

LUCILA SCAVONE
HÉLÈNE BRETIN
ANNIE THÉBAUD-MONY

Contracepção, Controle Demográfico e Desigualdades Sociais: análise comparativa franco-brasileira

¹ TOULEMON, L. e LERIDON, H. *Vingt Années de Contraception en France 1968/1988* *Population* 4, 777, 1991.

² TOULEMON, L. e LERIDON, H. *Maîtrise de la Fécondité et Appartenance Sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements* *Population* 1, 1, 1992.

³ BRETIN, H. *Contraception: quels choix pour quelle vie? Histories de femmes, paroles de médecins* Paris: INSERM, 1992.

⁴ Veja os trabalhos de FELLOUS, M., *Contraception et Migrations*. Paris: Syros, 1982; TURSHEN, M., BRETIN, H. e THÉBAUD-MONY, A. *Prescription de Contraception aux Femmes Immigrées en France* In: *Population, Reproduction, Sociétés. Perspective et enjeux de la démographie sociale* Montréal: Presses Universitaires de Montréal, 1993; TURSHEN, M., BRETIN, H. e THÉBAUD-MONY, A., *Migration, Public Policy and Women's Experience*. In: *Women's Lives and Public Policy*. Londres: Greenwood Press, 1993.

⁵ Mouvement Français pour le Planning Familial. *D'une révolte à une lutte, 25 ans d'histoire du planning familial*. Paris: MFPF, 1982.

A prescrição e a utilização de métodos contraceptivos modernos (pílula, DIU, injetáveis etc) se expande cada vez mais em vários países do mundo, quer como estratégia política visando a solução de problemas econômicos pela diminuição da fecundidade, quer como direito individual adquirido expresso na livre escolha da maternidade, conforme a clássica reivindicação do movimento feminista francês dos anos 70: "uma criança, se eu quiser/quando eu quiser" ("un enfant, si je veux/quand je veux").

A prática da anticoncepção tem sido estudada em pesquisas de caráter sociológico, demográfico e antropológico, tanto na França como no Brasil, países analisados no presente artigo. Foram realizadas na França pesquisas sócio-demográficas que nos possibilitam apreciar as transformações das práticas anticoncepcionais nos últimos vinte anos¹ e também observar a relação entre *status* social e "domínio da fecundidade" ("maîtrise de la fécondité")². Encontramos igualmente estudos sociológicos que trabalham a relação das desigualdades sociais com o uso da anticoncepção³ e que enfocam o tipo de contraceptivos utilizados por mulheres migrantes⁴. A abordagem feminista produziu uma crítica que acompanha todo o processo de liberação da anticoncepção na França⁵ e também reflexões importantes sobre o desejo ou recusa da maternidade⁶.

No Brasil, pesquisas sócio-demográficas nos possibilitam observar as tendências atuais sobre as práticas da anticoncepção neste país⁷. Os estudos de cunho demo-gráfico têm destacado a queda da fecundidade das mulheres brasileiras nos últimos anos⁸, observando o uso cada vez mais freqüente da esterilização como método contraceptivo⁹. Pesquisas sociológicas relacionando a saúde das mulheres à anticoncepção apontam para as condições sociais e ideológicas do uso

⁶ Reflexões como as de VILAINÉ, A., GAVARINI, L. e LE COADIC, M. *Maternité en Mouvement Les femmes, la re/production et les hommes de science*. Montréal: Editions Saint Martin, 1986. FERRAND, M. *L'Appel au Désir d'Enfant dans les Discours et la Pratique des Médecins. Les Temps Modernes* 1284, 1982; LANGEVIN, A., *Régulation Sociale du Temps Fertile des Femmes*. In: *Le Sexe du Travail, Structures Familiales et Système Productif*. Grenoble: Presses Universitaires, 1984.

⁷ BEMFAM/IRD. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - Brasil, 1986. Rio de Janeiro, 1987. PNAD/IBGE 1986. Suplemento de Anticoncepção.

⁸ MERRICK, T. e BERQUÓ, E. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility*. Washington, National Academy Press, 1983

⁹ BERQUÓ, E., *A Esterilização Feminina do Brasil Hoje*. In: *Quando a Paciente é Mulher*. Brasil, Conselho Nacional Direitos da Mulher 79, 1989. SOUZA, G., *O Encerramento das Carreiras Reprodutivas e as Esterilizações Femininas na Bahia*. *Veracidade* 3, 1992; BERQUÓ, E., *Brasil, um Caso Exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar*. *Revista Estudos Feministas* 3, 1993.

¹⁰ BARROSO, C., *Ideologia da Pesquisa em Contracepção*. *Revista de Divulgação da SBPC* 9, 54, 1989; SCAVONE, L., *Os Usos da Pílula*. *Saúde e Sociedade* 97, 1992. Faculdade de Ciências e Letras UNESP, Araraquara. SCAVONE, L., *Mulheres Pesquisando Mulheres: uma experiência na área da saúde*. In: *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1989

dos contraceptivos modernos¹⁰. O feminismo brasileiro tem igualmente uma importante produção e um trabalho político sobre estas questões¹¹. A análise sintética desta literatura evidencia, numa primeira abordagem, que estes dois países utilizam amplamente contraceptivos modernos, apesar das diferenças marcantes entre eles e, também, do fato de este fenômeno não ser ainda uma regra mundial¹².

Na França, país de industrialização antiga com um nível médio de vida elevado e com um sistema de proteção social generalizado, a anticoncepção é considerada como um direito adquirido das/pelas mulheres e sua utilização foi introduzida progressivamente, sempre com acompanhamento médico. Legalizada a partir de 1967, sob crescente pressão social, a anticoncepção moderna se expandiu rapidamente nesse país, onde a baixa da fecundidade já era sensível desde a metade do século XVII, graças ao uso do coito interrompido. Atualmente, o uso generalizado da pílula contraceptiva e do DIU faz da França o país do mundo que mais utiliza estes métodos¹³.

