.; LINCOLN, C. (Org.). *Population policies reconsidered health, empowerment and rights*. Boston: Chen, 1994.

COSTA, Ana Maria. *Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis?: uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil*. 2004. 190f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

_____. Desenvolvimento do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335.

_____. Metáforas do desejo: a esterilização como processo de defesa. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 3-13, jan. /mar. 2003.

_____. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 2, 1996.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela L. Saúde da Mulher na reforma sanitária. In: COSTA, Ana Maria; MERCHÁN-HAMANN, Edgar; TAJER, Débora (Org.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. p. 181-202.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar, 2006.

COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, Nilson do R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cadernos do Cedes*, São Paulo, n. 4, p. 5-27, 1987.

DINIZ, Simone. *Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: o caso da episiotomia no Brasil*. Disponível em: <<http://www.clam.org.br>>. Acesso em: 15 dez. 2005.

DONANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUARTE, Luiz Fernando D.. Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: HEILBORN, M. L.; DUARTE, L. F. D.; PEIXOTO, C.; BARROS, M. L. de (Org.). *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 137-176.

_____. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 21-30.

_____. Pouca vergonha, muita vergonha: sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas. In: LEITE, José S. L. *Cultura e identidade operária*. Rio de Janeiro: Museu Nacional; São Paulo: Marco Zero: Proed, 1987. p. 203-226.

_____. A sexualidade nas ciências sociais: leitura crítica das convenções. In: CARRARA, Sérgio; PISCITELLE, Adriana; GREGORI, M. Filomena (Org.). *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 39-80.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

FORMIGA FILHO, José F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Population Concil, 1999. p. 151-162.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade do saber*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FREIRE, Paulo. Opressão, classe e gênero. In: FREIRE, Ana M. A. (Org.). *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: UNESP, 2001. p. 257-268. (Entrevista concedida a Donaldo Macedo).

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Tradução de Lúcia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Population Concl, 1999. p. 165-179.

GIAMI, Alain. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, M. Andréa (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERj, 1998.p. 201-225.

GIFFIN, Karen. Modernidade perversa e reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M. C.; SABROZA, P. C.; RODRIGUES, R. H. (Org.). *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1992. p. 99-102.

GRUPO CERES. *Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

HEILBORN, Maria Luiza. Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999b. p. 40-58.

_____. Gênero, sexualidade e saúde. In: SILVA, Dayse de Paula Marques (Org.). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p. 101-110.

_____. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina M. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996. p. 136-145.

HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO Elaine, R. Ciências sociais e sexualidade. In: _____. (Org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999b. p. 7-17.

HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, S. (Org.). *O que ler na ciência social brasileira: (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 1999a. p. 183-221.

ISRAEL, Gisele; DACACH, Solange. *As rotas do norplant: desvios da contracepção*. Rio de Janeiro: CBAG, 1993.

ISRAEL, Gisele; VELLOZO, Vitória R. O. (Org.). *Mulher e saúde: práticas educativas em 11 municípios*. Rio de Janeiro: IBAM: ENSUR: NEMPP, 1996.

LABRA, Maria E. A interrupção voluntária da gravidez ou aborto induzido. In: GUERTECHIN, Thierry, L. de et al. (Org.). *Controle da natalidade x planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987. p. 71-92

LAQUEUR, Tomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Tradução de Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LIMA, Magali A. de; ZANCAN, Lenira. *O discurso da educação em saúde (1940-1980)*. Rio de Janeiro, 1988. (Mimeografado).

LINDNER, Sheila R.; COELHO, Elza B. S.; CARRARO, Telma E. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 3, 2006.

LOPES, Alan da S. et al. *Palavra de homem*. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ: ENSP/FIOCRUZ, 2001.

LOURO, Guacira L. A emergência do gênero. In: _____. (Org.). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOYOLA, M. A. Sexo e sexualidade na antropologia. In: _____. (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 17-47.

_____. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 31-39.

MACHADO, Lia Z. *Campo intelectual e feminismo: alteridade e subjetividade nos estudos de gênero*. Brasília: UNB, 1994. (Série Antropologia, 170).

MARCONDES, Willer B. Perspectivas relacionais para a inserção masculina na esfera da saúde reprodutiva. In: SILVA, Dayse, M. da (Org.). *Novos contornos no espaço social: gênero, geração e etnia*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. p. 57-65

MARTINS, Ana P.V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATTOS, Ruben. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. *Boletim especial-Cadernos de Entrevistas*, Rio de Janeiro, set. 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELO, Joaquim, A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cadernos do Cedes*, São Paulo, n. 4, p. 28-43, 1987.

MILLER, Alice. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*, Cambridge, v. 4, n. 2, 2000.

NUNES APOLINÁRIO, Marcelo; RODRIGUES ARNONI, Carmen L. Mulher e dominação à autonomia do corpo. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, dic. 2007. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/0712/nara.htm>>. Acesso em: 07 dez. 2007.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 27, p. 6-9, set. 2005.

OSHIRO, Julieta Hitomi. *Educação para a saúde nas instituições de saúde pública*. 1988. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Educação)-Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1988.

OSIS, Maria J. D. PAISM: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

OSIS, Maria J. D.; FAÚNDES, Aníbal; MAKUCH, M.Y.; MELLO, Maeve; SOUZA, M.H.; ARAÚJO, M. J. de O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2481-2490, nov. 2006.

PACHECO, Vera L. G. Avaliação das ações de contracepção na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: inovações e obstáculos. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 137-147, jul. 2001.

