

# AUTODETERMINAÇÃO E PASSIVIDADE FEMININA E MASCULINA NO CAMPO DA SAÚDE REPRODUTIVA<sup>1</sup>

LUZINETE SIMÕES MINELLA

Este artigo analisa as reações das mulheres provenientes dos segmentos urbanos de baixa renda aos serviços de planejamento familiar, destacando seu nível de satisfação e de envolvimento com as atividades propostas bem como suas noções sobre planejamento familiar, objetivando construir novas hipóteses acerca do seu grau de autonomia.

A estratégia de investigação baseou-se na aplicação de um mesmo roteiro de entrevista em duas capitais da região sul do Brasil — Florianópolis e Porto Alegre — tendo-se selecionado aleatoriamente trinta mulheres em cada uma delas que obedecessem aos seguintes requisitos: ser proveniente dos setores de baixa renda, estar em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) e ser usuária dos serviços públicos de saúde que mantêm programas de planejamento familiar. As entrevistas foram realizadas no decorrer de 1998, enquanto as mulheres aguardavam atendimento médico e/ou quando compareciam às instituições de saúde a fim de receber contraceptivos e medicamentos. Dados os limites impostos pela situação, houve pouco aprofundamento nas respostas. Logo, os resultados apresentados, embora permitam identificar tendências, devem ser vislumbrados como uma primeira aproximação ao objeto e cotejados com os resultados de outras pesquisas na área.

Inicialmente considerou-se a possibilidade de entrevistar os homens através da utilização de um roteiro de entrevista semelhante àquele aplicado às mulheres. Tal intenção, no entanto, teve de ser redefinida, tendo em vista a sua esmagadora ausência neste tipo de serviços. Na impossibilidade de entrevistar os homens, decidiu-se sondar o modo como as mulheres interpretam a falta de participação

---

1. Este artigo integra uma pesquisa mais abrangente cujo texto completo pode ser encontrado em MINELLA, 1999. Financiamento: CNPq e CAPES. Apoio Técnico: Núcleo de Estudos de População da Unicamp.

dos parceiros nestes assuntos. Através desta sondagem tornou-se possível elaborar algumas hipóteses sobre as desigualdades de gênero na esfera do comportamento reprodutivo.

Em Florianópolis, as mulheres foram abordadas na Policlínica Central (Centro de Saúde II) por ser o local que se constitui como referência no município e ainda por reunir as melhores condições para realização das entrevistas. Em termos gerais, os Centros de Saúde II, à diferença dos Centros de Saúde I, dispõem de uma estrutura mais completa, incluindo além da clínica geral, a pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem, sendo que alguns contam ainda com laboratórios, postos de coleta de material para exames e nutricionistas.

Em Porto Alegre, onde a oferta de serviços se efetiva através de uma rede mais complexa, dividida por ocasião da pesquisa em onze Distritos de Saúde, as entrevistas foram realizadas em distintas instituições principalmente nas Unidades Sanitárias e nos Programas de Saúde da Família. As primeiras se caracterizam por incluir várias formas de atendimento: consultas, curativos, exames preventivos, pré-natal, distribuição de contraceptivos e atividades com grupos específicos (adolescentes, hipertensos, diabéticos, soropositivos etc.). Os segundos, além dos atendimentos semelhantes àqueles encontrados nas demais instituições, realizam visitas domiciliares e atividades comunitárias.

Em ambos os municípios, tentou-se aferir possíveis diferenças de opinião sobre o atendimento prestado nas instituições analisadas. A fim de facilitar a exposição tais instituições serão, a partir deste momento, designadas como "postos de saúde", pois não obstante as diferentes denominações formais que recebem nos dois municípios considerados, elas são assim identificadas pelas usuárias.

O roteiro de entrevista dividiu-se em três partes. A primeira incluiu dados pessoais e sócio-econômicos, tais como local de origem e de residência, idade, estado civil, religião, nível de escolaridade, ocupação, rendimento familiar, além de algumas informações semelhantes sobre o parceiro a segunda parte referiu-se à história reprodutiva e à contracepção, tendo incluído questões relativas ao número de filhos, ao uso da contracepção e às intenções reprodutivas. A última parte abordou a percepção sobre os serviços, o grau de conhecimento das atividades desenvolvidas e o grau de participação dos parceiros, o tipo de conhecimento buscado, o nível de satisfação com a oferta e sugestões para melhorar o atendimento.

Compreendendo o planejamento familiar como um dos aspectos da saúde reprodutiva, o tratamento dos dados baseou-se em alguns supostos teóricos inspirados no estudo realizado por Faria sobre as relações entre as políticas de governo e a regulação da fecundidade.<sup>2</sup>

Em primeiro lugar, tentou-se considerar os atores sociais não apenas como "meros suportes dos processos estruturais que determinam mecanicamente seus comportamentos", mas como seres capazes de exercer com certa autonomia

---

2. FARIA, 1989.

suas escolhas e assumirem mudanças de comportamento em geral, e mudanças no campo da reprodução em particular.<sup>3</sup> Neste sentido, buscou-se interpretar as opiniões, opções e sugestões das usuárias dos serviços como o resultado de um conjunto de ações e relações que se estabelecem em seu contexto mais imediato (a família e o bairro, por exemplo) e fora dele, em sua comunicação com outros contextos mais gerais.