O processo de industrialização no Brasil se acelerou nos últimos trinta anos, submetendo o país a uma situação de dependência econômica e tecnológica baseada no endividamento externo, gerando um desenvolvimento excludente e desigual. As transformações urbano-industriais que ocorreram nas últimas três décadas possibilitaram a introdução e aceitação de novos padrões de reprodução e consumo próprios dos países do Norte¹⁴. Coincide com esse período o declínio progressivo e intenso da fecundidade, através da ampla difusão dos métodos contraceptivos (especialmente a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina), alterando o perfil demográfico do país. Este fato está igualmente associado às preocupações das organizações internacionais em reduzir o crescimento demográfico dos países devedores, no quadro dos planos de ajustamento estrutural definidos pelo Fundo Monetário Internacional¹⁵.

O nosso objetivo no presente artigo é comparar as características de prescrição e uso de contraceptivos na França e no Brasil, dois países com diferenças marcantes: nas condições sócio-econômicas, no sistema de proteção social, na história cultural e industrial.

Partimos da hipótese de que a anticoncepção medicalizada se inscreve na lógica da modernidade das sociedades industrializadas e de suas contradições. Deste modo, o uso dos métodos contraceptivos pode ser revelador das desigualdades sociais e sexuais¹⁶ que fundamentam as relações entre os países do Norte e os países do Sul, como também as relações entre os diferentes grupos sociais no interior de cada país.

¹¹ SOS-CORPO. *Como Evitar Filhos?* São Paulo: Marco Zero, 1983; CORRÊA, S., AVILA, M. B. e XAVIER, D., *Questões Feministas para a Ordem Médica: o feminismo e o conceito de saúde integral*. In: *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*, op.cit.; BLAY, E. *Social Movements and Women's Participation in Brazil*. *International Political Science Review* 6, 297, 1985.

¹² Com efeito, na maioria dos países do continente africano, na Europa do leste e mesmo em alguns países da Europa do sul, como a Grécia, os métodos contraceptivos modernos são ainda pouco utilizados. Conforme COSIO, M. e LOCOH, T., *Un Long Combat Contre l'Abandon des Femmes à leur Sort Démographie, développement, démoderate et immigrations*. *Le Monde Diplomatique* Paris, maio de 1990, Second Congress of the European Society of Contraception, Book of Abstracts, Vouliagmeni, Grécia, 1992.

¹³ LÉRIDON, H., *Conditions d'Utilisation des Différents Contraceptifs Oraux*. In: SPIRA, A. (org.), *Contraceptifs Oraux Remboursés et non Remboursés* Paris: INSERM/La documentation française, 1993.

¹⁴ Para uma análise mais detalhada das transformações de políticas específicas (crédito ao consumidor, telecomunicações, benefícios previdenciários) ocorridas pós-64 que teriam influenciado o declínio da fecundidade, ver FARIAS, Vilmar *Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade, conseqüências não antecipadas e efeitos perversos*. *Revista de Ciências Sociais Hoje*, 1989.

¹⁵ Ver os estudos de GEORGE, S., *Conscience*

Metodologia

A abordagem comparativa que nos propomos neste estudo se apóia no método de comparação internacional utilizado em inúmeras pesquisas, especialmente na área da Antropologia e Sociologia do Trabalho¹⁷. Propomos realizar um estudo comparativo numa perspectiva de análise societal, de acordo com a categoria definida por M. Maurice¹⁸, buscando integrar num mesmo quadro teórico sociedades com características próprias e diferentes entre si.

Primeiramente buscamos "compreender as diferenças pelo viés da comparação"¹⁹, entre duas sociedades atualmente ligadas por uma relação desigual no processo de Internacionalização econômica que veicula modelos de consumo quase universais. A análise comparativa das lógicas político-demográficas, sociais, culturais e econômicas, relacionadas com as práticas contraceptivas em cada sociedade, nos possibilita verificar as diferenças dessas práticas nos dois países.

Além disso, nos propomos ir à "busca das invariáveis"²⁰, considerando a extensão do uso dos contraceptivos modernos e de suas contradições nas sociedades industrializadas, objetivando destacar as características constantes deste fenômeno.

Assim, não se trata de uma comparação termo a termo no sentido clássico deste método, mas de verificar tanto as tendências similares da anticoncepção para os dois países, como ressaltar suas diferenças.

Para tanto utilizamos dados já existentes, que nos possibilitaram verificar as tendências nacionais de forma aproximativa, assim como os aspectos diferenciais de cada país.

Em primeiro lugar, recorremos aos resultados de pesquisas nacionais realizadas nos dois países. As informações de que dispomos, portanto, são secundárias, já que não participamos dessas pesquisas. Cabe lembrar que essas pesquisas não foram realizadas sobre a mesma base e que seus resultados são disponíveis oficialmente nos dois países²¹.

Os dados estatísticos nacionais de demografia e anticoncepção da França são provenientes da Enquête sur la Régulation des Naissances, INED 1988, para a qual foram entrevistadas 3.183 mulheres de 18 a 49 anos²².

Para o Brasil, utilizamos dados de duas pesquisas diferentes, na busca de informações complementares. Uma dessas pesquisas foi realizada pela BEMFAM (Sociedade para o Bem-Estar da Família) grupo sem fins lucrativos subvencionado pela IPPF (International Planned Parenthood Federation) que trabalha com planejamento familiar no país. A Pesquisa Nacional Sobre

"Planétaire" et "Trop Nombreur" Pauvres. *Le Monde Diplomatique*. Paris, maio de 1990; e de GENDREAU, F., Faut-il Limiter les Naissances? *Le Monde Diplomatique* Paris, maio de 1990.

¹⁶ Conforme MICHEL, A. Recherches sur les Femmes et le "Développement". *L'Homme et la Société* 99-100, 1991; BRETIN, H., op. cit.

¹⁷ Como exemplos os estudos de. THÉBAUD-MONY, A., *L'Envers des Sociétés Industrielles. Approche comparative franco-brésilienne* Paris: L'Harmattan, 1990. APPAY, B., Quelle Main d'Oeuvre pour Demain? Une étude comparative *Revue Française de Sociologie* 29, 81, 1988.

