

A contracepção na Bahia vista da periferia: um olhar de gênero

O corpo da Nação: o planeamento familiar no Brasil, da Ditadura Militar aos dias de hoje

DE ZORDO Silvia
Doctorat d'anthropologie sociale
silvia@de-zordo.it
EHESS- CRESP- Paris
Directeur: Didier Fassin

*“Tem filho que nasce para ser artista, tem filho que nasce para ser advogado.
Infelizmente tem filho que nasce já marginal”¹*

Inspirada na letra da canção de Chico Buarque, “O guri”, a legenda acima acompanhava um cartaz produzido em 1992 pelo Ceparh (Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana) de Salvador, Bahia, onde desenvolvi uma parte da minha pesquisa de campo. O cartaz, intitulado “Defeito de fabricação”, retratava um jovem assaltante negro com uma faca na mão e uma tarja negra sobre os olhos e foi publicado na imprensa baiana durante uma campanha de promoção do programa gratuito de planeamento familiar oferecido pelo centro. O cartaz provocou um amplo debate: o Diretor do Centro, o Dr. Elsimar Coutinho, muito conhecido no Brasil e no exterior por ter sido durante os últimos trinta anos um defensor do planeamento familiar e ser a favor da

¹ Coutinho E., *O descontrolo de natalidade*, Salvador, Memorial das Letras, 1998, p. 70.

liberalização do aborto, foi acusado nesta ocasião de lombrosianismo e racismo. Ele se defendeu das acusações dizendo que colocar num cartaz dirigido à população da Bahia um loiro, numa cidade predominantemente negra, não fazia algum sentido, e acusou seus críticos de serem opositores do planejamento familiar livre e gratuito, dirigido à população mais pobre e carente, por ele promovido. De fato a imagem e as palavras usadas no cartaz do Ceparh não associam simplesmente a marginalidade – ou seja, a violência e o crime – à cor do ator, mas também à pobreza que esta cor simboliza. Na visão do cientista, a prevenção do “nascimento inoportuno” (Ibid., p. 70) dos mais pobres que, como demonstram várias estatísticas, são de fato em maior porcentagem negros², seria a solução de muitos problemas ao mesmo tempo. Nesta perspectiva, a pobreza e a marginalidade são ligadas ao nascimento, ao sangue, doenças hereditárias como outras, porém piores, pois são causas de conflito, de desordem social. De fato não se pode negar que a população de Salvador é majoritariamente negra e pobre, mas se faz necessário dizer também que esta população é, mais do que marginal, marginalizada, ou melhor, segregada numa periferia que ocupa mais da metade do território urbano (SOUZA GORDILHO A., 2000). É, portanto, compreensível o medo na classe dirigente do ressentimento desta parte majoritária da população, bem encarnado na imagem do assaltante. Perversamente, os destinatários desta imagem não parecem ser apenas os empresários e os possíveis financiadores do Centro, mas também as mães destes “marginais”, potenciais pacientes do Ceparh, chamadas a aderir a uma campanha de inspiração claramente neo-malthusiana.

Para entender o significado do diagnóstico e do tratamento propostos pelo Dr. Coutinho é preciso lembrar que nos anos 60 e 70 os economistas prescreviam o controle da natalidade como chave para garantir o desenvolvimento econômico dos países do Terceiro Mundo e que o Banco Mundial vinculava suas ajudas à aplicação de políticas populacionais. Coutinho, como outros cientistas, é um fruto desta época (cfr. VELOSO C., 1980; FONSECA D., 1993): ele também predicava, desde então, o planejamento familiar como solução política de problemas sociais como a superpopulação nas grandes cidade, a má qualidade da educação e da saúde pública e a violência urbana (COUTINHO E.,1998). Noção ambígua, a noção de reprodução nos textos médicos da época, assim como em muitas discussões políticas sobre planejamento familiar, nos fala de um corpo neutro, sempre aberto e pronto a ser fecundado, sem vontade própria e sem limites. Um corpo que tem que ser controlado e regulamentado segundo as exigências políticas e sociais dominantes num momento histórico dado: com ele podem se reproduzir todos os defeitos físicos, psíquicos, morais e sociais da

² O assunto continua a gerar polêmica e a produzir títulos nas primeiras páginas dos jornais, como este: “Desigualdade que gera violência”, A Tarde, 12/07/2004. No artigo se discutem dados do último censo (IBGE 2000). No Brasil, os negros são: 71% dos jovens que não trabalham nem estudam, 73% dos analfabetos, 71% dos jovens com renda familiar per capita de até um quarto de salário mínimo. Eles são então: “rebeldes com causa”. Em dez anos o tom do debate mudou: o acento agora é colocado sobre a desigualdade, mas não se fala de racismo e a associação entre jovens negros, violência e crime é sempre presente.

Nação. Corpo da mulher e corpo da nação se confundem e se fundem, neste cenário, num corpo único. Os problemas sociais surgem neste quadro como problemas de saúde pública dos quais o corpo médico tem que tratar, antes que certas patologias do corpo social se tornem crônicas.

Dentre os novos fenômenos sociais que o Brasil estava vivenciando quando os primeiros programas de planejamento familiar foram implantados, na época da Ditadura Militar, vale lembrar o forte processo de urbanização – a massiva migração do interior para as Capitais e do Norte para o Sul do país, que envolveu também a Bahia –, o ingresso crescente das mulheres no mundo do trabalho formal e das profissões liberais, a introdução dos primeiros métodos de controle da fecundidade modernos (em particular, a pílula e a ligadura tubária) e, por fim, o começo da transição demográfica, que envolveu inicialmente as regiões mais urbanizadas e industrializadas, mas que, a partir da metade dos anos 70, já compreendia todo o país, incluindo o Nordeste, uma região com altas taxas de natalidade.