Por isto mesmo, utiliza-se o termo usuária e não consumidora e/ou cliente, referindo-se de acordo com o ponto de vista de Cortes, "aqueles que utilizam determinados serviços em uma dada área territorial". Segundo esta autora, não obstante este termo ter "alguma similaridade com o conceito de participação do consumidor, ele não se restringe à perspectiva mercantil e incorpora a noção de direito social que o conceito de cidadania normalmente pressupõe".<sup>4</sup>

Conseqüentemente, compreende-se que o uso do termo se relaciona também com a noção de direitos reprodutivos defendida na Conferência do Cairo em 1994, na medida em que reconhece os direitos dos indivíduos de "tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminações, coerções ou violências" e compreende, com base numa perspectiva de gênero, que "a promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental das políticas e programas de governo e de cuidados na área de saúde reprodutiva, incluindo-se o planejamento familiar".<sup>5</sup>

Em segundo lugar, tentou-se evitar "uma perspectiva funcionalista e conspiratória do Estado" (e ainda dos gestores das políticas públicas de saúde e dos agentes de saúde), compreendendo-se que não se tratam de entidades homogêneas, nem portadoras de "uma capacidade monolítica de implementação de políticas".<sup>6</sup> Nesse caso, partiu-se de considerar que os dados coletados se referem a uma circunstância histórica específica (Florianópolis e Porto Alegre, final dos anos noventa), que se caracteriza pela sua riqueza e pela descontinuidade dos seus processos, incluindo, dentre outros elementos, a interferência de uma multiplicidade de atores na formulação das políticas (movimentos sociais, Igreja, associações profissionais, associações de bairro, empresas etc.), a difícil luta pela implementação da descentralização da saúde num contexto de escassez de recursos, a tentativa de fortalecimento de um padrão comunitário de atuação e decisão, viabilizado através dos Conselhos Municipais de Saúde e do orçamento participativo, dentre outras instâncias.

Por último, o enfoque adotado neste trabalho voltou-se para a necessidade de avaliar as políticas "efetivamente realizadas", o que significa tanto reconhecer a sua importância e influência na vida dos cidadãos quanto distanciar-se de um discurso genérico que costuma atribuir as mudanças no comportamento

---

3. FARIA, 1989, p. 67.

4. CORTES, 1998, p. 6.

5. CNPD/FNUAP, 1996, p. 58.

6. FARIA, 1989, p. 68.

reprodutivo aos determinantes estruturais mais gerais e aos determinantes próximos da fecundidade, sem avaliar o peso das medidas de saúde implementadas na prática. Ao defender a necessidade de compreensão da "institucionalização da demanda por meios de regulação da fecundidade", Faria dedicou-se a analisar políticas "efetivamente realizadas" pelo Estado a partir de 1964, cujas conseqüências não antecipadas teriam gradativamente potencializado este tipo de demanda. Dentre estas, o autor destaca a política de crédito ao consumidor, a de telecomunicações, a previdenciária e a de atenção à saúde, enfatizando sua complementaridade e sua "sustentação recíproca".<sup>7</sup>

No caso do presente estudo, o enfoque recai sobre as políticas municipais materializadas na proliferação de Centros de Saúde pelos bairros populares e na diversificação da oferta de serviços em muitas delas, na proporção em que ampliam as alternativas da população, tendo razoável impacto sobre o comportamento e as intenções reprodutivas, conforme pode ser verificado a partir das respostas das usuárias dos serviços abordados.

Tais políticas decorrem do processo de descentralização e participação da comunidade previstos no âmbito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, o qual prioriza o município enquanto entidade federativa competente para definir ações e gerenciar recursos, já que mantém um padrão de relações mais imediato e regular com os cidadãos.<sup>8</sup> A extensão deste processo pode ser constatada, de acordo com Barros et alii, através da significativa presença em 1996 de Conselhos de Saúde em 54,0% dos municípios brasileiros.<sup>9</sup>

Tanto em Porto Alegre quanto em Florianópolis, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, ocorridas em 1992 e 1993 respectivamente, tem garantido a participação popular na definição das diretrizes políticas na área através de sua composição que inclui vários representantes da sociedade civil, conforme pode ser verificado nas análises de Pereira e Cortes.<sup>10</sup>

Em Florianópolis foram identificados 43 Centros de Saúde durante o período do levantamento de campo. Deste total, 29 admitiam prestar assistência na área de planejamento familiar. De acordo com avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, estes números permitem que o atendimento mantenha-se dentro do razoável em termos da Região Sul, embora seja superior à média dos municípios situados em outras regiões do país. Os tipos de assistência mais comuns nesta área incluíam por ordem de importância, distribuição de contraceptivos orais, distribuição de outros contraceptivos, pré-natal e puerpério, além do encaminhamento para cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia). Além disto, vários destes Centros promoviam as seguintes iniciativas: conferências e palestras, debates, campanhas de conscientização e distribuição de material informativo,

---

7. FARIA, 1989, p. 70.

8. *Constituição Federal*, artigo 23, inciso II.

9. BARROS et alii, 1996, p.12.

10. PEREIRA, 1997, e CORTES, 1998.

treinamento de pessoal e outros tipos de contato com a comunidade (contatos domiciliares, grupos específicos de apoio, orientação individual e reuniões nas escolas e clubes de mães sobre métodos contraceptivos).<sup>11</sup>

Porto Alegre apresentava uma rede de serviços maior e mais complexa, compatível com a sua densidade populacional. Embora o levantamento das instituições não tenha sido extensivo, sabe-se que a cobertura na área de saúde, em particular no que se refere à saúde reprodutiva, tem sido considerada uma das melhores do país. Prova disto, por exemplo, é que observou-se que, de um subtotal de 40, 38 prestavam atendimento no setor, tendo as ações principais o mesmo perfil encontrado em Florianópolis.<sup>12</sup>

### **As usuárias: o balanço dos serviços e da participação dos parceiros**

Neste item são apresentados os resultados da pesquisa. Inicialmente são elaboradas as linhas gerais do perfil sócio-econômico das usuárias. Em seguida são relacionadas suas percepções na forma de opiniões e sugestões sobre os serviços, averiguando-se seu grau de satisfação e suas noções sobre planejamento familiar. O tratamento destes aspectos inclui, ora implícita ora explicitamente, referências aos parceiros, realizando-se uma breve avaliação sobre a sua participação nas atividades ligadas ao tema. No item posterior, o conjunto das observações obtidas será relacionado à questão da autonomia das usuárias tanto em relação às práticas desenvolvidas no campo do comportamento reprodutivo, quanto frente às propostas institucionais. A discussão desta questão será remetida às tensões e conflitos no campo das relações entre gênero e saúde reprodutiva.