¹⁸ MAURICE, M., Méthode Comparative et Analyse Sociétale: les implications théoriques des comparaisons internationales. *Sociologie du Travail* 31, 2, 1989

¹⁹ THOMAS, L. V., Auto-portrait ou Faux Semblant? *Une Galaxie Anthropologique. Quel corps?* 38/39, 1989

²⁰ Ibidem.

²¹ Para realizar este artigo utilizamos os surveys mais recentes (1988 para França e 1986 para o Brasil) na época em que foi escrita a primeira versão deste artigo, primeiro semestre de 1992. Até o momento, ainda não foram publicados outros dados de âmbito nacional nos dois países

²² Segundo TOULEMON, L. e LERIDON, H., 1991, op cit.

²³ Segundo BEMFAM/IRD 86 e PNAD/IBGE 1986, op.cit.

Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar BEMFAM/IRD 1986 entrevistou 5.782 mulheres casadas entre 15 e 44 anos e tem mais detalhes sobre anticoncepção. A outra pesquisa foi realizada por um instituto nacional, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - Suplemento de Anticoncepção PNAD/IBGE 1986, e contém informações de 20.000 mulheres em união entre 15 e 49 anos²³.

As pesquisas nos dois países têm bases diferentes; entretanto é possível, com esses dados, evidenciar e comparar as tendências nacionais. Todos os dados quantitativos da França são procedentes da pesquisa referida e os do Brasil são procedentes das duas pesquisas, e será indicado de qual delas, em cada caso, no texto.

Em segundo lugar, são utilizados dados de duas pesquisas de caráter monográfico realizadas pelas autoras do presente estudo, com objetivos específicos nos respectivos países. Mas seus resultados podem demonstrar tanto as tendências "similares" como as "diferenças" no uso da anticoncepção, em cada situação.

A pesquisa do Brasil foi realizada em 1987 numa clínica da BEMFAM em Araraquara, interior do estado de São Paulo. Foram realizadas 100 entrevistas, através de uma amostra por sorteio, com as clientes dessa clínica, buscando-se conhecer as condições de prescrição e utilização dos contraceptivos orais, bem como as características sócio-demográficas de suas usuárias. O funcionamento da clínica foi observado e minuciosamente registrado através da presença sistemática das pesquisadoras no local. Foram gravados 20 depoimentos buscando uma informação mais qualitativa da utilização da contracepção, através da história reprodutiva de cada mulher.

A pesquisa na França foi realizada no quadro mais geral de um estudo sócio-epidemiológico, nos anos 1986 e 1990, com 13 centros de planificação e uma maternidade pública do distrito Seine-Saint-Denis, subúrbio parisiense. Estes centros se diferenciam das estruturas médicas clássicas públicas ou privadas por serem acessíveis e gratuitos. Na parte quantitativa do estudo, 1.023 mulheres consulentes destes centros foram incluídas na pesquisa: para 676 delas foi recetada a pílula, para 256 o DIU e para 91 o contraceptivo injetável. A parte qualitativa do estudo consistiu em entrevistas semi-diretivas realizadas por H. Bretin (com colaboração de dois médicos e uma farmacêutica) junto aos médicos ginecologistas interrogados sobre suas práticas e sobre as condições de prescrição da pílula, DIU e do contraceptivo injetável. Paralelamente foram realizadas 17 histórias de vida junto às mulheres francesas e argelinas clientes dos centros de planificação, com a finalidade de analisar o uso dos contraceptivos no quadro geral do itinerário familiar e social de cada uma delas.

Tendências nacionais na utilização dos métodos contraceptivos majoritários

Tanto na França como no Brasil a anticoncepção atingiu um importante patamar de adesão (Tabela 1). Entretanto existem diferenças importantes entre os dois países na escolha dos métodos ou nas tendências sócio-demográficas, que implicam lógicas diferentes de uso e prescrição dos contraceptivos.

Tabela 1
Métodos Contraceptivos por Mulheres Usuárias na França e no Brasil* (%)

MÉTODOS	FRANÇA	BRASIL
Pílula	31,8	25,2
DIU	17,2	1,0
Esterilização Feminina	0	26,9
Coito Interrompido	5,4	5,0
Tabela	5,2	4,0
Camisinha	3,3	1,7
Outros	1,8	2,2
Total		
Usuárias	64,7	65,8
Não Usuárias**	35,4	34,2

* No Brasil trata-se de mulheres usuárias em união

** Incluindo esterilização feminina na França, 7,1%.

Fontes: Brasil - BEMFAM/IRD 1986 (mulheres em união 15-44 anos)

França - INED 1988 (mulheres 18-49 anos)

Anticoncepção no Brasil

No Brasil 59,8% das mulheres casadas de 15 a 49 anos utilizam um método contraceptivo (PNAD/IBGE 1986). A esterilização feminina tornou-se o método mais comumente usado. Os dois surveys brasileiros mencionados mostram o lugar que ela ocupa no controle da fecundidade nesse país. Das mulheres casadas com idade de 15 a 54 anos que usam um método contraceptivo, 44,4% recorreram à esterilização (PNAD/IBGE 86).

O estatuto legal da esterilização no Brasil é controverso por diferentes interpretações da lei. O Código Penal Brasileiro, art. 129 § 2º, III, considera lesão corporal grave o ato que provoque perda ou inutilização de membro, sentido ou função, com pena de reclusão de dois a oito anos²⁴. O Ministério da Saúde considera o ato ilegal, salvo em casos de necessidade médica²⁵. Na prática esta lei não inibiu a realização de esterilizações no país. O número de mulheres esterilizadas nos anos 80-88 triplicou em relação ao dos anos 70 (BEMFAM/IRD 86).

²⁴ DAMÁSIO, E. J.. *Código Penal Anotado*. Rio de Janeiro: Edições Saraiva, 1991.

²⁵ Conforme Brazil Women's Reproductive Health Banco Mundial, 1989.