O corpo das mulheres, trabalhadoras e mães, emergiu neste momento como lugar privilegiado de inscrição material e simbólica de um poder político que, nos anos 60 e 70, se concentrava na obra de modernização do Brasil, um verdadeiro desafio, sobretudo nas regiões mais pobres. Era preciso, a partir de então, não somente “deixar vir” os filhos como antes, mas, muito pelo contrário, planejar os nascimentos segundo as possibilidades materiais de garantir-lhes um futuro melhor e, ao mesmo tempo, o progresso da Nação. Não era mais a quantidade, mas a qualidade dos futuros cidadãos que interessava à classe dirigente. Os médicos foram chamados neste momento a colaborar com a modernização do país: assistimos, assim, ao nascimento de uma forma de poder que poderíamos chamar, como Foucault, uma “bio-política da população” (FOUCAULT M., 1976, p. 183), que só poderia atuar através do “saber-poder” da biomedicina. Esta nova bio-política não foi assumida abertamente pelo Governo Militar, tradicionalmente pró-natalista e estreitamente ligado à Igreja Católica, mas foi de fato apoiada e bem vista por uma larga parte da classe dirigente, mais moderna e progressista, do país. Instituições nacionais privadas (como a Bemfam – Sociedade pelo Bem Estar Familiar) financiadas por fundações estrangeiras (como a IPPF) implantaram, assim, os primeiros centros de planejamento familiar e treinaram os profissionais de saúde locais. Dois métodos em particular foram oferecidos: a pílula e a esterilização feminina, sendo a ligadura tubária, na época, um procedimento clandestino, ilegal³, que podia ser justificado exclusivamente em casos de gravidez de alto risco, por exemplo, após repetidos partos cesarianos.

³ “O que existe é o Código penal brasileiro que, no Capítulo das Lesões corporais, artigo 129, penaliza a esterilização quando diz ‘ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem’ ou se resulta em ‘debilidade permanente de membro, sentido ou função’, neste caso a função reprodutora”. Congresso Nacional, Relatório n. 2, 1993 – CN. Relatório final da Comissão parlamentar mista de Inquérito destinada a examinar a “ incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil ”. Presidente: Deputada Benedita da Silva. Relator: Senador Carlos Patrocínio; p. 9.

Nos anos 80 a esterilização feminina veio a ser o método contraceptivo mais usado no país, seguido pela pílula. A cirurgia era normalmente efetuada no momento do parto cesariano, muito frequente e nem sempre justificado do ponto de vista médico. A “normalização” da prática cesariana-ligadura (BERQUO E., 1993-1999; CECATTI et al., 1999) provocou, no final da década, um acirrado debate político, que desembocou na constituição de uma Comissão Parlamentar (CONGRESSO NACIONAL, 1993). Em 1997 foi, enfim, aprovada uma Lei do planejamento familiar que deveria regulamentar também o acesso à esterilização feminina e masculina (esta última sendo uma prática ainda pouco conhecida e usada no país). A Lei estabelecia os 25 anos de idade como limite mínimo para o acesso à cirurgia e/ou 2 filhos vivos, interditando a associação deste procedimento com a cesariana. A partir da metade dos anos 90, novos métodos contraceptivos, como o DIU e os injetáveis, foram introduzidos nos serviços públicos. Ao mesmo tempo a questão das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS surgiu como prioridade dos programas financiados pelo Ministério da Saúde e das intervenções dos organismos internacionais, como a Pathfinder, que já havia dado seu apoio técnico e financeiro no momento da implantação dos primeiros centros públicos de planejamento familiar.

Com o retorno à Democracia, em consequência das lutas das militantes feministas e do movimento negro, o panorama mudou: começou-se a falar em direitos civis, no direito à saúde e, por fim, em direitos reprodutivos das mulheres. Nos anos 80 foi elaborado o PAISM (Programas de Assistência Integrada à Saúde da Mulher) e em seguida foram implantados centros públicos de planejamento familiar que deveriam garantir o livre acesso a uma variedade maior de métodos. Contudo, em 1996 o método mais utilizado continuava a ser a esterilização feminina, seguida pela pílula (Bemfam, PNAD, 1991;1996) e a questão do aborto – que é ainda uma das principais causas de morte materna na Bahia (MENEZES, G.M.S.& AQUINO, E.M.L., 2001) – continuava sendo colocada na agenda política, mas sem muito sucesso. Hoje, os centros de planejamento familiar públicos estão passando por um processo de municipalização e não recebem mais financiamentos da USAID, da Pathfinder e de outras agências internacionais. O problema da falta de recursos é muito sério e o acesso a uma contracepção diversificada, eficaz e gratuita é difícil, sobretudo nas periferias.

Como testemunham também o cartaz do Ceparh e o debate que se seguiu, além do direito ao planejamento familiar, as questões do racismo e da pobreza são, ainda hoje, feridas abertas na sociedade brasileira. Num país onde, nos anos 80, se assistiu a um declínio muito acelerado das taxas de fecundidade, a questão da fome, da pobreza e do racismo continuam presentes na agenda das prioridades políticas do Governo. As taxas de desemprego e de trabalho informal, num quadro geral de precarização do trabalho, de privatização e terceirização das grandes empresas públicas,

são muito elevadas e atingem principalmente os jovens e as mulheres. Este é o resultado da aplicação das receitas neoliberais do FMI (cfr. BORGES A., GUIMARÃES B.I., 2000).

Neste quadro as mulheres, em particular as mulheres pobres, ocupam um papel fundamental: elas estão no centro da cena reprodutiva e são elas que tradicionalmente se ocupam da criação dos filhos, da educação e da saúde na família. Vale lembrar também que a taxa de mulheres chefes de família é alta⁴. Assim (e também porque os métodos hormonais que entraram no mercado a partir dos anos 60 eram dirigidos exclusivamente às mulheres), as políticas de planejamento familiar foram pensadas para elas. Vimos como no Brasil as mulheres responderam positivamente aos programas de difusão da pílula e da ligadura tubária que, nos anos 80, veio a ser o método contraceptivo mais usado, provavelmente tanto quanto o aborto (todavia, sendo esta prática proibida, não há dados confiáveis que possam comprová-lo). Isso significaria que elas aderiram às teorias neo-malthusianas de redução da natalidade nas classes populares que inspiraram os primeiros programas de planejamento familiar? Qual é a relação destas mulheres com os modernos métodos contraceptivos e com a contracepção em geral? Quais são suas exigências prioritárias e seus problemas quotidianos? E onde ficam os homens neste quadro, excluindo-se os cientistas e os políticos?