Em Porto Alegre as informantes tinham um mínimo de 15 e um máximo de 46 anos, tendo havido uma maior concentração nas faixas entre 20 e 25 (15) e 25 e 35 anos (13). Apenas duas mulheres tinham mais de 35 anos. Em Florianópolis, as entrevistadas tinham um mínimo de 17 e um máximo de 49 anos, ocorrendo uma maior concentração nas faixas etárias entre 20 e 25 (10) e entre 25 e 35 anos (11). Nove dentre elas tinham mais de 35 anos.

A idade dos parceiros mostrou-se ligeiramente mais elevada, tendo oscilado entre um mínimo de 21 e um máximo de 48 anos. Em Porto Alegre doze homens tinham entre 25 e 30, dez tinham entre 30 e 35, seguidos por oito que estavam com mais de 35 anos. Em Florianópolis quinze dentre eles tinham entre 25 e 30, oito se situaram na faixa entre 30 e 35, enquanto sete tinham mais de 35 anos.

A maioria das entrevistadas tinha tez branca, declarava-se católica, tendo nascido principalmente na capital, no caso de Porto Alegre, e no interior do Estado, no caso de Florianópolis. No cômputo geral, as mulheres unidas prevaleceram em relação às solteiras: 24 contra 6 no primeiro caso e 26 contra 4 no segundo.

---

11. MINELLA, 1999, p. 19.

12. MINELLA, 1999, p. 26.

O nível de escolaridade revelou-se baixo, observando-se que a maioria em Porto Alegre (26) e também em Florianópolis (16) não chegou a concluir o 1º Grau. Este nível mostrou-se mais baixo no primeiro caso, onde apenas uma informante concluiu o 2º Grau contra cinco no segundo caso, e ligeiramente superior entre os parceiros, pois em ambos os municípios a maioria deles tinha concluído o 1º Grau, tendo sido maior também o número daqueles com 2º Grau completo: 20 e 6, respectivamente.

Em Porto Alegre, 24 entrevistadas dedicavam-se aos afazeres domésticos contra 18 em Florianópolis. O restante delas exercia atividades remuneradas caracterizadas pelo baixo grau de especialização: empregada doméstica, faxineira, confeitadeira, costureira e outras similares. De modo semelhante, a ocupação dos parceiros mostrou-se pouco especializada, tendo predominado as atividades ligadas à construção civil (nove em Porto Alegre e sete em Florianópolis), seguidas por uma série de outras que variavam desde vigia, mecânico, motorista, faxineiro até policial militar de baixa patente e auxiliar de escritório.

A renda familiar revelou pequenas diferenças nos municípios considerados. Assim, se em Florianópolis predominou uma faixa de renda equivalente a mais de quatro salários mínimos (16), em Porto Alegre verificou-se sobretudo a faixa correspondente a até três salários mínimos (22). De modo geral, a renda do grupo familiar atingiu quatro salários ou mais nos casos onde o casal exercia atividade remunerada.

Poucas mulheres, dentre as informantes, não tinham filhos durante a realização da pesquisa. Incluíram-se neste caso, 5 em Florianópolis e 1 em Porto Alegre, todas com idade inferior a 25 anos. A maior parte em Florianópolis tinha dois filhos (10), enquanto que, em em Porto Alegre, apenas um (12). O número máximo de filhos correspondeu a 6 no primeiro caso e 7 no segundo. Seguindo uma tendência nacional, a existência de uma margem superior a três filhos ocorreu normalmente entre as mulheres com idade superior a 35 anos.

Quatorze informantes no total admitiram ter passado pela experiência do aborto, sendo que no total seis dentre elas afirmaram que tiveram aborto espontâneo. As demais evitaram detalhar o assunto.

Em ambos os municípios a maioria das informantes admitiu procurar assistência médica sempre que necessário. Os motivos mais frequentes para procurá-la foram: em primeiro lugar, os cuidados com a saúde em geral e em segundo lugar, com a saúde reprodutiva (concepção e contracepção). Todas as entrevistadas em Florianópolis admitiram a importância de planejar a prole, sendo que 29 delas fazem uso de contraceptivos. Em Porto Alegre apenas duas dentre elas não concordaram com este uso, tendo em vista motivos religiosos.

Registrou-se ainda a presença de mulheres muito jovens com idade entre 15 e 20 anos, que seguindo uma tendência atual, enfrentavam duas situações: ou se tratava de mães solteiras (2) ou de jovens solteiras (2) que eventualmente

têm parceiros e procuravam acompanhamento ginecológico e informações sobre contracepção, tendo sido influenciadas para freqüentar o posto de saúde pelas mães e/ou pelas amigas. Todas moravam com os pais durante a fase do levantamento de dados. Também chamou a atenção a presença de um casal de jovens com um filho (ele com 19 anos, mecânico e ela com 18, dona-de-casa), preocupado em evitar a gravidez indesejada.

Os métodos contraceptivos mais citados foram os hormonais orais, o preservativo masculino e o DIU. Cerca de dez entrevistadas utilizavam mais de um método simultaneamente. Entre as mulheres que mudaram da pílula para outros métodos, as razões mais freqüentes foram dores de cabeça, tensão nervosa, pressão alta, depressão e enjôos. Dentre as que mudaram do DIU para a pílula as razões mais comuns foram as hemorragias e a rejeição.

O conhecimento do método em uso na ocasião deu-se principalmente nos postos de saúde, através dos programas de planejamento familiar e dos ginecologistas. As opiniões das amigas também influenciaram a decisão. A maior parte das informantes (17 em Porto Alegre e 19 em Florianópolis) afirmou ter permanecido sob acompanhamento médico durante a utilização dos métodos, enquanto as demais admitiram ter descuidado este aspecto, tendo comparecido sem regularidade às consultas médicas.