Segundo esta mesma pesquisa, a idade média das mulheres esterilizadas é de 29,5 anos. Na Tabela 2 podemos observar que a esterilização já atinge, em diferentes proporções, todas as faixas etárias, incluindo mulheres abaixo de 30 anos: 19% de mulheres com idade entre 25 e 29 anos, em união, estão esterilizadas.

Tabela 2
Mulheres Esterilizadas por Faixa Etária na França e no Brasil* (%)

FAIXA ETÁRIA	BRASIL	FRANÇA
15-19	1,0	0
20-24	5,2	0,2
25-29	19,1	0,2
30-34	36,1	4,3
35-39	41,8	8,8
40-44	38,8	17,3
45-49	0	21,0

* No Brasil trata-se de mulheres em união.

Fontes: Brasil - BEMFAM/IRD 1986 (mulheres em união 15-44 anos)

Frância - INED 1988 (mulheres 18-49 anos)

A maioria dessas mulheres (47%) tem três filhos, sendo que 39% têm mais de quatro filhos; 24% têm dois filhos e 3% têm um filho. Essas mulheres se dividem quase igualmente em todos os níveis de instrução: 23,8% delas não têm nenhuma instrução; 27,4% têm instrução primária; 22,9% instrução secundária e um pouco mais, 33,2%, instrução universitária.

As esterilizações são mais freqüentes no Norte e Centro-Oeste, regiões mais pobres do país (42% de mulheres usuárias de anticoncepcionais em união) e comparativamente menos freqüentes em São Paulo (31,4%) e no Sul (18,1%) regiões mais ricas do país (BEMFAM/IRD 86).

Segundo a pesquisa PNAD/86, a freqüência de mulheres esterilizadas com três filhos é maior em São Paulo (32,54%), enquanto que as mulheres esterilizadas com mais de cinco filhos são na maioria (44,60%) do Nordeste. As esterilizações são realizadas comumente com os partos cesários (3/4 delas), cujo índice é igualmente elevado no Brasil. Segundo a pesquisa PNAD/81, 31% dos partos hospitalares foram por cesariana.

Segundo a pesquisa BEMFAM/IRD 86, 68% das mulheres indecisas quanto ao seu ideal familiar querem se esterilizar mais tarde. O recurso à esterilização atinge mulheres de todas as classes sociais; entretanto, nos

²⁶ Analisando dados mais recentes da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, Brasil 1991, BEMFAM/DHS, Berquó mostra o crescimento contínuo do uso da esterilização entre as mulheres nordestinas (atingiu 62,9% em 1991) em detrimento do uso da pílula anticoncepcional, diminuindo mais ainda nessa região o leque das alternativas contraceptivas. BERQUÓ, E. op.cit., 1993

Últimos anos cresceu significativamente nas classes mais pobres desprovidas da oportunidade de realizar uma verdadeira escolha contraceptiva²⁶.

As pílulas contraceptivas são mais utilizadas no início da vida reprodutiva das mulheres. A mais alta taxa de utilização (40,4%) é encontrada na faixa etária 15-19 anos (Tabela 3).

Tabela 3
Mulheres Utilizando a Pílula Segundo a Idade* (%)

IDADE	BRASIL	IDADE	FRANÇA
15-19	40,4	18-19	44,1
20-24	37,2	20-24	50,9
25-29	35,8	25-29	41,4
30-34	21,9	30-34	33,4
35-39	13,1	35-39	25,7
40-44	11,3	40-44	14,5
		45-4	10,4

* No Brasil trata-se de mulheres em união

Fontes: Brasil - BEMFAM/IRD 1986 (mulheres em união 15-44 anos)

França - INED 1988 (mulheres 18-49 anos).

O seu uso decresce progressivamente nas faixas etárias seguintes, em razão inversa do aumento da esterilização. Na pesquisa BEMFAM/IRD 86, as usuárias da pílula são mulheres sobretudo com instrução primária (26,9%) e secundária (29,5%). Este método é mais utilizado entre as mulheres que têm apenas um(a) filho(a).

Pílulas contraceptivas de todos os tipos (minipílula, monofásica, bifásica, trifásica, seqüencial) e diferentes dosagens (de 50 mcg até 30 mcg de etnil-estradiol) são vendidas sem receita médica nas farmácias brasileiras. Pílulas da terceira geração com dosagens mais fracas de Ethinylestradiol (entre 20-35 mcg) e associadas a um novo progestativo já são disponíveis nas farmácias, mas são cerca de oito vezes mais caras que as pílulas tradicionais, sendo inacessíveis às mulheres de baixo poder aquisitivo. Segundo BEMFAM/IRD 86, 92,1% das usuárias de pílulas no Brasil costumam adquiri-las nas farmácias e 39,7% destas o fazem sem receita médica.

O uso do DIU é ainda insignificante: 1% de mulheres (BEMFAM/IRD 86). Ele é pouco oferecido nos postos de saúde pública brasileiros e é mais utilizado nos consultórios particulares.

Verifica-se, ao lado das grandes tendências nacionais, algumas práticas de contracepção marginais tais como o contraceptivo injetável. Os dois principais

²⁷ Organisation Mondiale de la Santé. Les Contraceptifs Injectables. Leur rôle en planification Familiale Genebra. OMS, 1990.

métodos contraceptivos injetáveis são a Depo-provera e o Noristerat (marcas comerciais). Enquanto estavam proibidos nos Estados Unidos pela FDA (Food and Drug Administration), eles foram exportados para mais de 80 países do mundo, nos anos 70, principalmente para os países em via de desenvolvimento²⁷. Desde o final 1992, o uso da Depo-provera passou a ser autorizado nos Estados Unidos, pela FDA.

A Depo-provera e o Noristerat não são homologados no Brasil. Entretanto, as estatísticas de BEMFAM/IRD 86 mencionam a utilização de injeções na rubrica "outros métodos". Uma combinação de estrógenos e progesterona sob forma de injeções mensais é autorizada no Brasil e tem venda livre nas farmácias.