Se gênero, como escreve Joan Scott, é não só “um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, mas também “uma forma primária de significar relações de poder” (SCOTT J. W., 1999, p. 42: a tradução é minha), para responder a estas questões é preciso entrar nos centros de planejamento familiar e nos bairros de onde estas mulheres provêm, até chegar a suas casas. É importante entender “como a reprodução é estruturada através de fronteiras sociais e culturais, particularmente em intersecções locais e globais” (GINSBURG F., RAPP R., 1995, p. 3: a tradução é minha), e como, parafraseando Nancy Scheper-Hughes e Margareth Lock, “the individual body, the social body e the body politics” se articulam (SCHEPER-HUGHES; LOCK M., 1987). Para fazê-lo escolhi uma cidade, Salvador da Bahia, no Nordeste do Brasil, cidade pobre, “periférica”, “marginal” no país, mas ao mesmo tempo central na articulação de políticas que incluíram grandes agências transnacionais. Escolhi a clínica do Dr. Coutinho, conhecida pela população local como um ótimo centro de planejamento familiar, no qual o atendimento é quotidiano e gratuito e, internacionalmente, como Centro de pesquisa de referência no campo da contracepção hormonal feminina e masculina.

Escolhi, enfim, o Hospital J. Batista Caribé, situado no Subúrbio Ferroviário, onde desenvolvi minha pesquisa de campo. Trata-se de uma parte da cidade que se desenvolveu de forma bastante caótica, seguindo as ondas de migração do interior para a Capital, a partir dos anos 70. Aqui os

⁴ No Brasil, passou de 18,1% em 1991 à 24,9% em 2000; na Bahia de 20% à 27,1%. Dados Censo 2000, IBGE.

políticos locais apareciam e aparecem apenas nos períodos eleitorais para oferecer “melhorias”: obras de infra-estrutura, mas também prescrições de tratamentos de saúde em clínicas privadas e ligaduras tubárias⁵. Na nossa pesquisa analisamos, por um lado, se e como um certo discurso político sobre a pobreza e a necessidade de controle dos nascimentos nas camadas pobres se inscreve nas palavras, nas práticas e nos corpos dos médicos e das/dos pacientes. Por outro lado, como os conflitos de gênero, se (re)produzem na vida quotidiana e no espaço da clínica.

Passando dos bairros periféricos às clínicas pesquisadas tentamos desenvolver nossa pesquisa na perspectiva de uma “antropologia política do corpo” e focalizar, no quadro da história das políticas de planejamento familiar dos últimos decênios, a passagem “d’un marquage sur les corps de l’ordre de la société à son inscription dans les corps, autrement dit l’histoire de l’incorporation de l’inégalité” (FASSIN D., 1996, p. 44). No nosso caso tentamos analisar o processo de incorporação das desigualdades de gênero, classe e raça no contexto da aplicação das políticas de planejamento familiar.

Vamos apresentar, aqui, alguns fragmentos desta história, ouvindo primeiro a voz de mulheres e homens jovens e adultos que moram atualmente no Subúrbio de Salvador e em seguida das médicas e enfermeiras que os atendem nos centros de planejamento familiar.

A precariedade, os conflitos e os acidentes da vida quotidiana: as mulheres não têm tempo

Para entender a relação das mulheres com o próprio corpo, a maternidade, a contracepção e os serviços de saúde, decidi acompanhá-las nos bairros onde moram, no Subúrbio. No dia a dia das mulheres, o trabalho doméstico parece engolir o tempo, inclusive para aquilo que poderia ser-lhes útil, como ir ao Posto de saúde sempre que precisarem. Lavar roupa e cozinhar para a família são as duas tarefas mais pesadas, e menos amadas, e os filhos também “dão muito trabalho e muita dor de cabeça”. É mais freqüente que as mais velhas e as separadas se queixem abertamente da sobrecarga do trabalho doméstico se referindo à vida de “escravidão”, nas palavras delas, que levaram quando eram casadas e os filhos eram crianças. Estas geralmente gostam muito da liberdade adquirida. Uma mulher de 38 anos, com duas filhas, separada, dizia o seguinte sobre o pai da segunda filha, que é casado e tem uma outra família: “quando ele me fala que ele quer largar a mulher dele e vir morar aqui com a gente eu sinto um frio na barriga”.

As mais jovens, as recém-casadas, mesmo tentando assumir o papel de boa dona de casa, boa mãe e mulher, se queixam mais da escassa participação dos parceiros nas tarefas domésticas do que as mais velhas. Nem sempre elas acham que, como falam as mais velhas: “o homem é assim mesmo”,

⁵ A prática da troca de um voto por uma ligadura gratuita já foi denunciada à Comissão Parlamentar em 1992, mas nos bairros onde eu fiz minha pesquisa continua sendo comum. Contudo, vale observar que, segundo os seus próprios relatos, nem todas as mulheres, no momento do voto, são fiéis à promessa feita.

que “é a natureza dele sair, não cuidar das coisas de casa”. A chave para elas é também a educação, a cultura, “o machismo”, como muitas falam, palavras que, muitas vezes, ouviram nas escolas ou nas Associações de Bairro onde, nos últimos quinze anos, se desenvolveram vários projetos de informação e educação em contracepção, sexualidade e prevenção de DST. E se o homem “apronta na rua”, razão de muitas brigas e separações, elas também podem trair.