A respeito das intenções reprodutivas a situação nos dois municípios mostrou algumas diferenças. Em Porto Alegre a maioria das entrevistadas (23) tem a intenção de utilizar outro método no futuro, e o mais citado foi a laqueadura (11) seguido do DIU (3). Em Florianópolis apenas nove mulheres tinham este tipo de intenção, e mais uma vez a laqueadura foi a mais citada (4), seguida do DIU (2). Apenas 4 mulheres do total do universo revelaram a intenção de que os companheiros realizassem a vasectomia. As intenções sobre a laqueadura em particular confirmaram a tendência nacional indicada na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996, na qual se constatou, entre mulheres não usuárias de métodos contraceptivos, expressiva preferência pelo uso futuro deste procedimento e dos contraceptivos orais, em detrimento dos métodos menos agressivos à saúde.<sup>13</sup>

As justificativas mais freqüentes para as intenções de realizar a laqueadura foram as seguintes: "mais segurança nas relações sexuais", e "não precisar tomar a pílula" (por causa dos efeitos colaterais). As justificativas mais comuns para as intenções de passar a fazer uso do DIU foram: "é difícil engravidar e não é definitivo"; "não prejudica a saúde como os outros métodos".

As entrevistadas tomaram conhecimento das atividades desenvolvidas nos postos de saúde que costumavam freqüentar através de agentes de saúde de outras instituições, de visitas ao local, de ginecologistas ou ainda através de familiares, amigas e moradoras do bairro.

---

13. BEMFAM, 1997, p. 68.

Em Porto Alegre, embora a maioria das mulheres conhecesse as atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde, 14 dentre elas afirmaram não participar de nenhuma contra 10 que participaram de alguns dos grupos de mulheres e dos debates e palestras, além de comparecer às consultas médicas regulares e realizar tratamentos de saúde. As demais desconheciam as atividades propostas. Em Florianópolis a situação era semelhante, tendo-se registrado 13 que afirmaram não participar de nenhuma atividade contra 15 que se integraram aos diferentes grupos, enquanto apenas duas ignoravam as propostas das instituições.

Além das consultas, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, as atividades desenvolvidas nos postos variavam desde a distribuição de contraceptivos até palestras, debates, campanhas de conscientização, contatos domiciliares, constituição de grupos específicos de apoio etc.

De modo geral, no caso de Porto Alegre, as atividades foram consideradas de bom nível, suficientes, produtivas, importantes e construtivas, tendo sido avaliada de muito boa qualidade a atenção dada às gestantes. Cinco dentre as informantes admitiram insatisfação com os serviços, afirmando que existia "má vontade em dar informação e orientação" por parte dos funcionários, enquanto uma julgou insuficiente a quantidade das atividades propostas.

A preocupação não apenas com os problemas de saúde que exigem imediata solução ficou evidenciada nas respostas sobre o tipo de conhecimento buscado nas instituições. Em Porto Alegre as informantes admitiram buscar informações gerais sobre a sua própria saúde e a saúde dos familiares com a finalidade de educar-se e prevenir doenças. Além do mais, para a maioria delas (17) o conhecimento na área da contracepção funcionou como o estímulo mais significativo, seguido da retirada de medicamentos e das informações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS. Em Florianópolis, os tipos de conhecimento buscados mais freqüentemente foram o educativo e o contraceptivo, conforme atestaram 26 informantes.

De acordo com 24 entrevistadas em Porto Alegre, o setor de saúde municipal estava atendendo adequadamente às demandas na área de planejamento familiar, tendo apontado como motivos a distribuição de medicamentos, a clareza nas explicações e o bom atendimento dos médicos. Seis dentre elas porém elaboraram críticas considerando o atendimento "demorado e ruim", queixando-se da falta de medicamentos para distribuição e da demora para conseguir marcar as consultas.

Em Florianópolis, segundo treze mulheres, o setor municipal de saúde estava atendendo às demandas na área de planejamento familiar de modo satisfatório, enquanto doze delas afirmaram que o sistema "deixa a desejar" em vários aspectos. Foram citados como pontos negativos a falta de divulgação do programa e a falta de interesse da população em geral. Especificamente sobre o programa de planejamento familiar da Policlínica do Centro, todas as informantes mostraram-se satisfeitas, tendo sido mencionadas qualidades como o bom atendimento

médico, a competência das enfermeiras e a facilidade para marcar consultas. Não obstante o baixo nível de escolaridade registrado no âmbito do contingente investigado, a maioria das mulheres (13 em Porto Alegre e 19 em Florianópolis) demonstrou certa familiaridade com o termo "planejamento familiar", admitindo que ele designa o "planejamento do número de filhos". Em Porto Alegre o termo foi ainda interpretado de outras maneiras, algumas correlatas, outras nem tanto: "ter um bom diálogo e relacionamento com o marido", "conversar tudo com a família", "orientar-se pelo médico e/ou pela enfermeira", "bem-estar familiar", "planejar a vida, uma viagem", "planejar ganhos e gastos com a família", "um posto de saúde que tenha um médico para cada família", "planejar fichas no posto", "conseguir tudo (casa) para depois ter filhos, quantos Deus mandar, mas dois filhos é melhor prá dar coisas: roupas, calçados, brinquedos". Seis informantes não souberam dizer o significado do termo e/ou evitaram fazê-lo contra cinco em Florianópolis, onde prevaleceram os seguintes significados: "orientação à saúde da mulher" e "educação para uso dos anticoncepcionais" e "maneira de tratar quem não pode ter filhos".

Dentre as sugestões mais citadas em Porto Alegre para melhorar e ampliar as atividades relacionadas ao planejamento familiar constaram as seguintes: aumentar o espaço físico, aumentar a oferta de médicos, de exames e de medicamentos; ampliar as consultas diárias, criar o atendimento odontológico, divulgar a existência dos grupos e diversificá-los através da criação de novos grupos de apoio e ter oftalmologista. Em Florianópolis as sugestões mais comuns foram as seguintes: implantação de programas de planejamento familiar em todos os postos de saúde, maior divulgação daqueles já existentes, implantação de um programa de educação nas áreas carentes, ampliação dos horários de atendimento ao público, liberalização da laqueadura e da vasectomia, além de incentivo ao tratamento da esterilidade.