PANNOF, Michel. *Méthode ethnographique*. In: _____. *Dictionnaire d'éthnologie et anthropologie social*. Paris: PUF, 1995.

PARKER, Richard G.; GAGNON, J. H. (Org.). *Conceiving sexuality: approaches to sex research in a postmodern world*. Nova York: Routledge, 1994.

_____. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 127-150.

PÊGO, Raquel A. A luta das mulheres pela livre concepção. In: GUERTECHIN, Thierry L. et al. (Org). *Controle da natalidade x planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987. p. 61-70.

PÊGO, Raquel A.; RICHA, A. C. Estado e instituições de planejamento familiar. In: GUERTECHIN, Thierry L. de et al. (Org.). *Controle da natalidade x planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1987. p. 31-41.

PENNA, Lúcia H.G. Direitos reprodutivos x Saúde reprodutivos. In: VARGENS, Octavio, M. da C. (Org.). *Direitos reprodutivos: a enfermagem e a questão do aborto*. Rio de Janeiro: [s. ed.], 2001. p. 35-40.

PEREIRA, Adriana L. P. *Enfermeira(o) não tem sexo (?)*: representação social de graduandas(os) de enfermagem sobre sexualidade. 1999. 147f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para as Ciências da Saúde)-Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

PETCHESKY, Rosalind P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, Regina M.; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 15-38.

_____. Rights and needs: rethinking the connections in debates over reproductive and sexual rights. *Health and Human Rights*, Cambridge, v. 4, n. 2, p. 17-29, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2003.

_____. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2004.

_____. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2001.

PITANGUY, Jacqueline. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19-38.

PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana. *Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero*. SOS CORPO (Org.). 2. ed. Recife: SOS CORPO, 1999.

POUGY, Lilia, G. *A cidadania reprodutiva em construção no Rio de Janeiro: representações sobre a contracepção*. 1998. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1998.

_____. O PAISM na reforma sanitária: redimensionando o público na saúde integral. In: SILVA, Dayse P. M. da (Org.). *Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva*. Niterói: Muiraquitã: PEGGE/UERJ, 2001. p. 102-122.

RÉGIA, Mara; LIMA, M. J. de; BAIÃO, Isis; CAMURÇA, Silvia; XAVIER, Dulcinéia; OLIVEIRA, Eleonora M. de. *Como trabalhar com mulheres*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989. (Coletivo FEMPRESS-Brasil).

RIAL, Carmen; LAGO, Mara C. S.; GROSSI, Miriam P. Relações sociais de sexo e relações de gênero: entrevista com Michele Ferrand. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 677-689, set./dez. 2005.

ROCHA, M. Isabel. Planejamento familiar e aborto: discussões políticas e decisões no parlamento. In: ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 135-155.

ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001a.

_____. A construção da diferença sexual na medicina do século XIX. In: GRANDO, José Carlos (Org.). *A (des)construção do corpo*. Blumenau: Edifurb, 2001b. p. 103-131.

ROPA, Daniela; DUARTE, Luís F. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, Sérvulo (Org.). *Cultura e psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 178-201.

ROSAS, Adriana D. Q. J. *Programas de saúde reprodutiva da mulher nos anos 90: a experiência de Volta Redonda?RJ*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ROSAS, Cristiano F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. n. 27, set. 2005.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, Ana Elizabeth L. dos. *Masculinidades e saúde reprodutiva: a experiência da vasectomia*. 2006. 127f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

SARTI, Cynthia A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 002, maio/ago. 2004.

SAÚDE das mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, [s.d].

SAUTHIER, Marta. *A exclusão/inclusão do homem nas palestras do programa de planejamento familiar: a(o) enfermeira(o) atuando na transformação da dominação*

masculina. 2000. 200f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century anatomy. In: GALLACHER, C. (Ed.). *Making of the modern body*. Berkeley: University of California Press, 1987. p. 43-82.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEMINÁRIO DE METODOLOGIA DE PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER. *Retrospectiva histórica dos treinamentos de capacitação*, Olinda, 1988.

SHALEV, Carmel. Rights to sexual and reproductive health: The ICPD and the Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. *Health and Human Rights*, Boston, MA, v. 4, n. 2, p. 38-66.

SCHUMAHER, SHUMA. Panorama dos 30 anos de feminismo no Brasil. *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. especial 23/25, out. 2005.

SILVA, Louise; ALMEIDA, Tânia; CROMACK, Luiza; BRANDÃO et al. Centro de treinamento em atenção integral a saúde da mulher – Espaço Mulher: uma experiência em educação para a saúde no município do Rio de Janeiro. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 131-133, jul. 2002.

SILVA, Ana Lúcia, A. C. da; MUNARI, Denize B.; LIMA, Flávia V. de et al. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, n.11, p. 18-24, 2003.

SIQUEIRA, Sandra, A. V. de. *Práticas educativas em saúde: uma discussão sobre a contracepção – um estudo de caso*. 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1992.

SOARES, Leila C. *A liberdade de escolha de métodos contraceptivos definitivos pelas mulheres*. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Kleyde V. de. *Saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos: uma experiência em um “círculo de cidadania”*. 2005. 241f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

STEPHAN-SOUZA, Auta I. *A contracepção: singularidades de uma política social*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

SZMRECSÁNYI, Tamás. Retrospecto histórico de um debate. In: SANTOS, Jair L. F.; LEVY, M. Stella F.; SZMRECSÁNYI, Tamás (Org.). *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. São Paulo: Tao, 1980.

VALLADARES, Diana do P. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah. H. (Org.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 357-376.