Como disse uma jovem mulher, separada, com uma filha recém-nascida: “ele arranjava outra? Eu arranjava outro também. Ele me chamava de traidora, mas não era traição. Ele me largava, aí eu ficava não lhe devendo nada”. Entretanto, que a natureza do homem é ser mais “galinha” do que a mulher, isso não se discute. Um dia uma jovem mulher me disse, na sala de espera do Ceparh : “os homens são canibais mesmo. Homem se não trai, não se acha homem. Homem precisa de um beco para trair, mulher de um motivo”. Ainda assim as jovens reivindicam mais liberdade para elas também. Uma jovem mãe, com dois filhos pequenos, dizia: “ele sai à noite com os amigos, quando ele volta do trabalho, mas não gosta que eu faça a mesma coisa, nem me convida para sair com ele, isso não é justo, a gente briga muito por isso”. Entretanto, mesmo se queixando, são poucas aquelas que têm a coragem de romper as regras: de uma geração à outra este conflito parece não ter fim. Sair à noite para estudar também é complicado para as jovens recém-casadas com filhos, por causa, sobretudo do ciúme do marido: quem sabe quem elas poderiam encontrar na escola ou depois das aulas? O ciúme, como também a agressividade do macho, sua natureza predatória, a tendência ao adultério, são, segundo o Dr. Coutinho, algumas das características “naturais” do homem, que ele explica através a teoria da ação dos hormônios (COUTINHO E ., 1996). Nos bairros onde eu fiz minha pesquisa não se fala habitualmente em hormônios, mas mesmo na periferia há simpatizantes das teorias do cientista, que aparece freqüentemente na TV. Os homens que tinham ouvido falar dele gostavam particularmente da sua teoria sobre o adultério e o ciúme e as mulheres, como veremos mais adiante, da sua luta pelo planejamento familiar gratuito.

Não posso discutir, não sendo competente, as teorias científicas do Doutor, mas pelo que eu pude observar, o ciúme é a chave das relações entre namorados e entre marido e mulher, mas também entre vizinhas e amigas. Quem tem mais possibilidade de sair “na cidade” (que seria o centro de Salvador, quase como se o Subúrbio não fosse cidade) e de “curtir”, quem consegue um bom emprego, quem chega até a Faculdade, uma raridade nestes bairros, é objeto de ciúme e, às vezes, até de mal olhado. O lazer em particular – sair para tomar uma cerveja, dançar um pagode na sexta feira, ou passear no domingo – é muito importante para as/os jovens porque confere prestígio, status social mais elevado do que o trabalho ou os estudos. E de fato é mais fácil conseguir dinheiro para sair uma noite do que um bom emprego, ou um bom título de estudo.

Para os homens jovens, principalmente, sair com os colegas para beber e se divertir é muito relevante, mas, se nestas ocasiões eles não podem oferecer cerveja às parceiras ou às possíveis paqueras, é melhor não sair. No caso das jovens acrescenta-se a isto os filhos e/ou as obrigações domésticas e, se para sair é preciso se arrumar, fazer unhas e cabelos, o que é hoje um ditame, a despesa é ainda maior.

As mulheres mais jovens podem ter o apoio das mais velhas – mães, sogras, irmãs, parentes, vizinhas – que cuidam dos filhos quando elas precisam, permitindo assim não só que elas saiam, mas, sobretudo, que terminem os estudos ou trabalhem. As casadas podem também se apoiar nos parceiros quando estes estão desempregados, ou às vezes nos irmãos, mas este fenômeno é bem mais raro. Na verdade, é uma desonra para um homem ficar muito tempo em casa sem procurar um trabalho, tendo ele o dever de assumir o papel tradicional de provedor principal da família. E ficar em casa sem trabalhar, mas cuidando dos filhos e das tarefas domésticas é ainda mais problemático, sendo o espaço doméstico principalmente feminino. Nestas condições, quando não podem contar com a ajuda de alguém da família, as mulheres, na ausência de creches públicas – que são pouco numerosas – não têm outra possibilidade senão pagar a uma vizinha jovem, adolescente, para que tome conta de seus filhos. Muitas mulheres que entrevistei, jovens e velhas, começaram a ganhar dinheiro assim, olhando os filhos da vizinha ou trabalhando em casa de família, a partir dos 12, 13 anos de idade, às vezes ainda mais cedo. Isso, para muitas, significou o abandono temporário ou definitivo dos estudos. O número de mulheres, mesmo adolescentes, que ganharam e ganham a vida como domésticas é muito elevado não só nesta parte da cidade, mas em toda a Bahia (BORGES A. Et al, 2000; A TARDE, 2002) e na maioria das vezes o trabalho continua sendo precário e informal⁶. O conflito entre tempo, dinheiro e a sobrecarga do trabalho doméstico são problemas muito sensíveis para as mulheres. Em relação ao acesso à contracepção moderna isso é um problema sério, porque quem tem tempo para ir procurar o método desejado num Posto de Saúde, pode não ter dinheiro para pagar o ônibus ou para comprar o método quando está em falta, o que muitas vezes acontece. Ou vice-versa: quem tem algum dinheiro pode não dispor de tempo.