Diante da pergunta sobre a participação do companheiro nas atividades dos postos, a maioria das informantes em Porto Alegre respondeu que "ele não tem tempo para essas coisas", "ele acha que essas são coisas de mulher", "ele não se interessa" ou "ele não sabe nada destas coisas". Apenas cinco admitiram que há uma certa participação dos parceiros porque estes costumam acompanhá-las nas consultas do pré-natal ou participam eventualmente em alguma atividade do posto.

Em Florianópolis observou-se uma maior participação masculina, pois 22 mulheres afirmaram que seus companheiros se integram às atividades (ainda que não necessariamente de modo regular), a fim de poderem dialogar e tomar decisões em conjunto, enquanto cinco dentre elas admitiram que eles não demonstram interesse e nem querem saber nada sobre o assunto.

Finalizando, os dados indicam que embora se trate de população de baixa renda e com baixo nível de escolaridade, a busca pelo atendimento à saúde tende a tornar-se uma prática comum pois 9 entrevistadas em Florianópolis e 19

em Porto Alegre têm algum familiar e/ou familiares freqüentando regularmente as instituições de saúde. No item subsequente, os resultados até aqui apresentados são submetidos à interpretação a partir do diálogo com a literatura sobre o tema, questionando-se o argumento relativo à passividade das mulheres no campo do comportamento reprodutivo.

### **Desigualdades de gênero na esfera do comportamento reprodutivo: autodeterminação e passividade**

Com base numa breve revisão de literatura, pode-se constatar que embora o termo usuário/a seja comumente utilizado, ainda são poucos os estudos que se dedicam à uma reflexão sobre a sua condição enquanto "titular de direito", de modo a incluir suas percepções na forma de opiniões, críticas e sugestões a respeito dos serviços de saúde. Em alguns casos observa-se que a apresentação de dados sobre os usuários prescinde até mesmo de uma reflexão mínima sobre esta condição, resultando num tratamento a-histórico dos próprios dados levantados.

Uma abordagem preliminar pode identificar que a condição dos/as usuários/as tem sido objeto de conhecimento em alguns estudos que ressaltam diferentes aspectos. Normalmente o termo é utilizado como sinônimo de cliente, consumidor e paciente, salvo algumas exceções, nas quais a referência aos direitos humanos é mais explícita. De um modo geral, tais estudos tem se desenvolvido em torno de cinco eixos temáticos básicos, complementares entre si, quais sejam: (1) as práticas cotidianas das instituições de saúde e suas relações com as representações dos provedores dos serviços sobre os usuários; (2) o papel que os usuários jogam ao interior das definições das políticas de saúde; (3) a visão do usuário sobre o processo saúde/doença; (4) as desigualdades de gênero entre os usuários enquanto fator que se reflete no campo da reprodução; (5) as mulheres e os homens enquanto usuários de métodos contraceptivos e (6) as opiniões dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

No primeiro caso, a análise das práticas das instituições e da visão sobre os usuários por parte dos provedores pode ser ilustrada pelos estudos de Grassi et alli e Stephan-Souza. O primeiro aborda as opiniões que circulam entre os membros da equipe profissional de um hospital para setores médios em Buenos Aires sobre as usuárias do programa de planejamento familiar. Salientando que as políticas sociais institucionais "estão orientadas tanto para propostas globais de ações políticas e por modelos de comportamento reprodutivo como por visões das famílias das usuárias", os autores concluem (após entrevistar os agentes de saúde) que as suas opiniões sobre as usuárias são pautadas numa visão estereotipada da mulher de classe média, que tende a desconsiderar diferenças individuais, despersonalizando-se por esta via os diálogos e a condução dos tratamentos.<sup>14</sup>

---

14. GRASSI et alli, 1994.

O segundo estudo apresenta preocupações semelhantes, analisando as concepções dos profissionais de saúde sobre as usuárias em áreas periféricas do Rio de Janeiro. Tendo sondado vários aspectos sobre estes profissionais, tais como a formação acadêmica, os significados da contracepção e da política contraceptiva além das representações sociais, a autora aponta a existência de uma visão estereotipada que associa o contexto da pobreza com a ignorância, resultando no exercício de uma prática pouco ética que se orienta no sentido de influir decisivamente na perda definitiva da capacidade reprodutiva das mulheres através da esterilização.<sup>15</sup>

Ilustrando o segundo eixo temático tem-se o trabalho de Cortes, que prioriza a análise do papel que os usuários têm jogado ao interior das práticas e políticas definidas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde. A partir de revisão de literatura, a autora identifica vários determinantes desta participação, desde as "mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde" e a "organização dos movimentos populares e sindicais" até o relacionamento dos agentes de saúde com as lideranças populares e sindicais e a própria "dinâmica de funcionamento do Conselho".<sup>16</sup>

A análise desses determinantes possibilita concluir que apesar das dificuldades de implementação de um modelo participativo torna-se possível a participação dos usuários principalmente em contextos historicamente específicos, tais como cidades grandes e municípios "onde os movimentos popular e sindical são mais organizados" e conseqüentemente "tem havido envolvimento constante de seus representantes nos espaços políticos públicos dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde".<sup>17</sup>

Inúmeros estudos se preocupam com o terceiro aspecto, ou seja, em resgatar a visão que os usuários têm sobre o processo saúde/doença. Tal é, por exemplo, o caso de Camargo et alli, que no âmbito de uma investigação sobre três racionalidades médicas (medicina ocidental contemporânea, medicina tradicional chinesa e medicina homeopática) entrevistam 50 usuários dos serviços públicos de saúde no Rio de Janeiro. O estudo conclui que "os pacientes da medicina ocidental partilham de um conjunto de referenciais simbólicos correlato, senão idêntico, ao dos médicos com esta formação".<sup>18</sup> Ao mesmo tempo, identifica por parte de ambos (profissionais e pacientes) uma talvez excessiva valorização do medicamento ao lado de uma postura profissional que não resgata as relações pessoais como recurso terapêutico.

