

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social

**DESVELANDO OS DISCURSOS DA OPÇÃO PELA LAQUEADURA  
TUBÁRIA POR MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NO  
INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES**

Aluna: Renata Eccard Latini  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariléa Franco Marinho Inoue

Rio de Janeiro  
Dezembro/2006

Renata Eccard Latini

**DESVELANDO OS DISCURSOS DA OPÇÃO PELA LAQUEADURA  
TUBÁRIA POR MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NO  
INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Graduação, da Escola de Serviço Social  
da Universidade Federal do Rio de  
Janeiro.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariléa Franco Marinho Inoue

Rio de Janeiro  
Dezembro/2006

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus, por tudo que tem feito em minha vida e por ter me dado forças para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Regina e Carlos Roberto, pelo esforço incansável para que eu conseguisse concluir a faculdade, apesar de todas as dificuldades... Pelo carinho, amor e incentivo que nunca me faltaram... Muito obrigada por tudo, de coração. Eu amo vocês!

Às minhas irmãs, Ramila e Roberta, pela amizade nos momentos em que mais precisei... Pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente... E pela paciência... Vocês são grandes amigas! Amo vocês!

Aos meus queridos avós, José, Lourdes, Jorcelino e Jadyr pelo carinho, amor e pela presença constante em minha vida. Amo vocês!

Especialmente ao meu noivo, Felipe, pela presença constante em minha vida, pelo amor, pela compreensão e pela paciência nos momentos mais difíceis... Pelo apoio, pela amizade, pela cumplicidade... Por ter dividido comigo todas as minhas angústias e incertezas... E por todo o incentivo que sempre me deu, em tudo! Eu te amo muito!

Aos meus futuros sogros, D. Sônia e Sr. Artur pelo carinho que sempre tiveram comigo, pelo apoio e acolhimento em todos os momentos que precisei. Muito obrigada!

Às amigas da faculdade, Ana Luiza, Natália, Sandra e Melissa, por todos os momentos que dividimos juntas durante esses quatro anos... pela amizade e carinho. Especialmente a Ana e a Natália, pelo incentivo que sempre me deram e pelo apoio na realização deste trabalho. Adoro vocês e espero que nossa amizade se fortaleça a cada dia!

Às colegas de trabalho do IMMFM, Andréa, Leila, Márcia, Maria Bernadete e Mércia por tudo que aprendi com vocês durante o período de estágio... Por todo o apoio que me deram na concretização deste trabalho, desde o início do estágio, especialmente Andréa, Mércia e Bernadete. Vocês fizeram muita diferença na minha formação profissional!

A minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Mariléa Franco Marinho Inoue, pelo tempo dedicado ao meu trabalho e incentivo, sempre presente nas orientações do TCC. Obrigada por sua amizade e profissionalismo!

Às usuárias do IMMFM, pela participação nesta pesquisa de maneira tão expressiva e pelo tempo dedicado para responder aos questionários. Sem vocês certamente ela não seria possível. Muito obrigada!

## **RESUMO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, requisito para obtenção de título de assistente social tem por objetivo a análise dos motivos que têm levado um número cada vez maior de mulheres em idade reprodutiva a optarem pela laqueadura tubária, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães. Para a realização desta pesquisa, que contou com a participação de 28 mulheres, foi utilizado, do ponto de vista metodológico, o questionário, do tipo semi-estruturado e por auto-preenchimento. A importância deste estudo insere-se na possibilidade de oferecer a compreensão dos processos macrossociais que interferem em tal escolha, contribuir para a reflexão dos profissionais de saúde sobre sua relação com as usuárias do serviço de saúde no que tange à escolha pela esterilização feminina e promover uma articulação teórico-prática.

Palavras-chave: mulheres, laqueadura tubária, pobreza, família e gênero.