Isso pode explicar porque as farmácias continuam sendo as principais fontes da pílula e dos injetáveis mensais e trimestrais (CRESAR, 2004). De fato, o preço da passagem de ônibus para ir procurar um método num Posto de Saúde equivale ao preço do próprio método e o tempo perdido é uma dificuldade a mais. Muitas mulheres não conseguem fazer o preventivo porque não têm tempo para marcar os exames e retirar os resultados – ou têm medo de pedir este tempo para a patroa ou o patrão, quando trabalham – e, se não conseguem colocar o DIU como gostariam, é pelo mesmo

⁶ Para trabalhar todos os dias de segunda a sexta, no mínimo 8 horas, o salário oscila entre R\$180,00 (reais) na periferia e um salário mínimo (hoje R\$260,00) no Centro, mas é difícil conseguir ganhar tanto. Como diaristas as domésticas ganham de R\$20,00 à R\$35,00 por dia, mas sem carteira assinada.

motivo, ainda mais porque, neste caso, o preventivo é mais imprescindível do que para um método hormonal. Uma jovem mulher de 25 anos, solteira com dois filhos, chegou um dia ao Hospital J. Caribé chorando porque não queria tirar o DIU, que inseriu há 5 anos, pelo medo de engravidar, mas estava sofrendo de hemorragias duas vezes por mês e quase perdeu o trabalho por causa disso. O problema para ela não era a própria saúde, mas o conflito entre o medo de perder o trabalho, por um lado, e o medo da gravidez indesejada, por outro. A médica tirou o DIU e prescreveu pílulas a ela, dizendo: “pare de chorar! Não gosto de mulheres que choram. Você vai ficar boa”. Vale lembrar que o tempo para cada visita é limitado: a Dra. Letícia hoje está sozinha no centro de planejamento familiar do Caribé que, devido ao processo de municipalização, está sendo desmantelado e, além disso, ela trabalha ainda em outro Centro de Saúde muito distante.

A irregularidade menstrual é uma das queixas mais frequentes das mulheres: além do DIU há injeções trimestrais hormonais que provocam, frequentemente, amenorréia. Algumas mulheres gostam de não menstruar, mas a maioria fica muito preocupada por não ter o fluxo mensal.

O Dr. Coutinho elaborou uma teoria sobre as menstruações, que ele descreve como uma “sangria inútil”, origem de muitas doenças na mulher (COUTINHO E., 1996). No Subúrbio e no Caribé encontrei várias mulheres que tinham ouvido o cientista falar na TV ou haviam sido suas pacientes. Algumas delas gostavam muito desta teoria, mas a maioria via as menstruações como signo de boa saúde e não queria renunciar a sangrar cada mês. “Se a menstruação não descer ela fica presa e a mulher pode ficar doente”; “Serve para tirar as impurezas do corpo”; “Se Deus deu para a mulher deve ser pelo bem”, eram algumas das frases mais repetidas por estas mulheres. Mesmo discordando quanto à questão da menstruação, a maioria vê no Dr. Coutinho um grande cientista e um benfeitor: a sua luta pela implantação de serviços de planejamento familiar eficazes é reconhecida por estas mulheres como uma luta própria. E as campanhas do Ceparh e da imprensa favorável, que usam imagens de órfãos, meninos de rua e fetos jogados no lixo, parecem ter deixado um traço indelével em sua memória. Uma jovem de 20 anos, paciente do Ceparh, se queixava dos limites de idade estabelecidos pela Lei para poder ter acesso à ligadura: “eu sei que não vou poder criar nenhum filho e sei o que eu não quero: você vê tantas crianças abandonadas ou jogadas no lixo. Por que chegar até isso? Mas não posso porque sou jovem e solteira”.

Nas palavras desta mulher como de muitas outras podemos ler a dificuldade de lidar com problemas e conflitos que se entrelaçam e não são de fácil solução: a precariedade das condições financeiras, do trabalho e do atendimento nos serviços de saúde, os conflitos de gênero, que se manifestam em casa como nos Hospitais e, por fim, os acidentes da vida cotidiana. Na maioria dos casos, as jovens com quem falei conheciam os métodos modernos mais usados (exceto o diafragma) e confiavam mais neles do que nos métodos comportamentais ou nas folhas, usados pelas mães. A

maioria delas gostaria (ou teria gostado) de ter no máximo dois filhos, um casal, não só para poder assegurar uma boa educação e um melhor futuro para eles, mas também para poder investir no próprio futuro e não precisar renunciar ao lazer. Elas procuram planejar as gravidezes mais do que suas mães, que tiveram em média mais filhos do que elas, usaram apenas a pílula e fecharam a carreira reprodutiva com uma ligadura tubária. Porém elas nem sempre conseguem obter o que querem e muitas passam pela experiência do aborto clandestino.

Gravidez indesejada e aborto: falha dos métodos?

O aborto provocado é uma realidade quase sempre presente nos relatos das mulheres que encontrei. Mesmo sendo muito freqüente, é quase sempre condenado moralmente pelas mulheres e nem sempre é fácil conseguir falar com elas sobre este assunto. Mulheres de idades diversas me falaram a mesma coisa: “hoje uma mulher engravida só se ela quiser ou por safadeza, porque têm tantos métodos para não engravidar”. A introdução progressiva de uma variedade de métodos no mercado e nos Postos de Saúde, mesmo se num quadro de grande precariedade, me parece ter dificultado a aceitação moral do aborto provocado, hoje mais do que nunca. Mesmo assim as mulheres distinguem o ato de tomar um chá ou um remédio para a menstruação descer quando atrasa, do ato de “tirar” ou de “matar”, como elas falam, tomando o cytotech, o remédio mais usado. Só no segundo caso pode-se falar propriamente de aborto: esta è uma das táticas quotidianas (DE CERTEAU M., 1990) adotadas para fugir a culpabilidade e a criminalização do ato.

Entre as mulheres jovens que tinham passado por uma gravidez não prevista na adolescência, algumas de fato já queriam ser mães, ainda que não naquele momento, e/ou casar e sair de casa para morar com o próprio parceiro (as motivações são sempre entrelaçadas e ambivalentes em seus relatos). Quando eu perguntava como elas tinham ficado grávidas algumas riam e contavam: “esqueci a camisinha”, ou “esqueci a pílula”; outras não sabiam me explicar (sobretudo no caso das mais jovens, nas primeiras relações sexuais). Mas a maioria das mulheres que encontrei, jovens e adultas, atribuía a gravidez inesperada à falha do método: coito interrompido, camisinha e pílula, mais freqüentemente. “A camisinha estourou”, falavam as mais jovens, mas muitas delas não sabiam como, porque não são elas, de fato, que manuseiam o preservativo e em alguns casos, raros, elas não queriam ter um filho, mas o parceiro sim, quando ocorreu o incidente.