VALLADARES, Diana do P.; ZELASCHI, Sílvia S.; GIFFIN, Karen et al. *Mulheres, participação e saúde: uma experiência*. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Programa Brasil, 1987.

VANCE, Carole S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.

VARGAS, Eliane P. *Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro*. 2006. 280f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VARGAS, Eliane P.; ROMEIRO, Elisabeth de A. Uma reflexão sobre metodologia de práticas educativas na preparação de profissionais de saúde. In: _____. (Org.). *Práticas de educação em saúde: programa de atenção à saúde da mulher*. Panorama Ensp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

VENTURA, Miriam (Org.). *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

VIANNA, Adriana. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO: Brasília: UNFPA-Fundo de População das Nações Unidas, 2005. p. 15-31.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003. p. 151-196.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 35-82.

XAVIER, Dulcinéia; ÁVILA, M. B.; CORREA, Sonia. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. (Org.). *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 203-222.

APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PRÉ-CURSO

Data:

Identificação Informante:

➤ IDENTIFICAÇÃO

Sexo

Idade

Cor/raça

Orientação religiosa

Situação conjugal

Filhos:

Bairro de moradia

Renda familiar

Categoria profissional

Tempo de formado

Pós-graduação

➤ ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Trajetória profissional.
2. Atuação no PAISM. Área. Tempo
3. Motivação para trabalhar na atenção à saúde da mulher.

➤ CURSO CONTRACEPÇÃO PAISM

1. Motivo para realização o Curso.
2. Expectativas. O que espera que seja abordado.
3. Conhecimento sobre o PAISM.
4. O que é sexualidade.
5. Conhecimento sobre a expressão direitos reprodutivos e sexuais.
6. Opinião sobre aborto e virgindade.

I. ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO CURSO

Data:

Nº de participantes:

➤ Área física

Tamanho:

Iluminação:

➤ Recursos utilizados

Vídeo

Dramatização

Oficina de criatividade e sensibilidade

Discussão circular

Leitura de textos ----- Tipos de textos (específicos, gerais etc.)

Outros _____

➤ Profissional/Coordenador

Quantos e categoria

Abordagem com as participantes (tradicional, problematizadora etc.)

➤ Assuntos abordados

Direitos sexuais e reprodutivos;

Relações de gênero e sexualidade;

Aborto;

Promoção da saúde;

Prevenção de doenças;

Métodos contraceptivos ---- enfoque sobre cada um deles

➤ Treinandas

Trocam experiências;

Ficam calados;

Tiram dúvidas.

II. ENTREVISTA PÓS-CURSO

Data:

Identificação Informante:

➤ SOBRE O CURSO

1. O que você achou do curso? O que deveria ter sido abordado? O que achou de melhor e de pior no curso?
2. Para você, o que é PAISM?
3. Mudou sua forma de ver e pensar sobre sexualidade? E sobre direitos reprodutivos e sexuais? E quanto ao aborto e à virgindade?

➤ SOBRE O MÓDULO PRÁTICO, O QUE ACHOU?

➤ SOBRE A UNIDADE DE SAÚDE

1. Sua Unidade já realiza(va) grupo educativo em contracepção? Como está estruturado?
2. Você já participava?
3. Você aplica ou pretende aplicar o que foi apresentado no curso, nos grupos educativos realizados na sua Unidade de Saúde? O quê? Para quê? Como?
4. Você gostaria de dizer algo mais?

III. ENTREVISTA PÓS-GRUPO EDUCATIVO REALIZADO POR INFORMANTES

Data:

Identificação Informante:

Ao longo deste percurso do curso, da parte prática, da implementação e/ou retorno para realização de grupo educativo na sua Unidade de Saúde, me diga o que mais a(o) marcou? Quais foram as suas maiores dificuldades? Como você se posicionou frente a elas? Você pode me dar um exemplo vivenciado por você, que se relacione com alguma questão sobre sexualidade, reprodução e gênero, do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos?

APÊNDICE B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

A Coordenadora do Centro de Treinamento Espaço Mulher:

Venho por meio desta, solicitar a presença da doutoranda Adriana Lemos Pereira no Curso de Contracepção, para participar na qualidade de observadora como parte do trabalho de campo da pesquisa intitulada: “Teoria e Prática dos Profissionais de Saúde nas Ações de Contracepção”, com especial interesse em descrever como se dá a apropriação pelos participantes da discussão teórica desenvolvida no curso de contracepção e sua conformação no grupo educativo na Unidade Básica de Saúde. Tal atividade compõe o projeto de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do rio de Janeiro.

Certos de contar com sua colaboração estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Rio de Janeiro,

Adriana Lemos Pereira
(Doutoranda IMS/UERJ)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, na qualidade de Coordenadora do Centro de Treinamento Espaço Mulher, e ciente da importância da realização de trabalhos científicos que busquem a melhora na qualidade da assistência à saúde da mulher, autorizo a participação da referida doutoranda. Afirmo, outrossim, ter recebido da mesma, todas as informações necessárias referentes à pesquisa supracitada.

Rio de Janeiro,

Em ____ de _____ de 2006.

Maiores Informações:

Adriana Lemos Pereira - Tel: 96785363, e-mail: adrilemosp@yahoo.com.br
Comitê de Ética e Pesquisa/SMS/RJ – Rua Afonso Cavalcante, nº455 sala 601, tel: 2293-5549.