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
 <b>CAPÍTULO I – POBREZA, ESCOLARIDADE E A CULTURA DA SUBALTERNIDADE</b>	
1.1 – Extrema pobreza no Brasil: a desigualdade latente	13
1.2 Transformações no mundo do trabalho: da precarização ao desemprego	16
1.3 - A relação entre pobreza e escolaridade	19
1.3.1 – Escolaridade de homens e mulheres: diferenças na conquista pelo espaço no mercado de trabalho	22
1.4 - A cultura da subalternidade: o lugar do pobre na sociedade	25
 <b>CAPÍTULO II – A FAMÍLIA TRABALHADORA E RELAÇÕES DE GÊNERO</b>	
2.1 – Breve histórico da família: transformações e construções de novos arranjos	29
2.2 - Família, gênero e sexualidade	33
2.3 - Famílias empobrecidas: a luta cotidiana pela sobrevivência	38
2.4 - Assistência social: mecanismo reprodutor da cultura da subalternidade	41
2.5 - As políticas sociais e a centralidade na família	45
 <b>CAPÍTULO III – POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A QUESTÃO DA CONTRACEPÇÃO EM SAÚDE</b>	
3.1 – O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas voltadas para as mulheres	48
3.2 – A consolidação da saúde com um direito universal	51
3.3 – O PAISM e o planejamento familiar	54
3.4 – A questão da laqueadura tubária: algumas considerações importantes	57
 <b>CAPÍTULO IV – DESVELANDO OS DISCURSOS DA OPÇÃO PELA LAQUEADURA TUBÁRIA</b>	
4.1 – O percurso metodológico	62

4.2 – Análise dos questionários	65
4.3 – A instituição em questão: o IMMFM	95
4.4 – O Serviço Social no IMMFM: limites e possibilidades de intervenção	98
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	102
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	105
Livros e outras publicações	105
Jornais e revistas	108
Leis	109
Hemerografia	109
<b>ANEXOS</b>	111

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Faixa etária/nº. de gestações/nº. de abortos/nº. de filhos vivos	65
QUADRO 2 Uso de métodos contraceptivos	67
QUADRO 3 Avaliação sobre os métodos contraceptivos	68
QUADRO 4 A opção pela laqueadura tubária	79
QUADRO 5 Opinião sobre a vasectomia	86
QUADRO 6 Escolaridade	89
QUADRO 7 Participação na renda familiar	91
QUADRO 8 Tipo de trabalho e faixa salarial	93
QUADRO 9 Número de famílias vivendo da renda	93



## **ABREVIATURAS**

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida  
CPAIME – Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
DISAMI – Divisão de Saúde Materno Infantil  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística  
IMMFM – Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães  
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar  
PNDH – Plano Nacional de Direitos Humanos  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco  
PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
BENFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar  
SNPES – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBR – Unidade de Baixo Risco  
UI – Unidade Intermediária  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura  
UNIAIDS – Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto a análise dos motivos da opção pela laqueadura tubária, por mulheres/usuárias em idade reprodutiva do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM).

O interesse pela temática referida foi decorrente de minha inserção no IMMFM como acadêmica-bolsista da prefeitura municipal do Rio de Janeiro, pois a escolha de um objeto de estudo não surge espontaneamente, mas “(...) *de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas raízes e seus objetivos*”.<sup>1</sup>

Desde o início dos atendimentos às usuárias, tanto no plantão do Serviço Social quanto nas enfermarias, percebi uma vasta demanda por informações sobre a laqueadura tubária. Tal fato despertou em mim algumas inquietações, especialmente em relação às justificativas dadas pelas mulheres ao optarem pela esterilização feminina em detrimento dos métodos contraceptivos.

No IMMFM, tem-se constatado que é cada vez mais crescente o número de mulheres que optam pela esterilização. O direito à laqueadura tubária é regulamentado pela lei do planejamento familiar (lei 9.263/1996), como um direito de escolha reprodutiva. Tal lei dispõe que as atividades educativas compõem as ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma perspectiva de atendimento integral à saúde. Entretanto, o que se observa é que a participação masculina praticamente inexistente, o que torna a mulher responsável pelo controle da fecundidade. A contracepção “(...) *continua a pesar quase que exclusivamente sobre os ombros da mulher*”.<sup>2</sup>

Diversas são as possíveis causas que implicam tal escolha, com destaque para as próprias condições objetivas de vida dessas mulheres, em meio à pobreza, que dificultam a criação dos filhos dignamente. Além disso, há que se considerarem as relações de gênero conformadas na nossa sociedade, que atribuem à mulher a responsabilidade e o cuidado para com os filhos, o que pode ser um fator determinante na escolha por não tê-los mais.