Em relação à pílula, muitas mulheres aprenderam a usá-la sozinhas, comprando-a na farmácia ou perguntando a uma vizinha ou amiga, e confiam mais nelas do que nos médicos ou na bula. Algumas daquelas que encontrei nos centros de planejamento, os quais procuram normalmente depois de uma primeira gravidez, me falavam que elas costumavam usar a pílula só nos dias em que tinham uma relação sexual, muitas a esqueciam durante vários dias e depois tomavam todas de uma

vez. A maioria, enfim, esperava as menstruações chegarem e irem embora antes de iniciar uma outra cartela, nem sempre respeitando o intervalo previsto.

Para muitas mulheres, de fato os hormônios são entidades fantasmáticas, que tem a ver, às vezes, com o desejo sexual (atribuído ao hormônio masculino), ou com a boa saúde das mulheres na menopausa, mas não necessariamente com as menstruações e com a fertilidade, ou nem sempre de forma clara, compreensível. Uma mulher de 30 anos perguntava a uma outra na sala de espera do Ceparh: “eu queria entender este negócio de hormônios: porque têm pessoas, como minha prima, que teve que pegar hormônios, porque ela não conseguia engravidar, aí não entendo... Você tem que pegar hormônios se você quer ou não quer engravidar?”. Ao que a outra respondeu: “Pode ser que ela tivesse muito hormônio masculino, aí ela teve que tomar hormônio feminino: pergunte à médica”. Mas é raro que elas depois perguntem e que a médica responda de forma adequada: o tempo disponível para as visitas é sempre pouco...

A maioria das mulheres que encontrei vive, sente e fala do próprio corpo sem precisar da teoria dos hormônios: são as menstruações, as dores na barriga, o tamanho do ventre que as ajudam a se orientar e a ler o corpo. A ovulação e o ciclo dos hormônios raramente são conhecidos. É verdade também que nos cursos de planejamento familiar o processo de ovulação e o funcionamento dos ciclos hormonais nem sempre são explicados. As mulheres têm que aprender a contar os dias para tomar a pílula e os injetáveis de forma correta: isso é o objetivo principal das aulas. Assim, elas acabam tomando o “remédio” contra a gravidez como qualquer outro, sem entender porquê devem tomá-lo durante um certo número de dias, que varia de uma pílula para outra, e ficando preocupadas quando a menstruação desce, pois se sentem vulneráveis, desprotegidas.

As médicas que atendem a estas mulheres se queixam freqüentemente da escassa confiança que as pacientes têm nelas e ridicularizam ou condenam moralmente o uso que as mulheres fazem de outros métodos para não engravidar, para a menstruação descer ou para “tirar o filho” (folhas, sobretudo). São “crenças” e maus hábitos que têm se ser erradicados das cabeças e da vida cotidiana destas mulheres, mas como? Médicas e enfermeiras (os profissionais que trabalham com planejamento são, sobretudo, mulheres) às vezes também se sentem vulneráveis e sem instrumentos para lidar com as próprias pacientes. A raiva porque “elas não querem ouvir”, “não querem entender” nasce de uma frustração profunda: o mundo da clínica e o mundo da cidade, ou melhor, da periferia, parecem ser dois espaços separados, sem comunicação. Mas será verdade?

Antes de fechar este quadro e tirar algumas conclusões vale a pena ressaltar a ausência do outro ator principal que ainda não interrogamos e que de fato é pouco presente, seja nas casas ou nas clínicas onde fizemos nossa pesquisa: onde estão os homens?

Homens irresponsáveis? A participação masculina na contracepção

“Eu sempre dizia para minhas filhas”, falava uma velha senhora de Fazenda Coutos, mãe de 10 filhos: “homens não assumem, homens somem”. Ela não se referia ao próprio marido, mas aos parceiros da filha mais jovem, aos 20 anos já mãe de dois filhos de dois pais diferentes que não quiseram assumir a paternidade. A assistente social do Ceparh também se queixa freqüentemente da “irresponsabilidade” dos homens que, com quatro ou cinco filhos com mulheres diferentes, querem fazer uma vasectomia, quando eles poderiam ter usado a camisinha antes. Além disso, a cirurgia só é permitida em caso de homens casados. A médica do Caribé, um dia, quando uma paciente se queixava por não querer esperar o tempo necessário para começar um novo método hormonal, perguntou: “será que não consegue segurar? O marido vai bater se você pedir para ele esperar alguns dias?”. O problema não era este: ela tinha passado por vários abortos, havia usado a injeção, que deixou por engordar muito e havia usado o DIU, mas teve que tirá-lo porque tinha duas hemorragias por mês. Agora ela tinha medo de engravidar.

O discurso, principalmente feminino, que se constrói no dia a dia dos bairros periféricos e dos centros de planejamento sobre a masculinidade heterossexual nem sempre se casa com a realidade. “Os homens são safados, galinhas e procuram sempre mulheres na rua”; “Os homens não ajudam em casa e quando acontece é um milagre”; “Os homens não querem assumir os filhos”: estas são algumas das queixas mais freqüentes. Fala-se menos da violência: ela existe, mas é um assunto que é mais objeto de fofoca na rua do que de relatos diretos das mulheres.

Mas quem são estes homens? Na minha pesquisa encontrei homens adultos que assumiram todos os filhos das mulheres com quem casaram ou decidiram viver, mesmo que depois de muitas aventuras, e também homens que assumiram toda a família quando a mulher morreu ou os deixou. São estes homens que aparecem mais freqüentemente como candidatos à vasectomia, que se encontram na sala de espera do Ceparh, um dos raros lugares onde eles podem ir. O “desemprego”, “as condições financeiras” e, nas palavras deles, “as dificuldades que a gente passa para poder assegurar uma boa educação e um futuro melhor para os filhos” estão entre as motivações mais freqüentes que eles colocam no momento da entrevista com a assistente social. Outra razão é a vontade de participar na contracepção, sobretudo quando a parceira já passou por muitos sofrimentos devidos aos métodos usados – pílulas e injetáveis – ou um ou mais abortos.