Ao Coordenador do Grupo Educativo de Contraceção da Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro:

Venho por meio desta, solicitar a presença da doutoranda Adriana Lemos Pereira no Grupo Educativo de Contraceção/Planejamento Familiar, para participar na qualidade de observadora como parte do trabalho de campo da pesquisa intitulada: “Teoria e Prática dos Profissionais de Saúde nas Ações de Contraceção”, com especial interesse em descrever como se dá a apropriação pelos participantes da discussão teórica desenvolvida no curso de contraceção e sua conformação no grupo educativo na Unidade Básica de Saúde. Tal atividade compõe o projeto de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Certos de contar com sua colaboração estamos a disposição para maiores esclarecimentos.

Rio de Janeiro,

Adriana Lemos Pereira
(Doutoranda IMS/UERJ)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, na qualidade de Coordenadora do Grupo Educativo em Contraceção, e ciente da importância da realização de trabalhos científicos que busquem a melhora na qualidade da assistência à saúde da mulher, autorizo a participação da referida doutoranda. Afirmando, outrossim, ter recebido da mesma, todas as informações necessárias referentes à pesquisa supracitada.

Rio de Janeiro,

Em ____ de _____ de 2006.

Maiores Informações:

Adriana Lemos Pereira - Tel: 96785363, e-mail: adrilemosp@yahoo.com.br
Comitê de Ética e Pesquisa/SMS/RJ – Rua Afonso Cavalcante, nº455 sala 601, tel: 2293-5549.

Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Prezado/a senhor/a,

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa “Teoria e Prática dos Profissionais de Saúde nas Ações de Contracepção”, que venho desenvolvendo como projeto de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O presente projeto tem especial interesse em descrever como se dá a apropriação pelos participantes da discussão teórica desenvolvida no curso de contracepção e sua consolidação no grupo educativo na Unidade Básica de Saúde. Para tanto, venho realizando um conjunto de entrevistas. Serão realizadas duas entrevistas, uma antes de sua realização do curso de contracepção no Centro de Treinamento do Espaço Mulher e outra por ocasião do desenvolvimento do grupo educativo em contracepção/planejamento familiar em sua Unidade de Saúde. Os dados de seu depoimento serão utilizados de forma a proteger o seu anonimato, através da atribuição de nomes fictícios ao entrevistado e pessoas e nomes citados. Da mesma forma serão alteradas informações específicas que possam vir a identificar nossos informantes como referências ao bairro de residência, etc. Os resultados da pesquisa ficam restritos ao universo acadêmico, sendo utilizados também parcialmente na confecção de artigos para periódicos de cunho científico.

A sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, tampouco com a Instituição da qual faz parte o trabalho de pesquisa. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. É importante ainda ressaltar que não haverá riscos de qualquer natureza devidos a sua participação na pesquisa.

Rio de Janeiro,

Adriana Lemos Pereira
(Pesquisadora/Doutoranda IMS/UERJ)

AUTORIZAÇÃO

Em ____ de _____ de 2006.

Eu, _____ concordo voluntariamente, em participar da pesquisa acima descrita, na condição de informante, através de entrevista, tendo garantido meu anonimato. Autorizo, ainda, a Adriana Lemos Pereira a utilizar as informações por mim fornecidas, somente para atender os fins da pesquisa e para divulgação de seus respectivos resultados no meio acadêmico (eventos e /ou publicações).

(Sujeito da pesquisa)

Maiores Informações:

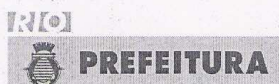
Adriana Lemos Pereira - Tel: 96785363, e-mail: adrilemosp@yahoo.com.br
Comitê de Ética e Pesquisa/SMS/RJ – Rua Afonso Cavalcante, nº455 sala 601, tel:
2293-5549.

APÊNDICE C – Matriz de análise dos textos

Exemplo

Tema da Aula	Título do Texto	Fonte bibliográfica	Frases e palavras	Abordagem no Curso	OBS
1) Tarde PAISM/ Promoção Saúde	S/ título Entrevista com Coordenador Promoção a saúde da OPAS/OMS	Folha da Revista Promoção a Saúde	Salto da atenção a doença para Uma perspectiva mais positiva da saúde, colocando aí outros aspectos da vida, do cidadão. *Carta de Ottawa *Articula com a saúde da mulher *Gênero, equidade, violência, questão racial.	Quanto ao PAISM foi apresentado em data-show seus objetivos e diretrizes. A promoção à saúde foi discutida no dia 17 pela manhã (após o tema Gênero) com uma convidada da Coord. de Promo. Saúde da SMS que através de uma dinâmica fez a leitura do texto e apresentou a estrutura e suas atividades.	Os temas foram discutidos em dias diferentes, mas com articulações de um tema e outro.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 58A/2006

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2006.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 21/06

TÍTULO: Teoria e prática dos profissionais de saúde nas ações de contracepção.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Adriana Lemos Pereira.


UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Gerência do Programa da Mulher.

DATA DA APRECIÇÃO: 19/06/2006

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 24 de maio de 2006

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Adriana Lemos Pereira

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1438-CEP/HUPE) "TEORIA E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTRACEPÇÃO" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S^ª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof^ª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE

ANEXO B – Programa completo do Curso PAISM/Contraceção

CURSO PAISM/ CONTRACEPÇÃO

PROGRAMAÇÃO DAS AULAS

ABERTURA - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Recepção dos treinandos e distribuição dos textos do curso	Recepção dos treinandos	Confirmação da listagem dos inscritos e distribuição dos textos do curso
9:00	Apresentação da proposta do Curso	Esclarecimento quanto à estrutura e normas do treinamento.	Apresentação do cronograma, horário e regras do curso.
10:45	Dinâmica de Apresentação-balões coloridos	Propiciar um primeiro contato e entrosamento das pessoas que fazem parte do grupo com o qual se irá trabalhar.	Distribuir um balão e um pedaço pequeno de papel em branco; solicite que as pessoas escrevam três características físicas, que a partir dela o grupo possa identificá-la. Em seguida todos deverão dobrar o papel e colocá-lo na bola. Cada um enche sua bola e, quando todas estiverem cheias prende-las na perna , ao som de uma música, o participante tentará estourar a bola do outro, ao conseguir, pegar o papel com as características, ler e procurar identificar a pessoa que o escreveu e se apresentando a ela. Após este momento cada dupla deverá apresentar seu par ao grupo. P.S.: utilizar o fósforo.
	Contrato e relato de expectativas	Levantamento das expectativas dos treinandos	Cada treinando falará da sua expectativa em relação ao curso.