Anticoncepção na França

Na França, 64,7% das mulheres entre 18 e 49 anos usam um método contraceptivo (INED 88) e 31,8% usam a pílula (Tabela 1). A pílula é o método mais utilizado, sobretudo na faixa etária 20-24 anos, onde chega a 50,9% (Tabela 3). O seu uso é mais freqüente que o do DIU até a idade de 34 anos. Não existe muita diferença no nível de instrução das mulheres que usam a pílula. Ela é mais usada pelas mulheres que não têm filho(a)s e a duração média do uso é de 10 anos²⁸.

²⁸ TOULEMON, L., op cit., 1992

A utilização da pílula contraceptiva nesse país é estritamente feita sob prescrição e acompanhamento médico. Uma nova geração de pílulas está disponível no mercado francês e a maioria ainda não é reembolsada pelo sistema de seguridade nacional.

O DIU, o segundo método mais utilizado na França, é considerado o recurso "depois da pílula" por mulheres já com filhos e com mais idade (Tabela 4). Com efeito, na França, acima dos 35 anos, o uso do DIU começa a ser mais importante que o uso da pílula, suplantando-o significativamente na faixa de 40 anos e mais (INED 88).

Tabela 4
Mulheres Utilizando o DIU Segundo a Idade na França (%)

FAIXA ETÁRIA	%
15-19	0
20-24	2,8
25-29	14,8
30-34	25,3
35-39	27,5
40-44	25,1
45-49	14,3

Fonte: INED 1988 (mulheres 18-49 anos).

²⁹ *Dictionnaire Vidal* Paris Editions Vidal, 1992.

³⁰ Conforme SOUTOUL, J. H. e Pierre F.. *La Stérilisation Humaine Volontaire. Bilan des législations et des Jurisprudences en France et en Europe Occidentale. Revue Française Gynécobstét* 81, 485, 1986; LE QUINQUIS, P. e CHEVRANT-BRETON, O. Les Risques Médico-légaux de la Stérilisation Volontaire Humaine. *Revue Française Gynécobstét* 81, 51, 1986.

³¹ TOULEMON, L., op cit., 1992

³² IARC-WHO Oestrogens, Progestins and Combinations. *Monographs Supplement 7*, IARC Scientific publications, Lyon, 1987

Os injetáveis raramente são utilizados na França; sua indicação oficial é um último recurso, “quando não é possível utilizar outros métodos contraceptivos”²⁹. A Depo-provera é oficialmente autorizada na França, mas não aparece como uma das técnicas usadas nos *surveys* nacionais; ela está incluída na categoria “outros métodos” (que inclui também métodos locais, com exceção do *condom*).

A esterilização feminina não é considerada um método contraceptivo na França; as mulheres que a utilizam estão no grupo das não-usuárias de contracepção (Tabela 1). As leis francesas proíbem qualquer dano corporal que não tenha finalidade terapêutica³⁰.

A proporção de mulheres esterilizadas na França, entre 18 e 49 anos, é estimada em 7% (INED 88). A esterilização é utilizada principalmente por mulheres nas faixas etárias mais elevadas: 21% de mulheres entre 45 e 49 anos tinham sido esterilizadas (Tabela 2). Além disso, a esterilização como “iniciativa do casal” representa a metade dos casos observados na França³¹, sendo possível supor que a outra metade seja por indicação terapêutica.

Variantes e invariáveis

Nos dois países estudados, os métodos contraceptivos mais usados são: a pílula e o DIU na França; a esterilização feminina e a pílula no Brasil. Em ambos, os métodos medicalizados (ou que necessitam de uma intervenção médica, como a esterilização) são os mais divulgados. Entretanto, observa-se também diferenças significativas no uso destes métodos em cada país.

A venda livre dos contraceptivos orais nas farmácias brasileiras, as diferenças de preço entre pílulas mais dosadas e menos dosadas, o não-acompanhamento médico de grande parte das usuárias constituem uma situação que contrasta com a prática francesa de prescrição médica obrigatória, de consideração dos efeitos secundários para sua indicação e do acompanhamento das usuárias. Este contraste indica o desenvolvimento de estratégias de “**dois pesos e duas medidas**” na distribuição dos contraceptivos orais num país do Norte (França) e num país do Sul (Brasil).

Se os contraceptivos combinados e sequenciais estão classificados no grupo I da lista dos produtos cancerígenos do IARC³², havendo evidências para câncer de seio e de colo do útero, por outro lado superestima-se o fato de que eles possam também proteger as mulheres do câncer ovariano e endométrico. Vale lembrar que riscos cardiovasculares, cérebro-vasculares, trombo-embólicos, hepáticos, entre outros, são associados ao uso das pílulas contraceptivas. Evidentemente, a auto-prescrição -

comum no Brasil -, aumenta os riscos de uso contra-indicado. Os fatos acima comparados evidenciam que as lógicas de prescrição e uso da pílula são diferentes nos dois países.

A esterilização feminina também revela a lógica diferenciada do planejamento familiar nestes dois países. Na França a esterilização feminina é recurso médico extremo, altamente controlado, que atinge um número limitado de mulheres, seja num estágio mais avançado de suas vidas reprodutivas, seja como indicação terapêutica. No Brasil, conforme foi demonstrado, ela é uma prática generalizada.

Embora esteja incluída entre os contraceptivos de uso marginal nos dois países, a Depo-provera é distribuída no Brasil com uma indicação de "tratamento progestativo" e em uma dosagem muito maior que a recomendada na França para uso contraceptivo.

No interior de cada país verifica-se que as lógicas de prescrição estão associadas às desigualdades sociais existentes. As pesquisas monográficas evidenciam, mais detalhadamente, esta associação.