Os homens que chegam ao Ceparh como candidatos à vasectomia participam muito ativamente nas palestras sobre planejamento familiar, são curiosos, às vezes perguntam também sobre a existência da pílula masculina, que foi pesquisada de fato por Coutinho e sua equipe, mas nunca entrou no mercado brasileiro. A cada aula alguém me contava que, finalmente, tinha tirado dúvidas antigas

sobre o funcionamento dos métodos femininos: eles expressam visivelmente o desejo de estarem mais envolvidos na contracepção.

Na verdade, não há muita escolha para os homens no campo dos métodos contraceptivos modernos e, desde o começo, os serviços de planejamento familiar foram dirigidos às mulheres. É um fato que na Bahia os homens, sobretudo os mais jovens, começaram a ter mais acesso à informação só recentemente, através dos Programas de Prevenção às DST.

Muitos homens adultos, se trabalham, compram as camisinhas nas farmácias, mas mesmo para os jovens dos bairros mais periféricos do Subúrbio hoje não é muito difícil encontrar uma camisinha: às vezes são as mulheres que as pegam nos Postos de Saúde, dos quais são as principais usuárias, e dão para os irmãos ou maridos, para que usem fora de casa. Às vezes os adolescentes assistem às palestras sobre DST para consegui-las. Nem sempre as usam, pois acabam dando para os amigos, ou trocando por uma “pinga”, mas, como me falou a assistente social do Posto de Fazenda Coutos, “o que é mais importante é que de alguma forma pare num pinto, não é?”.

Como dizem muitas mulheres, os homens jovens e adultos não gostam muito da camisinha: “é ruim mesmo”, me falou a maioria dos homens que encontrei, mas eles sabem também que: “hoje tem que usar, por causa das DST e da AIDS”. No caso de relacionamentos estáveis a camisinha não entra facilmente no leque de métodos escolhidos: o coito interrompido é uma outra opção. Contudo, os homens casados que querem limitar o número dos filhos – a preferência, em geral é por dois, melhor se casal – se preocupam em ajudar a parceira a comprar um método hormonal, considerado ainda mais seguro do que a camisinha. E se é verdade que muitos deles não gostam da camisinha, o mesmo é verdade para muitas mulheres também: “arde, assa, estoura facilmente”, se queixam, mas também não gostam porque “é como chupar bala com papel”. Encontrei também homens que se queixavam de que certas mulheres não querem usar a camisinha de jeito algum e de que elas usam a gravidez como uma arma para “prender o homem”. Naturalmente sem efeito na maioria das vezes, porque “se o homem não quer assumir, ele não assume”. A sensação de não estar no controle da situação, porém, é vivenciada como algo desagradável, sobretudo pelos jovens que já tiveram filhos.

Saindo das clínicas e passando à periferia, é fácil encontrar homens adultos que passam o dia jogando dominó ou tomando cachaça e cerveja nos bares e jovens que jogam futebol ou ficam na sombra e olham as meninas a passar na rua. Muitos deles - são pedreiros, macineiros, serralheiros - se queixam do desemprego, da precariedade do trabalho e dos salários baixos; os mais jovens, como também as jovens mulheres, das escassas oportunidades de ter hoje uma formação qualificada. Como assumir o papel de provedor em casa, ajudar a mãe e sustentar a própria família nestas condições?

Conclusões: a contracepção entre direitos e privilégios

O quadro que tentamos delinear a partir da história do planejamento familiar no Brasil, que envolve desde atores nacionais e internacionais, até as mulheres e homens usuários dos centros de planejamento, moradores da periferia de Salvador, é complexo. Porém podemos individualizar alguns elementos chave que podem nos ajudar na sua leitura: as queixas comuns a homens e mulheres são relativas ao difícil acesso e à má qualidade dos serviços públicos – centros de saúde e escolas – e da dificuldade ou impossibilidade de sair dos bairros periféricos à procura de serviços melhores. Outros problemas gerais são o desemprego e a precariedade do trabalho. O tempo, como vimos, joga um papel muito importante neste quadro: as mulheres pacientes dos centros não têm tempo, devido à sobrecarga do trabalho doméstico e do trabalho fora de casa, de se cuidar e de ir procurar ou comprar os métodos desejados; as profissionais de saúde trabalham em condições precárias e frequentemente têm mais de um emprego em lugares diferentes da cidade. Enfim, há os conflitos e as tensões no casal que, como vimos, vão além da questão da escolha e negociação da contracepção, mas de toda maneira são elementos fundamentais na compreensão das dificuldades encontradas na tentativa de planejar os filhos. Entretanto, a gravidez não prevista se deve também ao uso incorreto de alguns métodos e, em última análise, à dificuldade de ter acesso a serviços públicos de boa qualidade que sejam abertos aos homens tanto quanto às mulheres e forneçam uma informação que leve em conta e valorize a percepção que as mulheres têm do próprio corpo, da fertilidade e da gravidez.