PAISM/ PROMOÇÃO DA SAÚDE - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:15	Ninguém com ninguém	Descontração do grupo.	O coordenador forma duplas, sendo que uma pessoa ficará no centro, comandando tarefas para as duplas executarem. Após um certo número de tarefas ele dará a seguinte ordem: ninguém com ninguém. Neste momento as duplas se desfazem e procuram outros parceiros. Uma pessoa ficará sobrando, devendo comandar o segundo momento.

13:30	PAISM	Levantar a percepção dos treinandos em relação ao PAISM e suas áreas de atuação. Mapear a situação das unidades nas principais áreas de atuação do PAISM	Serão colocados três painéis sobre as 3 grandes áreas do PAISM- Assistência Clínico-Ginecológica; Assistência Pré-Natal; Assistência ao Parto e ao Puerpério imediato. Cada treinando se agrupará em torno do painel, de acordo com a afinidade em relação às áreas. Cada um refletirá sobre o atendimento à mulher na área escolhida, com base nas suas experiências pessoais e profissionais. Após este momento, cada subgrupo trabalhará sobre a área escolhida, discutindo as ações e o nível de implantação do programa da mulher. Na discussão, deverão ser priorizados três pontos: responsabilidades das instituições, responsabilidades dos profissionais e responsabilidade dos usuários, acerca do nível da implantação. Após o término do trabalho em grupo, o coordenador conduzirá o debate sobre os painéis construídos. OBS.: O coordenador deverá ficar atento para que a distribuição dos treinandos entre os painéis não seja muito irregular.
15:00	Apresentação do PAISM	Historiar, sistematizar e discutir as ações do PAISM e o atendimento à mulher	Exposição do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher com dados referentes às três áreas.

Material: Transparências sobre a normatização do curso e sobre o PAISM. Três folhas de papel pardo para as áreas do PAISM, pilots. Solicitar farinha de trigo, bacias plásticas, sal e tinta para confecção de massa na próxima aula.

ATENÇÃO: * SORTEAR OS TEMAS E ORGANIZAR OS GRUPOS DO SEMINÁRIO DE CONTRACEPÇÃO.

GÊNERO - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
9:00	Nova apresentação: “Meu dia de ontem”	Estimular a integração e fixação dos nomes e introduzir o conceito de gênero.	O coordenador solicita que os participantes se dividam em duplas, preferencialmente agrupando as pessoas que tenham menos contato anterior entre si. Solicita que conversem durante cinco minutos sobre “O meu dia de ontem”, procurando dividir o tempo e observar ao máximo o outro. Após este momento cada um terá um minuto pra apresentar o outro.
9:15	Dinâmica das horas	Aquecer para discussão do tema	A coordenação orienta que esta é uma dinâmica sem palavras. Pede que fechem os olhos e se concentrem, cada um tentando lembrar tudo que fez no dia anterior, desde o momento que acordou até a hora que dormiu. Atividade por atividade. A seguir pergunta quem acordou mais cedo e quem dormiu mais tarde. A partir daí a coordenação falará hora a hora e os treinando farão a mímica do que estavam fazendo naquele momento. Estar atento as questões de gênero que certamente aparecerão nos relatos.

10:00		Intervalo	
10:15	Trabalho em grupo		Dividir o grupo em 2 subgrupos e solicitar que listem as vantagens e desvantagens de ser homem e de ser mulher. Após este momento apresentar o resultado da discussão.
11:00	Filme:Retratos de Mulher.	Estimular a reflexão sobre as relações de gênero em nossa sociedade.	Exibição do filme seguida de debate.

Material: televisão e vídeo, fita de vídeo.

RAÇA E ETNIA - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	Dinâmica: Ao centro da roda	Integração e introdução ao tema raça e etnia	A coordenação solicita ao grupo que forme uma roda e que cada um vá ao centro da roda e diga a sua cor, quem: tomou banho hoje, quem é chefe de família, gosta de frio, quem gosta de viajar, quem dormiu depois das 23 horas, quem chegou em casa e cuidou da casa sozinha, quem chegou e teve que preparar o jantar, quem chegou e não teve que fazer nada em casa, quem gosta de animais, quem namorou esta noite, quem ainda não foi ao centro da roda.
14:00	Trabalho de grupo	Discutir a concepção individual sobre raça	Dividir o grupo em 2 subgrupos e solicitar que discutam e definam as seguintes perguntas “O que é ser negro?” e “O que é ser branco?”. Após este momento cada grupo deverá apresentar o resultado de sua discussão.
15:00		INTERVALO	
15:15	Apresentação dos dados sobre a saúde da população negra no Brasil.	Estimular a reflexão sobre a situação da população negra e a atuação do profissional na atenção a essa população no Município do Rio de Janeiro.	Exposição oral sobre o tema feita por integrante da equipe do Espaço Mulher.