Lógicas de prescrição e precariedade: reflexão a partir de duas pesquisas monográficas

Prescrição e uso de injetáveis em um Centro de Saúde Materno-Infantil/Planejamento Familiar no departamento do subúrbio de Paris Seine-Saint-Denis

Os centros nos quais foi feita a pesquisa francesa são autorizados a distribuir gratuitamente contraceptivos sob prescrição médica às mulheres menores de idade que queiram guardar segredo de seu uso e às mulheres que não se beneficiam do Seguro Social. As usuárias dessas estruturas se caracterizam por sua juventude (46% têm menos de 20 anos; 27% destas têm menos de 18 anos), pela diversidade das origens culturais (32 nacionalidades entre as mulheres estrangeiras, que representam 39% da população em estudo), por um nível de escolaridade relativamente baixo (26% não passaram do primário) e uma situação econômica em geral desfavorecida: a taxa de desemprego entre as ativas é de 27% (contra 10% no departamento).

Esses centros respondem a uma demanda de mulheres que não podem se exprimir à vontade junto a outras estruturas médicas, devido às suas dificuldades financeiras ou de comunicação provenientes de suas condições sócio-econômicas e culturais.

Mais da metade das mulheres que entraram na pesquisa (53%) veio para uma primeira contracepção; as outras para mudar de método (47%). O DIU e o contraceptivo injetável são prescritos mais para estas últimas,

que já têm experiência de contraceção. Entretanto, elas são menos instruídas que as primeiras, seguidamente não têm atividade profissional e têm, em maior número, mais de três filho(a)s.

A pesquisa quantitativa evidencia lógicas de prescrição diferenciais. Enquanto a pílula e o DIU são prescritos a partir de critérios demográficos e médicos (solteiras /vivendo em casal, número de filhos, experiência contraceptiva anterior), a prescrição da injeção é estatisticamente ligada a critérios significativos de precariedade: baixo nível de instrução, ausência de cobertura previdenciária. Na pesquisa, 71,2% das mulheres para as quais o injetável foi prescrito são de origem estrangeira e, entre elas, 60% têm dificuldades de expressão escrita e oral em francês, reduzindo consideravelmente suas possibilidades de comunicação e escolha. Observa-se uma diferença significativa na prescrição deste contraceptivo, segundo a nacionalidade. O injetável foi prescrito para 22% de mulheres tunisianas e marroquinas, 20% de mulheres africanas, 14% de mulheres de origem argelina, contra 4% de mulheres de origem francesa.

Segundo os médicos entrevistados, o injetável é utilizado por uma minoria. Ele não é muito apreciado pelos médicos devido a seus efeitos secundários imediatos dificilmente previsíveis e controláveis (perturbações do ciclo menstrual). Prescrito no quadro de consultas públicas (hospitais, serviços pós-parto, centros de planificação), este método é raramente ou nunca utilizado nos consultórios particulares. No discurso dos médicos, a prescrição do injetável concerne particularmente às mulheres estrangeiras (árabes e africanas, especialmente) que têm vários filho(a)s. Algumas entre elas têm a necessidade de se submeter à contraceção escondidas dos maridos. As mulheres usuárias deste método estão em situações sociais e econômicas desfavorecidas. A prescrição responde também a situações consideradas de "urgência contraceptiva"³³.

Nas 17 histórias de vida levantadas, seis mulheres são usuárias da pílula, seis do DIU e cinco do contraceptivo injetável. Entre estas mulheres, aquelas que recorreram à injeção (seja por iniciativa própria, seja por proposta da equipe de saúde) enfatizam as dificuldades vividas com os métodos anteriormente utilizados (pílula, DIU etc.) e a restrição progressiva das possibilidades de escolha que daí resulta. Esta situação contraceptiva tem por pano de fundo as relações do casal que fazem a mulher assumir sozinha a responsabilidade do controle da fecundidade, a influência de um modelo demográfico dominante (uma a três crianças no máximo) e o peso das dificuldades econômicas. Enfim, observamos que os

³³ HERSHKORN, P et al. *Médecins et Contraception Injectable. Analyse des logiques de prescription à partir des discours de médecins J Gynecol Obstet. Biol. Reprod* 19, 228, 1990

³⁴ BRETIN, H., op. cit., 1992

problemas de comunicação com os médicos não são somente lingüísticos, mas também culturais³⁴.

Francesas ou estrangeiras, as mulheres a quem este método foi prescrito pertencem às classes sociais desfavorecidas e é, primeiramente, por este fato que as estrangeiras são especialmente atingidas. A realidade observada faz parte de um contexto nacional de crise econômica que atingiu particularmente o distrito onde foi realizada esta pesquisa. Esta situação favorece o ressurgimento de debates sobre as populações "improdutivas", enfatizando o fato de a fecundidade das mulheres estrangeiras ser superior à das mulheres francesas³⁵.

³⁵ TURSHEN, M., BRETIN, H. e THÉBAUD-MONY, A., op.cit., 1993.

Experiência contraceptiva de mulheres clientes da clínica BEMFAM numa cidade do Interior paulista

A clínica da BEMFAM estudada em Araraquara atende essencialmente mulheres de baixo poder aquisitivo. Sua finalidade é promover a planificação familiar na população pobre. Este posto funciona em convênio com a municipalidade que lhe cede o local. Na época em que foi realizada a pesquisa, duas enfermeiras e um ginecologista asseguravam o atendimento.

Durante o ano de 1986, anterior à realização da pesquisa, as consultas médicas neste posto representavam somente um quarto dos motivos das vindas das mulheres. As outras mulheres vinham aí somente para obter as pílulas contraceptivas oferecidas pelo posto.

O perfil sócio-econômico das mulheres usuárias deste posto é homogêneo: 84% das entrevistadas têm baixa renda familiar (abaixo de seis SM); 82% baixa escolaridade (até primeiro grau); 49% delas são donas-de-casa, 16% empregadas domésticas e 34% estão em ocupações diversas e mal remuneradas. Essas mulheres se dividem nas diversas faixas etárias: 36%, de 15 até 25 anos; 35% entre 26 e 35 anos; 3% entre 46 e 55 anos. Somente 11% delas não têm filho(a)s.

A quase totalidade utiliza a pílula como meio contraceptivo: 95% das entrevistadas. Isto se explica pelo fato de irem ao posto principalmente para buscar este contraceptivo. Das mulheres entrevistadas, 67% declararam ter feito consulta no posto antes de utilizar a pílula, o que implica a mesma indicação para todas do uso da pílula. Somente 5% delas tinham realizado exame preventivo de câncer antes de usar a pílula.