A verificação de aspectos relacionados às desigualdades de gênero na esfera do comportamento reprodutivo dos usuários, por sua vez, pode ser encontrada, por exemplo, na análise de Idrobo & Lópes sobre o papel do casal

---

15. STEPHAN-SOUZA, 1995.

16. CORTES, 1998, p. 11.

17. Idem, p. 10.

18. CAMARGO et alli, 1997, p. 69.

no processo de decisão no âmbito da reprodução humana e sobre o viés de gênero dos provedores de planejamento familiar.

Com base na análise das informações levantadas junto a 162 residentes em Quito, Equador (97 homens e 65 mulheres), o estudo sugere que os homens dominavam os processos de decisão incluindo o número de filhos, sendo as mulheres responsáveis por atingir estes objetivos utilizando-se dos serviços disponíveis. O predomínio dos varões era mais acentuado no caso de suas mulheres dedicarem-se exclusivamente às atividades domésticas. Conclui-se ainda que os provedores de saúde reforçam as desigualdades de gênero dos usuários, considerando a mulher como primordialmente responsável pelo planejamento familiar, elaborando práticas que não facilitam a sua auto-determinação.<sup>19</sup>

O quinto aspecto privilegia a análise da situação das mulheres enquanto usuárias de métodos e técnicas na área da concepção e da contracepção. São inúmeros os estudos nesta direção. Um exemplo pode ser encontrado no trabalho de Figueroa Perea, que interpreta os vínculos entre agentes institucionais e usuárias no que se refere à orientação sobre os métodos a serem utilizados na Cidade do México. Verificando os critérios utilizados pelos profissionais de saúde, o autor observa que há uma preferência pelos métodos hormonais e pela esterilização feminina, privilegiando-se menos os direitos reprodutivos e mais a produtividade das usuárias. Entendendo as usuárias como "titulares de direito", o autor sugere que compete a estes profissionais tentar recuperar a sua diversidade e as características sócio-culturais do seu meio, além da socialização do conhecimento, enquanto uma via para possibilitar o exercício dos direitos reprodutivos no contexto das políticas de população e de saúde.<sup>20</sup>

Por último, há estudos que se identificam mais com o enfoque adotado no presente trabalho, analisando as opiniões das usuárias sobre a qualidade dos serviços. Neste caso, vale a pena referir o trabalho de Atkinson, que entrevistando 51 mulheres com sete ou mais meses de gravidez em distritos pobres do Estado do Ceará, a fim de verificar o grau de satisfação com a assistência ao pré-natal, conclui, dentre outros aspectos, que os conflitos entre os provedores e os usuários são consequência das divergências entre os "modelos explanatórios" que podem ser resolvidos através do treinamento e da educação. Segundo a autora, o tipo de abordagem utilizada no estudo (holística em Antropologia) indica que a questão da qualidade dos serviços deve ser vista dentro do contexto da própria estruturação dos serviços, das circunstâncias sócio-econômicas de vida das usuárias e das diferenças entre os modelos médicos e populares de saúde.

O conjunto dos resultados destas pesquisas permite estabelecer uma série de conclusões provisórias sobre a condição dos/as usuários/as, tais como: (1) pode haver uma visão estereotipada dos provedores de saúde a seu respeito,

---

19. IDROBO & LÓPES, 1997.

20. FIGUEROA PEREA, 1998.

dificultando a comunicação e potencializando os conflitos entre os diferentes modelos explicativos; (2) a sua participação em instituições que definem e gestiona políticas na área pode se tornar mais expressiva, independente de várias dificuldades, a depender do contexto histórico-político; (3) na condição de paciente, o seu ponto de vista sobre diagnóstico e tratamento pode se confundir com o dos agentes médicos; (4) devido às desigualdades de gênero, e dependendo do contexto sócio-cultural, os homens podem ter uma influência maior nas decisões sobre o tamanho da prole do que a mulher, apesar de que compete a ela a viabilização desta influência através da condição de usuária dos serviços de saúde; (5) falta ainda realizar muitas conquistas no plano dos direitos humanos até que as usuárias se transformem efetivamente em "titulares de direito" no campo da saúde reprodutiva; (6) a avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve se apoiar no resgate das circunstâncias de vida e na visão de mundo das usuárias.

Reconhecendo a importância destes estudos e, por isso mesmo, resgatando suas contribuições para o esclarecimento dos resultados da presente pesquisa, sintetizam-se a seguir alguns comentários finais, na tentativa de atender à recomendação de Atkinson no sentido de tentar historicizar a condição das usuárias.

Em primeiro lugar, os dados obtidos nesta pesquisa permitem certas inferências sobre as complexas relações entre gênero e saúde, pois observa-se que ao assumir os cuidados com a sua própria saúde em termos gerais, com a saúde reprodutiva em particular e ainda com a saúde dos familiares, as informantes talvez façam mais do que cumprir um mandado social que tem delegado historicamente às mulheres este tipo de responsabilidade, tal como assinalam em obras significativas sobre o tema, por exemplo, Costa e Greer.<sup>21</sup> E ainda tal como interpretam outras obras relevantes que tratando também sobre as relações entre gênero e saúde costumam criticar a resignação das mulheres diante desta situação, tal como ocorre na já citada pesquisa de Idrobo e Lopez realizada em Quito, Equador, na qual chega-se à conclusão de que as mulheres, em virtude de sua passividade, estavam satisfeitas com os serviços de saúde e não questionaram o bias de gênero neles expressado. Tampouco questionaram sua excessiva responsabilidade com o planejamento familiar ou com o cuidado dos filhos, fatores que ameaçariam sua capacidade de auto-determinação.<sup>22</sup>

À luz dos resultados do presente estudo, considera-se que este tipo de afirmação, embora possa ser válido não só para o contexto analisado naquela pesquisa, mas para uma série de outros similares, não deve ser generalizado. Na medida em que não se observou nenhum constrangimento por parte das mulheres que admitiram assumir estes tipos de encargo, não obstante as limitações metodológicas que cercaram o trabalho de campo, torna-se possível elaborar uma hipótese preliminar que aponta em outra direção. Ou seja: torna-se possível