Material: datashow , 2 folhas papel pardo

SEXUALIDADE - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:00	Dançando com bolas	Aquecimento e integração do grupo	A coordenação distribuirá um balão para cada dupla. Estes devem ser inflados. As duplas deverão dançar seguindo a instrução do coordenador, sem deixar o balão cair. Por exemplo, balão entre as costas, balão entre a dupla e troca de balão, etc.
13:30	Trabalho de grupo	Trabalhar a percepção e a criatividade em relação com a sexualidade.	A coordenação solicita que cada um responda a seguinte pergunta: o que te dá prazer? Após registrar todas as respostas abrir uma pequena discussão sobre as questões que surgirem. Após este momento dividir o grupo em três subgrupos e solicitar que cada integrante do grupo conte uma história relacionada à sexualidade nos seguintes contextos, FAMÍLIA, TRABALHO e na SOCIEDADE (?). Cada grupo deverá selecionar uma história que representa o grupo para apresentar de uma forma criativa. A cada apresentação deverá existir um espaço para discussão das situações apresentadas.
		INTERVALO	
	Discussão sobre sexualidade	Discutir os tabus, conceitos e preconceitos em relação em à sexualidade	A coordenação distribuirá dois papéis para cada participante, pedindo que cada um onde escreva uma fantasia e uma dificuldade em relação à sexualidade. A seguir, o coordenador recolher e redistribui os papéis, com atenção para que ninguém pegue o próprio papel, solicitando que cada um leia e comente sobre a relação do conteúdo do papel sorteado com a sua fantasia e dificuldade sobre sexualidade

ADOLESCÊNCIA/ PROTAGONISMO JUVENIL -TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	Aquecimento:gincana	Descontrair e integrar o grupo e estimular para a discussão sobre o tema	Dividir o grupo em três subgrupos. Entregar a cada subgrupo uma listagem de tarefas para serem cumpridas num determinado período (10 min.) . O grupo que cumprir primeiro o maior número de tarefas receberá um prêmio ofertado pela coordenação. Ao final, processar a dinâmica procurando relacionar o que cada um gostava e o que não gostava de fazer quando era adolescente.
14:00		INTERVALO	
14:15	Exibição do vídeo “A primeira	Discutir as questões que envolvem a	Exibição do vídeo seguida de debate

	vez”	atenção a gestante adolescente.	

Material: pedrinha redonda, folha de árvore, rolo de papel higiênico, tampinha de garrafa de refrigerante, Camisinha, espelhinho com batom, canivete, revista erótica, foto do Brad Pitt, soutien, chocolate, diário, agenda de telefone, carteirinha de estudante, carta de amor, absorvente higiênico. Camisinha feminina para premiar o grupo vencedor.

Televisão e vídeo

ABORTO – MANHÃ

HOR A	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
9:00	Aquecimento: chuva de idéias	Introdução à temática do aborto	A coordenação solicita que cada um complete no papel a seguinte frase: A minha menstruação atrasou, eu.....Após este momento, o coordenador recolhe os papéis, redistribui e solicita que cada um comente a frase.
10:00		Intervalo	
10:15	Discussão sobre aborto	Discutir os tabus, conceitos e preconceitos em relação em ao tema	A coordenação distribuirá papéis com frases sobre o tema para cada participante, pedindo que cada um leia a frase em voz alta e dê sua opinião. Após o comentário o grupo poderá também expor sua opinião.
11: 00	Vídeo Aborto Legal	Debater a questão do aborto legal na vivência dos profissionais	Apresentação de uma experiência de aborto legal na rede pública . Discussão após a apresentação do vídeo.

DST: ABORDAGEM SINDRÔMICA - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
9:00	Dramatização de situações que envolvam o tema.	Refletir sobre as questões que mobilizam o profissional em sua prática de atenção as DSTs/HIV, trabalhando os estigmas, o atendimento no serviço público e as informações básicas a respeito das principais DSTs e do HIV.	Dividir o grupo em quatro subgrupos e solicitar que cada um reflita e crie uma história para ser dramatizada, sobre as questões que aparecem durante a prática profissional, em relação às seguintes situações de DST/HIV: 1- Adolescente com queixa sugestiva de corrimento vaginal 2- Gestante com resultado de VDRL positivo 3- Atendimento a uma mulher com uma úlcera genital 4- Homem (adulto) com queixa sugestiva de corrimento uretral. Após a apresentação dos grupos, a coordenação conduz o processamento dos resultados.
10:30	INTERVALO		
10:45	Exposição sobre a Abordagem Síndrômica das DSTs	Esclarecer e discutir sobre as principais questões que envolvem o tema	Convidado:

MULHER E AIDS – MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
	Contatos pessoais	Facilitar a compreensão da transmissão sexual do HIV/DST	Entregar a cada um dos participantes uma folha com apenas uma figura já desenhada pelo facilitador. Para cada grupo de 10 participantes, o coordenador deverá desenhar em cada folha apenas uma figura geométrica, sendo: 1 triângulo, 2 quadrados(um por folha), 7 círculos(um por folha). Os participantes deverão dançar pela sala, logo após o coordenador deverá solicitar os participantes a pararem e copiarem o desenho do(a) colega que estiver mais próximo. Esse processo deverá se repetir por 4 vezes. Após o término da atividade, o coordenador deverá perguntar se os participantes têm idéia do significado das figuras apresentando em seguida o significado** e discutir com o grupo o que aconteceu. Pontos importantes***
	Exibição de vídeo	Promover a reflexão e discussão sobre o tema	Exibição e discussão do vídeo “Mulher”.