Na época, o posto oferecia três marcas de pílulas: duas com dosagem mais alta de Ethinyl Estradiol (50mcg) e uma com dosagem mais baixa (30 mcg). Entre as mulheres entrevistadas, 63% trocavam seguidamente de marca de pílula; 33% delas de acordo com a oferta do posto. Estas condições ressaltam o caráter aleatório da prescrição da pílula nesse posto, sem indicação individualizada.

A metade delas declarou ter problemas de saúde com a utilização da pílula: enxaquecas, aumento de peso, distúrbios menstruais, perda de libido. A duração da utilização média da pílula para 26% dessas mulheres foi de 14 anos (o intervalo indo de 10 até 18 anos).

As difíceis condições de vida dessas mulheres e a ausência de responsabilidade masculina em relação à contracepção (as entrevistas em profundidade evidenciaram a recusa de seus companheiros em utilizar o preservativo) as levam a buscar um contraceptivo seguro e eficaz. A pílula aparece como solução e, portanto, seus efeitos secundários são minimizados³⁶. Assim, 82% dessas mulheres declararam que a pílula era o melhor dos métodos, porque era barata e muito eficaz, considerando que elas adquiriram-na quase gratuitamente nesse posto. Entretanto, a maioria dessas mulheres evocou a possibilidade de um dia "operar" ou "ligar", termos populares dados à esterilização feminina no Brasil. Considerando a falta de escolha contraceptiva (o DIU é pouco conhecido, os métodos alternativos totalmente marginalizados), a esterilização tem se tornado uma solução socialmente inevitável para as mulheres brasileiras.

O funcionamento deste posto evidencia uma oferta contraceptiva direcionada às mulheres sem recursos, caracterizando-se pela falta de exames, de indicações médicas e ausência de escolha. Em tal contexto, pílulas menos dosadas, DIUs e acompanhamento médico tornam-se um verdadeiro "privilégio" de classe.

Contracepção: do direito ao dever?

Nos dois países observa-se que a contracepção medicalizada tornou-se uma norma. A maioria das mulheres se restringe ao uso de dois métodos, ficando pouco espaço para os métodos tradicionais e/ou alternativos. Na França, o uso da pílula é quase um "padrão cultural", devido a sua aceitação entre as mulheres francesas. No Brasil, a esterilização feminina, cada vez mais difundida, tende também a tornar-se uma "norma cultural".

Os resultados deste estudo evidenciam os "dois pesos e duas medidas" na prática contraceptiva dos dois países e no interior deles, nos diferentes grupos sociais. Paralelamente ao uso de métodos contraceptivos medicalizados seguros e eficazes, temos os fatores políticos e demográficos que determinam as "urgências contraceptivas" para os setores mais pobres da sociedade. Essas "urgências" são definidas segundo a ideologia de prevenção da reprodução da pobreza pela diminuição da curva de nascimento. O fim (o controle da natalidade)

³⁶ SCAVONE, L., op. cit., 1992

³⁷ BERQUÓ, E., op cit , 1989 e 1993

³⁸ MEILLASSOUX, C. La Leçon de Malthus: le contrôle démographique par la faim In. *Les Spectres de Malthus Déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques* Paris ORSTOM/EDI/CEPED, p. 15, 1989.

³⁹ MAULDIN, W. P. e ROSS, J. A., Family Planning Programs efforts and results, 1982-89. *Studies in Family Planning* 22, 350, 1991.

⁴⁰ LERIDON, H. et al., La Seconde Révolution Contraceptive Paris: INED/PUF, 1987.

⁴¹ O Canadá, por exemplo, está na sua terceira "revolução contraceptiva" (sem ter passado pela segunda) por sua adesão maciça à esterilização, tanto feminina como masculina. Mesmo assim, a esterilização nesse país não provocou queda na curva da fecundidade, que já era baixa. Este ato médico é solicitado por mulheres e homens que já têm o número de filhos desejados. A esterilização é, neste caso, uma escolha em razão da segurança contraceptiva que ela traz. Evidentemente, isto não diminui o caráter definitivo deste método e os possíveis problemas daí decorrentes. Ver DE GUILBERT-LANTOINE, C., *Révolutions Contraceptives au Canada Population* 2, 361, 1990

⁴² Cabe lembrar que outros países desenvolvidos destacam-se pelo uso frequente da esterilização como método contraceptivo, notadamente a Suíça e os Estados Unidos, conforme *Levels and Trends of Contraceptive Use* (Nações Unidas) 1988, e JONES, E. F

justifica os meios (utilização da pílula sem acompanhamento médico, uso de injetáveis nas mulheres sem recursos), negligenciando a saúde das mulheres.

Outros estudos já chamaram atenção³⁷ também para o fato de a esterilização feminina ser menos utilizada no "mundo mais desenvolvido", onde a taxa da fecundidade é estável, do que no "mundo menos desenvolvido", onde a alta taxa de fecundidade é considerada equivocadamente como uma das causas desse "não desenvolvimento". Este equívoco minimiza o papel das circunstâncias econômicas que estão na base de qualquer transformação demográfica³⁸. A equação "baixa fecundidade igual a desenvolvimento" relega para segundo plano questões determinantes como a dívida externa, a redistribuição da renda e da terra ou o sistema de seguridade social.

A maneira pela qual são analisados os programas de planejamento familiar nos países do Terceiro Mundo é reveladora desta ideologia: a avaliação se faz sobre os esforços feitos pelos países na implantação dos programas e estabelece uma correlação direta entre os diferentes níveis de "desenvolvimento" e o declínio da taxa de fecundidade³⁹.

Em contraste, quando se trata de estudos demográficos sobre a contracepção nos países desenvolvidos, a terminologia é completamente diferente: fala-se em "revoluções contraceptivas"⁴⁰. Assim, a França encontra-se na 2ª Revolução com a utilização maciça da pílula e do DIU⁴¹. Neste caso, não se trata de diminuição da natalidade, mas de "*maîtrise de la fécondité*"⁴². Entretanto, esta "revolução" encontra seus limites nas desigualdades sociais e sexuais existentes dentro da sociedade francesa.