---

21. COSTA, 1979, e GREER, 1987.

22. IDROBO E LOPEZ, 1997.

supor que o processo de medicalização da sociedade, ao definir essas mulheres estrategicamente como aliadas dos agentes e das práticas de saúde, gera uma contradição específica, pois ao mesmo tempo em que propicia a passividade diante de um papel socialmente imposto, simultaneamente amplia e legitima um tipo de poder que elas já tinham ancestralmente, tendo em vista sua função de "cuidar da família". Neste sentido tal ampliação e legitimação pode resultar numa valorização do seu papel no interior das instituições de saúde e do ambiente doméstico, e portanto, pode influenciar o aumento do seu poder de decisão, manipulação e negociação com o parceiro, a quem ela às vezes subtrai o direito de interferir nestes assuntos, ainda que trabalhe também fora de casa.

Talvez por isto mesmo, as reações sobre a participação do parceiro nos assuntos relativos ao planejamento familiar não tenha sido homogênea. Algumas delas, por exemplo, constataram que "ele não sabe nada sobre estes assuntos" ou "ele não tem tempo para essas coisas", sem que necessariamente estas observações viessem acompanhadas do tom de queixa.

Tais constatações, aliás, transcendendo a queixa, podem ter a função de desqualificar o parceiro e reforçar o próprio poder e o próprio conhecimento sobre o assunto. Por isto mesmo, os resultados sugerem a existência de um movimento pendular entre a passividade e a autodeterminação, na medida em que o conhecimento das questões de saúde pode se potencializar enquanto domínio da mulher sobre si mesma e sobre a rotina e os comportamentos da família, permitindo assim uma visão mais aguda sobre os problemas, os limites e as possibilidades de cada um dos seus membros.

Conseqüentemente, o ponto de vista de Faria sobre os atores sociais enquanto seres capazes de exercer com certa autonomia as alterações em suas atitudes em geral, e as mudanças no comportamento reprodutivo em particular, tendo servido de suposto teórico ao presente trabalho, contribui para compreender as opiniões, opções, críticas e sugestões das usuárias para além da mera passividade e da ignorância, que seriam esperadas de mulheres oriundas dos setores de baixa renda e com baixo nível de escolaridade. Portanto, como resultado deste movimento pendular ao interior do qual se esconde uma subjetividade que não é apenas passividade e, tampouco, apenas autonomia, mas as duas coisas alternadamente.

A perspectiva de gênero adotada nesta pesquisa, por sua vez, alia-se ao argumento de Faria, na proporção em que as questões relativas à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar são compreendidas não apenas em seu aspecto biológico, mas no seu aspecto relacional, o qual inclui as múltiplas definições sócio-culturais sobre o masculino e o feminino. Conclui-se provisoriamente, portanto, que ao desqualificar os parceiros, as informantes desqualificam talvez a própria interferência masculina e ao mesmo tempo valorizam a si próprias, reforçando tanto as tensões inerentes ao campo da sexualidade e da reprodução quanto a imagem que associa a esfera do comportamento reprodutivo ao feminino.

Neste caso, pode-se perceber, a partir dos dados obtidos, que as relações de gênero constituem um campo de conflito muito mais complexo do que possa parecer à primeira vista, pois o binômio valorização do masculino/desvalorização do feminino, tantas vezes invocado por algumas teorias feministas para explicar as desigualdades estruturais, pode mostrar-se incapaz de absorver os matizes de um processo de mão dupla, no qual aquilo que é desvalorizado pelo masculino e pela ideologia dominante como “assunto de mulher” (cuidados com a saúde reprodutiva e com a prole, por exemplo) pode ser resignificado pelas mulheres enquanto valorização de si próprias. Ou seja, enquanto algo que apenas elas sabem e logo só elas podem administrar, controlar e submeter à sua própria lógica, desqualificando assim seus opositores.

Em segundo lugar, os dados da pesquisa indicam uma significativa presença das entrevistadas nos diferentes grupos de apoio instituídos nos postos de saúde. De um total de 60, 25 mulheres participam com regularidade destes grupos. Por outro lado, a maioria delas sugeriu a criação de novos grupos no sentido de ampliar e fortalecer as atividades desenvolvidas. Além do mais muitas delas têm parentes, amigas e vizinhas freqüentando a mesma instituição. Estes resultados surpreendem, pois tratando-se deste tipo de segmento, esperava-se encontrar índices de participação mais baixos e uma baixa freqüência de sugestões deste tipo.

Estes dados sugerem várias coisas. Destacamos duas: o cotidiano dos postos de saúde, na proporção em que amplia as atividades e possibilita a troca de informações e experiências entre as pessoas, pode assumir uma carga afetiva importante na vida destas mulheres, ainda que possa estar vigorando um padrão de relações que deixa transparecer certa estereotipia por parte dos provedores, conforme apontaram algumas entrevistadas ao se referirem às dificuldades de comunicação com os funcionários, coincidindo em parte, com as conclusões dos estudos de Grassi et alli e Stephan-Souza.<sup>23</sup>

Talvez por isto mesmo, por ser um local onde se pode também desabafar e depositar segredos, descarregar tensões inclusive e/ou principalmente domésticas, através da participação nos diferentes grupos, não se estranhe (e até se deseje) a ausência dos parceiros, principalmente no caso de Porto Alegre.