		INTERVALO	
	Exposição do Panorama da AIDS entre as mulheres do município do Rio de Janeiro.	Apresentação das propostas e situação atual das ações relacionadas a AIDS, na assistência a mulheres no município do Rio de Janeiro.	Convidado:

Material: papel com as figuras geométricas desenhadas, retro-projetor/ Projetor de slides, televisão. **Legenda:** círculo = pessoa sadia; quadrado = portador de Dst; triângulo = portador de HIV **Pontos importantes:** quantos participantes começaram o jogo com círculo?/ quantos participantes quadrado?/ quantos participantes começaram o jogo com triângulo?

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	Trabalho de grupo	Estimular a reflexão sobre o tema	Pedir que o grupo escreva resposta para a seguinte questão: num contexto de violência você geralmente sofre ou pratica a violência? Logo após, dividir em grupos por faixa etária, e solicitar que cada grupo mapeie o que considera violência, na faixa etária correspondente. Após este momento apresentar e discutir.
15:30	INTERVALO		
15:45 17:00	Exposição oral e apresentação do vídeo	Discutir as ações institucionais de apoio às mulheres vítimas de violência	Participação da convidada Assistente Social: Leila.

Material : televisão e vídeo

SEMINÁRIO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
	Apresentação de conteúdo sobre anatomia e fisiologia masculina e feminina	Desenvolver o tema de uma forma dinâmica e lúdica trazendo idéias para enriquecer o trabalho com a clientela .	Os treinandos terão uma hora e vinte minutos para expor sobre a anatomia e a fisiologia reprodutiva feminina e masculina enfatizando, na fisiologia feminina, o ciclo menstrual. O coordenador complementa os conteúdos necessários
	INTERVALO		
	Apresentação dos métodos comportamentais	Desenvolver o tema de uma forma dinâmica e lúdica trazendo idéias para enriquecer o trabalho com a clientela .	Os treinandos terão uma hora e meia para expor sobre os métodos contraceptivos. O coordenador complementa os conteúdos necessários.

SEMINÁRIO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30			
	Apresentação dos métodos de barreira	Desenvolver o tema de uma forma dinâmica e lúdica trazendo idéias para enriquecer o trabalho com a clientela .	Os treinandos farão exposição sobre os métodos contraceptivos durante uma hora e trinta minutos. O coordenador complementa os conteúdos necessários.
	INTERVALO		
	Apresentação sobre os métodos hormonais e DIU	Desenvolver o tema de uma forma dinâmica e lúdica trazendo idéias para enriquecer o trabalho com a clientela.	Os treinandos farão exposição sobre os métodos contraceptivos durante uma hora e quarenta e cinco minutos. O coordenador complementa os conteúdos necessários.

SEMINÁRIO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS – MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVOS	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
	Apresentação sobre a esterilização cirúrgica masculina e feminina.	Desenvolver o tema de uma forma dinâmica e lúdica trazendo idéias para enriquecer o trabalho com a clientela.	Os treinandos farão exposição sobre a esterilização cirúrgica enfocando os aspectos anátomo-fisiológicos do sistema reprodutivo feminino e masculino.e suas implicações físicas e sociais. O coordenador complementa os conteúdos necessários.
	Intervalo		

MORTALIDADE MATERNA - TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	Aquecimento: exercício da escuta ativa	Refletir acerca da disponibilidade de escuta nas relações interpessoais	Formar duplas e solicitar que uma pessoa conte a outra o relato de sua vida ou um fato que considera importante. Num momento anterior o coordenador terá escolhido 02 pessoas no grupo para representarem os maus ouvintes, ou seja, aqueles que não darão atenção ao interlocutor. Processar ao final da dinâmica.
	Dinâmica: prevenção da mortalidade materna	Reflexão sobre as possíveis causas que levam à morte materna e quais as soluções que podem ser adotadas para a prevenção.	Dividir o grupo em dois ou três subgrupos e dar para cada um caso diferente de morte materna para analisar, proceder ao encaminhamento e propor soluções voltadas para a prevenção.
		INTERVALO	
	Apresentação de dados de morte materna no RJ.	Conhecer a situação da mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro	.Exposição oral pelo gerente (Dra Penha.) do Programa da Mulher do município do RJ.

Material: Papel pardo / Pilot / Fita adesiva, retroprojeter.

SERVIÇO DE CONTRACEPÇÃO - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
9:00	Jogo do quebra cabeças	Estimular a reflexão sobre a necessidade de interação, coordenação e organização no trabalho em equipe.	A turma será dividida em três subgrupos: a cada um dos grupos será dado um conjunto de peças de quebra-cabeças, totalmente embaralhados, para que cada grupo monte três figuras diferentes. Por ex.: cada grupo deverá montar um círculo, um triângulo e um quadrado. A coordenação observará a maneira do grupo se organizar, o surgimento de lideranças e dificuldades no cumprimento da tarefa.
9:45	INTERVALO		
10:00	Apresentação dos impressos preconizados pela gerência do PAISM/SMS. Discussão do fluxo e organização do serviço.	Instrumentalizar os treinandos para a implantação e/ou reorganização das ações de contracepção em suas unidades.	Será apresentada uma proposta de fluxo de serviço de contracepção.

Material: quebra-cabeças, impressos de contracepção (transparências) e retroprojeter.