Além das questões culturais relativas à construção das identidades de gênero, suas negociações e mudanças atuais, me parece mais urgente discutir, neste contexto, os problemas políticos e econômicos que limitam drasticamente o espaço de escolha da população pobre que mora na periferia. Homens e mulheres têm que adotar táticas diferentes a cada vez, e nem sempre eficazes, para buscar seus próprio objetivos num quadro de carência estrutural dos serviços públicos e de precarização do trabalho muito grave. Neste quadro, muitas das práticas contraceptivas propostas nos últimos vinte anos estão sendo adotadas pelas mulheres, e pelos homens também, embora através de conflitos e incompreensões, e o discurso sobre a necessidade de controlar, de conter o número de filhos segundo as possibilidades econômicas de cada um, tornou-se “normal”, aceito pela maioria. Entretanto a responsabilidade pelo planejamento continua a recair sobretudo sobre as mulheres, nos discursos e práticas médicas tanto quanto nas palavras das pacientes. Ao mesmo tempo, a responsabilidade moral que as mulheres, e muitos homens também, sentem de conter o número máximo de filhos entra em conflito, nem tanto com o desejo de ter mais filhos, que geralmente não emerge (mas e se as condições fossem melhores, isso mudaria?), mas sim com as

dificuldades nas possibilidades práticas, reais de fazê-lo. A pobreza é vivenciada como uma culpa, uma responsabilidade e uma vergonha individual e a questão do racismo nunca surge, senão em relatos esporádicos, relativos a maus tratos nos Shoppings e em outros lugares de lazer do Centro. Voltamos ao princípio: não podemos entender as práticas contraceptivas se não consideramos o entrelaçamento entre diferentes níveis de análise, do global ao local. Neste quadro o racismo implícito na aplicação dos primeiros programas de “planejamento familiar“, os conflitos relativos à construção e representação do gênero e os conflitos de classe se inter-relacionam e têm que ser lidos em conjunto para se ter uma visão de uma realidade tão complexa.

A mulher à qual o Dr. Coutinho havia dirigido seu cartaz recebeu a mensagem, mas não vê as suas condições de vida e de seus filhos melhorarem como prometido. As teorias neo-malthusianas fracassaram diante das novas teorias neoliberais e, numa sociedade historicamente desigual e racista, qual escolha têm hoje os moradores da periferia e para qual futuro? Deixamos esta interrogação aberta ao debate.

Referências bibliográficas

- Ardaillon D., « Sexualité féminine et citoyenneté : Brésil 1975/95 », em : Bisilliat Jeanne (sous la direction de), *Face aux changements les femmes du sud*, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 325-344.
- Avila Betânia M., Corrêa S., “O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos”, em: *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*, S. Paulo, Hucitec, 1999, pp.165-179.
- Baltar Rocha da M. I., *Política demográfica e parlamento*, Textos Nepo, Universidade de Campinas, Núcleo de Estudos de População, 1993.
- Bemfam (Sociedade civil bem estar familiar no Brasil), Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. Pesquisa sobre Saúde familiar no Nordeste, DHS, Rio de Janeiro, 1991; Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, Macro int. Inc., Rio de Janeiro, 1996;
- Berquó E., “ Brasil, um caso exemplar – anticoncepção et parto cirúrgico – à espera de uma ação exemplar “ , *Revista Estudos Feministas*, n. 2, 1993; “ Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil “ , em: Giffin Karen et al., *Questões da saúde reprodutiva*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999, pp. 113-126.
- Borges A., Guimarães Brandão I., , “A mulher e o mercado de trabalho nos anos '90: o caso da região metropolitana de Salvador”, em Baltar da Rocha M. I., *Trabalho e gênero*, S. Paulo, ed. 34, 2000, pp. 111-139.
- Cecatti J.G. et al, “ Cesárea no Brasil: um direito de opção? “ , em: *Saúde sexual et reprodutiva no Brasil*, op. cit., pp. 237-258.
- Congresso Nacional, *Relatório n. 2, 1993 – CN. Relatório final da Comissão parlamentar mista de Inquérito destinada a examinar a “ incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil “* .
Presidente: Deputada Benedita da Silva. Relator: Senador Carlos Patrocínio.
- Coutinho E., *Menstruação. A sangria inutil. Como não menstruar sem remédio*, São Paulo, Editora Gente, 1996; *O descontrolo de natalidade*, Salvador, Memorial das Letras, 1998.
- CRESAR (Centro de referência de saúde reprodutiva), “Estratégia estadual para ampliar o acesso da população d métodos anticoncepcionais, relatório, Salvador de Bahia, 2004.
- De Certeau, *L'invention du quotidien. I. Art de faire*, Paris, Gallimard, 1990.
- Fassin, Didier, *L'espace politique de la santé*, Paris, Puf, 1996.
- Ferreira Nobre F. F. J., “ Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM “ , en Galvão Loren, Diaz Juan, *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*, op. cit., pp. 151-162.
- Fonseca S. D., *Estado e população: uma historia do planejamento familiar no Brasil*, Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos-UNFPA-FNUAP, 1993.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité. La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Goldberg-Salinas A., « Féminisme et politique au Brésil depuis 1975 » , em : Bisilliat Jeanne (sous la direction de), *Face aux changements les femmes du sud*, op. cit., pp. 243-270.
- IBGE, *Censo 2000*.

- Menezes, G.M.S. & Aquino, E.M.L (2001), *Mortalidade Materna na Bahia*,
Relatório de Pesquisa, Salvador, 1998.
- Pitanguy Jacqueline, “ O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos “ , en Giffin
Karen et al., *Questões da saúde reprodutiva*, op. cit., pp. 19-38.
- Scheper-Hughes N., Lock M. M., “The mindful body: a prolegomenon to future work in medical
anthropology”, em: *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n. 1, march 1987, pp. 6-41.
- Scott J. W., “Gender: a useful category of historical analysis”, em: *Gender and the politics of history*,
Columbia University Press; Revised Edition edition, 1999, pp. 28-50.
- SESAB-DICS, “População residente recenseada e estimada segundo distritos sanitarios de Salvador”,
Estado da Bahia, 1991-2002, em: Governo do Estado da Bahia, Secretaria da saude do
Estado da Bahia, *Indicadores demograficos, sociais e de saude, Salvador-Bahia, 2001*, p.
381.
- Souza Gordilho A., *Limites do habitar*, Salvador, Edufba, 2000.
- A Tarde , *14 mil jovens são domesticas em Salvador*, 29/03/02.
- Veloso Costa, *Planejamento familiar. Aspectos sociais e politicos*, Rio de janeiro, Bemfam, 1980.