No Brasil, a esterilização e as condições de utilização das pílulas estão relacionadas com a política de controle da natalidade presente nas relações Norte-Sul, visando resolver os problemas econômicos dos países endividados pela diminuição da fecundidade. Com efeito, o índice de fecundidade no Brasil caiu 26% no período 1975-1990. Apesar desta diminuição, o aumento da população brasileira é considerado importante (em torno de três milhões por ano) para a manutenção de uma política de controle demográfico. É necessário lembrar que a densidade demográfica na França em 1990 era de 103 hab./km², contra 17 hab./km² no Brasil⁴³, sendo que somente um décimo do potencial agrícola brasileiro é utilizado. A noção de superpopulação fica relativa se considerarmos outros problemas sócio-econômicos, tais como a repartição da terra e da riqueza.

Em relação à contracepção, as desigualdades sociais que observamos nas duas pesquisas monográficas estão intimamente associadas às desigualdades sexuais:

Unintended Pregnancy, Contraceptive Practice and Family Planning Services in Developed Countries. *Family Planning Perspectives* 20, 53, 1988. Relatório da OMS sobre Saúde Reprodutiva da Mulher conclui que a esterilização tornou-se o método contraceptivo mais difundido no mundo *World Health Organization Reproductive Health: a key to a brighter future* Genebra WHO, 1992.

⁴³ FAUCHER, P. Brésil en Chute Libre. In: *L'Etat du Monde 1992*. Paris. La Découverte, 1992, e DUMONT, R., Agriculture. In: *L'Etat du Tiers Monde* Paris La Découverte, p. 105, 1989.

⁴⁴ HARTMANN, B., Reproductive Rights and Wrongs. The global politics of population control & contraceptive choice Nova Iorque Harp & Row, 1987.

⁴⁵ Conforme pesquisa feita no Canadá DE GUILBERT-LANTOINE, op cit , 1990

estas legitimam o desenvolvimento quase exclusivo de métodos contraceptivos femininos⁴⁴.

Se de um lado a medicalização da contracepção garante uma eficácia absoluta para o casal, de outro, ela não acontece sem riscos para a saúde das mulheres, como comprovam as contra-indicações médicas para o uso da pílula (doenças trombo-embólicas, doenças cárdio-vasculares, entre outras). É bom também lembrar o arrependimento que a esterilização pode causar devido a sua Irreversibilidade⁴⁵.

No centro de todas essas contradições encontram-se as mulheres, cuja liberdade de escolha é limitada pelas diferentes formas de poder às quais elas estão confrontadas (econômico, masculino, médico...). Esses poderes legitimam socialmente o uso dos métodos medicalizados em cada um dos dois países. Resta indagar se as estratégias de resistência que cada mulher desenvolve (inclusive, na gestão solitária dos acasos da contracepção) poderiam levar a um questionamento mais coletivo da ideologia do controle demográfico e das desigualdades que ela oculta.

Conclusão

A perspectiva comparativa franco-brasileira nos possibilitou abordar em um mesmo plano de análise dois níveis de realidades. Primeiro, no nível internacional, o uso das modernas técnicas de contracepção pode ser um importante instrumento de controle demográfico no âmbito das relações Norte-Sul. Para as mulheres brasileiras, o acesso às modernas tecnologias de contracepção, tal como foi descrito, se legítima também numa política de cunho controlista definida pelos países do Norte.

Em segundo lugar, no nível nacional, observou-se que a prescrição e a utilização da anticoncepção revelam contradições entre as classes sociais nos dois países e, na França, entre as mulheres francesas e as de origem estrangeira. De um lado, a legalização da contracepção representou nos anos 60, para as mulheres francesas, um instrumento de liberação obtido através de uma luta cujos resultados foram inegáveis. De outro lado, as mulheres francesas pobres e as estrangeiras são ainda atingidas pelo uso de um contraceptivo que não é receitado para a maioria das francesas e cujos efeitos para a saúde são controvertidos. No caso da maioria das mulheres brasileiras, a falta de informação, de escolha e de acompanhamento médico contrasta com uma minoria que tem acesso a estes bens.

É necessário lembrar que a *maîtrise* efetiva da fecundidade não pode ser feita sob imposição, mas através do acesso das mulheres à educação e à

autonomia econômica e social. Uma **escolha esclarecida** da anticoncepção supõe não somente informações sobre sua eficácia, mas também sobre seus efeitos adversos.

A prescrição e o uso da anticoncepção mostram que a tecnologia não pode ser considerada independentemente de seu uso social. E é neste sentido que a prática da contracepção é **reveladora** do desenvolvimento das relações de dominação e de poder entre as classes, entre os homens e as mulheres, entre os países do Norte e do Sul.

Publicações do Centro Interdisciplinar de Estudos Contemporâneos - CIEC. Últimos títulos:

- Série Quase Catálogo
 - nº 2 - **Artistas Plásticas no Rio de Janeiro 1975-1985**
Organizado por Heloísa Buarque de Hollanda
 - nº 3 - **Estrelas do Cinema Mudo - Brasil 1908-1930**
Organizado por Heloísa Buarque de Hollanda
 - nº 4 - **A Telenovela no Rio de Janeiro 1950-1963**
Organizado por Beatriz Resende e Marta Klagsbrunn
 - nº 5 - **Heranças e Lembranças - imigrantes judeus no Rio de Janeiro**
Organizado por Susane Workman
 - nº 6 - **Visões da Abolição** (no prelo)
Organizado por Marcia Contins
- Série Papéis Avulsos
 - nº 47 - **Nos Rastros de um modernismo carioca**. Vera Lins.

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Comunicação - CIEC / Centro Interdisciplinar de Estudos Contemporâneos. Avenida Pasteur, 250/fds - 22295-900 - Rio de Janeiro - Brasil Tel e fax (021) 275 1647.