PRÁTICAS EDUCATIVAS I- TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	Avaliação do dia anterior		
13:40	Aquecimento: Dançando com balões	Trabalhar a percepção do outro	A coordenação distribuirá um balão para cada dupla. Estes devem ser inflados. As duplas deverão dançar seguindo a instrução do coordenador, sem deixar o balão cair. Por ex.:balão entre as costas, troca de dupla, balão entre a dupla (na frente), troca de balão (sem usar as mãos e sem deixar o balão cair).
14:00	INTERVALO		
14:10 15:30 15:30 17:00	Tempestade de Idéias Educar é...		Cada participante receberá um papel em branco e caneta para que anotem uma palavra que venha a cabeça quando ouve a frase: “Educar é ... com todas as palavras anotadas. Os treinandos serão convidados a começar uma discussão sobre a frase a partir das palavras que escreveram. Após, dividir o grupo em 03 subgrupos para que cada grupo monte um cartaz para promoção e divulgação do trabalho educativo que irá realizar em sua unidade, depois cada representante dos grupos irá a frente para apresentar o cartaz. A coordenação irá processar apontando o que os grupos produziram na medida em que houver necessidade. Leitura do texto Pedagogia da Autonomia (Paulo Freire)

Material : caneta, papel, quadro de giz

PRÁTICAS EDUCATIVAS II - MANHÃ

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
8:30	Avaliação do dia anterior		
	Bagagem e obstáculo	Levantar junto aos treinandos as expectativas, experiências profissionais e pessoais, as motivações e as dificuldades no trabalho educativo com mulheres	O coordenador avisa aos participantes que cada um deverá percorrer um caminho para atingir o objetivo (o trabalho educativo com mulheres). No trajeto, antes de chegar ao objetivo, cada um deverá escolher um objeto material que simbolize a sua bagagem pessoal e profissional. Durante a caminhada cada um pensará nos obstáculos que impedem ou não a chegada ao objetivo
	Trabalho de grupo: elaboração, pelos treinandos, de uma proposta de trabalho que contemple a atividade de prática educativa em grupos de contracepção.	Levantar junto aos treinandos as expectativas, experiências profissionais e pessoais, as motivações e as dificuldades encontradas durante a etapa inicial da organização do serviço de contracepção, qual seja, a elaboração de um projeto.	A coordenação divide o grupo em três ou quatro subgrupos solicitando que, a partir de um roteiro apresentado pela coordenação, cada subgrupo elabore uma proposta de trabalho em contracepção numa determinada unidade.
INTERVALO			
	Apresentação do vídeo “Espaço Mulher” Apresentação oral e discussão de proposta de trabalho		

Material : roteiro para elaboração de projeto.

Fita de vídeo: “Espaço Mulher

AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO – TARDE

HORA	ATIVIDADE	OBJETIVO	CONSIGNA
13:30	-Avaliação -Encaminhamento para o segundo módulo do curso - Participação da GPM	-Avaliar o treinamento -Encaminhar para estágio em grupo de contracepção	Avaliação oral e escrita de cada participante; elaboração de escala para segundo módulo
	INTERVALO		
	Aquecimento: Cesto Imaginário	Proporcionar um momento de relaxamento e diversão para encerrar o treinamento.	A coordenação convida o grupo para brincar e trocar; pede que todos andem bem à vontade no ambiente, imaginando que bem no centro de onde estão existe um balaio cheio de objetos de uso pessoal (escova de dente, batom, pente, meia, blusa casaco). Convida a todos a escolher no cesto imaginando algum objeto e vão continuar, andando e imitando o que estão fazendo (por exemplo, passando batom, escovando os dentes, etc). A seguir, avisa que, quando der um sinal, cada um deve trocar o seu objeto de uso pessoal com o colega que estiver mais próximo e continuar andando, usando e imitando o objeto trocado com o colega; O coordenador deve realizar quantas trocas julgar conveniente para maior descontração possível do grupo; Ao final, na última rodada, cada um deve descobrir quais objetos que trocou e com quem; O jogo termina com um grande abraço e trocas de presentes verdadeiros. IMPORTANTE: para esta dinâmica o coordenador deverá solicitar com antecedência que cada um traga um presente de uso pessoal.

Material: papel pardo para, pilot, retroprojektor.

ANEXO C – Programação do Curso de PAISM/Contraceção

RIO

SAÚDE

Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde
Assessoria de Promoção da Saúde
Centro de Treinamento – Espaço Mulher
Rua Afonso Cavalcanti, 455/823 – Cidade Nova – CEP 20211.901
Telefone: 25032246/22737398 E-mail: espacomulher@rio.rj.gov.br

CURSO DE PAISM - CONTRACEÇÃO CENTRO DE TREINAMENTO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER ESPAÇO MULHER

Início:

Dias e Horários: 2ª e 4ª das 8:30 às 17 horas

Carga Horária: 92 horas (1.º e 2.º módulo)

Local e Endereço :

Clientela: Profissionais de nível superior que atuam ou que desejam atuar na área de saúde da mulher ou do adolescente.

PROGRAMAÇÃO

Abertura	Doenças Sexualmente Transmissíveis
PAISM/Promoção da Saúde	Violência Contra Mulher
Gênero	Seminário de Métodos Contraceptivos
Raça e Etnia	Seminário de Métodos Contraceptivos
Adolescência/ Protagonismo Juvenil	Seminário de Métodos Contraceptivos
Sexualidade	Serviço de Contraceção
Aborto	Práticas Educativas I
Mortalidade Materna	Práticas Educativas II
Mulher e Aids	Avaliação e Encerramento

IMPORTANTE: Será conferido certificado aos profissionais que obtiverem frequência mínima de 75% da carga horária do curso.