Em terceiro lugar, (ainda sob inspiração de Faria) observa-se que os resultados apresentados indicam que falar em “usuárias” não significa absolutamente falar em uma categoria monolítica. Diferentes atitudes puderam ser observadas em relação às críticas aos serviços de saúde, por exemplo, tendo-se encontrado tanto a satisfação quanto a insatisfação com a qualidade oferecida. Mais uma vez tornou-se possível detectar não apenas a passividade, mas a elaboração de diferentes estratégias por parte das insatisfeitas. Embora o instrumento de coleta de dados não incluísse questões específicas a este respeito, a observação das atitudes e a escuta dos diálogos durante o levantamento de campo permitiram

23. GRASSI ET ALLI, 1994, e STEPHAN-SOUZA, 1995.

perceber que as reações à insatisfação são várias e compreendem desde a troca de médico e a troca de grupo e/ou atividade, até o abandono do tratamento e a procura por outra instituição na qual seja possível reiniciá-lo. Sem falar na busca simultânea de tratamentos alternativos e de respostas na religião. O registro de situações deste tipo distancia em parte os resultados obtidos daqueles encontrados por Camargo *et alli*.

Tal procura provavelmente evidencia a compreensão por parte das usuárias de que as instituições tampouco são monolíticas, podendo representar diferentes tipos de atitudes, respostas e procedimentos técnicos diante das suas necessidades. A satisfação com os serviços, por sua vez, talvez possa ser interpretada enquanto uma conseqüência do atendimento a uma necessidade, a um tipo de carência na área de saúde, que apenas mais recentemente os dois municípios se tornaram mais ágeis em atender, não obstante as dificuldades de recursos que têm enfrentado. Embora tenha-se constatado que a estrutura dos serviços não seja a ideal, ela certamente é melhor e mais diversificada do que aquela que existia décadas atrás, pois os postos de saúde se disseminaram através dos bairros de modo a tentar garantir uma atenção mais imediata à população, antes obrigada a procurar principalmente a rede hospitalar e/ou os postos localizados no centro da cidade.

Por último, a maioria absoluta das usuárias afirmou procurar assistência médica tanto para cuidar da saúde em geral, quanto para cuidar dos aspectos mais diretamente ligados à reprodução, ainda que o grau de regularidade desta procura tenha variado. Sabendo-se que muitas destas mulheres são oriundas de bairros populares em duas cidades nas quais proliferaram nos últimos anos as organizações não governamentais, as associações de bairro e outras expressões dos movimentos populares, além das escolas e dos próprios postos de saúde, talvez fosse o caso de considerar, ao contrário de Figueroa Perea, que não obstante o baixo nível de escolaridade das usuárias, está se disseminando uma certa consciência dos direitos à saúde e dos direitos à saúde reprodutiva em particular enquanto uma dimensão da cidadania, fato que tem sido reforçado pela mídia. A prova disto reside, por exemplo, na presença de mulheres jovens, mães solteiras ou não, que influenciadas pelas suas próprias mães e amigas passam a cuidar-se também nos postos, adotando uma atitude preventiva que supõe uma maior preocupação com a qualidade de vida e, portanto, um resgate da cidadania.

Sintetizando, talvez porque os processos de conscientização não são lineares, tendo seus altos e baixos, observou-se entre as mulheres do contingente investigado um movimento que oscila entre a liberação e a opressão em relação aos modelos e práticas vigentes a respeito do planejamento familiar, que é compatível com as contradições do seu meio sócio-econômico, político e cultural.

## Referências bibliográficas

- ATKINSON, S. J. (1993). "Anthropology in research on the quality of health services". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3 (jul./set.). Rio de Janeiro, p. 283-299.
- BARROS, Maria Elizabeth, PIOLA, Sérgio Francisco & VIANNA, Sonia Magalhães (1996). "Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas". *Textos para Discussão*, n. 401 (fevereiro). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- BELLOLI, Cristiane Pereira (1995). *Saúde da mulher e planejamento familiar: análise sobre a assistência à contracepção e concepção a partir das usuárias de um programa institucional* (monografia apresentada ao Curso de Graduação em Ciências Sociais da UFSC), mimeo.
- BEMFAM (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro [Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério da Saúde; DHS: Programa de Pesquisa em Demografia e Saúde; USAID: Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional; FNUAP: Fundo de População das Nações Unidas; Unicef: Fundo das Nações Unidas para a Infância].
- CAMARGO Jr., Kenneth R. de, LUZ, Madel T., SABINO, César, CONTE, Flávia T. & MARTINEZ, Daniela S. (1997). "Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro". *Saúde, Revista do NIPESC*, n. 2 (jan./dez.). Porto Alegre: UFRGS/Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 69-77.
- CNPD (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento) e FNUAP (Fundo De População Das Nações Unidas) (1995). *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo, 5 a 13 de setembro de 1994). Brasília.
- CORTES, Soraya M. Vargas (1998). "Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. III, n. 1. Rio de Janeiro: ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva), p. 5-17.
- COSTA, Jurandir Freire (1979). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- FARIA, Vilmar E. (1989). "Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos". *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: Vértice/ANPOCS, p. 62-103.
- FIGUEROA PEREA, Juan Guillermo (1998). "Análisis ético del entorno de los servicios de salud en el ámbito de la reproducción". In: BILAC, Elizabete Dória & ROCHA, Maria Isabel Baltar da (orgs.). *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. Campinas: Prolap/Abep/Nepo/Unicamp / São Paulo: Editora 34, p. 67-98.
- GRASSI, Estela, RAGGIO, Liliana & MONTES, Ana González (1994). "Normatização dos comportamentos reprodutivos e paradigmas médicos: estudo de caso em instituições de saúde para camadas médias". COSTA, Albertina de Oliveira & AMADO, Tina (orgs.). *Alternativas Escassas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, p. 207-47.
- GREER, Germaine (1987). *Sexo e Destino. A política da fertilidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco.
- IDROBO, B. Nelly & LÓPEZ, Amparo (1997). "Género, cliente femenino y los proveedores de los servicios de planificación familiar en Quito" (disponível na Internet, 4/Junio).
- MINELLA, Luzinete Simões (1999). "Gênero e Saúde Reprodutiva". *Cadernos de Pesquisa*, n. 20 (outubro). Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.
- STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina (1995). "Relendo a política da contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das Unidades Públicas de Saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 3 (jul./set.). Rio de Janeiro, p. 408-424.