---

<sup>1</sup> MINAYO, 1993:90

<sup>2</sup> ARRUDA, 1991 apud FREITAS, 2003:11

Este estudo visa contribuir para a compreensão dos processos macrossociais que interferem na escolha reprodutiva das mulheres, além de propiciar uma reflexão da atuação dos profissionais de saúde em sua relação com as usuárias no que tange à opção pela laqueadura, permitindo-lhes o entendimento das condições de vida dessas mulheres e contribuindo para o estabelecimento de práticas profissionais que resgatem ou favoreçam a construção da autonomia sobre o próprio corpo, e que possam ter uma visão diferente dos pobres, diferente da cultura da subalternidade atribuída a eles.

O Serviço Social, enquanto parte integrante da equipe do IMMFM atua no sentido de viabilizar os direitos dessas usuárias, sempre em consonância com o Código de Ética Profissional, visando uma interlocução com as diferentes políticas sociais, a fim de garantir-lhes os direitos de cidadania.

Esta monografia foi estruturada de maneira que o primeiro capítulo faz uma abordagem sobre a condição de pobreza que permeia a vida de milhões de brasileiros, afetada pelas transformações no mundo do trabalho, onde são inscritas novas relações trabalhistas, além do desemprego estrutural. Será realizada também uma pequena discussão sobre a importância do nível de escolaridade e sua relação com a pobreza, bem como as diferenças entre os níveis de escolaridade de mulheres e homens e suas conseqüências. Serão abordados ainda elementos que discutem a cultura da subalternidade e lugar do pobre na sociedade.

No segundo capítulo será realizado um resgate sobre a conformação de novos arranjos familiares, que independente do modelo, são atravessados por relações de gênero, historicamente construídas. Será exposta ainda uma discussão sobre a luta das famílias empobrecidas pela sobrevivência e o recurso à assistência social nesse processo, que acaba por reiterar a condição em que o pobre se encontra. De forma breve, o capítulo também suscita algumas questões relativas à centralidade da família nos programas e políticas sociais.

O terceiro capítulo trata das lutas realizadas pelos movimentos sociais, em especial o Movimento Feminista, a partir dos anos 60, que culminaram no desenvolvimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Brasil, bem como a criação do planejamento familiar, fruto de suas inovações. A partir de então, a mulher deveria ser reconhecida como um sujeito de direitos e usufruir de todas as possibilidades de cuidado com a saúde, o que representou um avanço na consolidação da integralidade da assistência à saúde da mulher. O

capítulo também apresenta as bases para a conformação da saúde como um direito universal na Constituição Federal de 1988 e discute alguns elementos importantes referentes à laqueadura tubária.

Por fim, no quarto capítulo será apresentado o percurso metodológico e as análises dos questionários aplicados a 28 mulheres candidatas à esterilização no IMMFM. Será feita ainda uma exposição da instituição onde foi realizada a pesquisa e a intervenção do Serviço Social frente às demandas que lhes são postas e sua relação com a equipe.

Distante da pretensão de ser um trabalho acabado, este estudo visa contribuir para novas investigações acerca da temática - bastante instigante - a fim de aprofundar e acrescentar novos questionamentos.

## CAPÍTULO I

### POBREZA, ESCOLARIDADE E CULTURA DA SUBALTERNIDADE

#### 1.1 – Extrema pobreza no Brasil: a desigualdade latente

O Brasil é um país extremamente marcado pela pobreza e desigualdade social, e esta tem se configurado como uma característica permanente de nossa estrutura econômica e social, excluindo parte significativa da população do acesso a condições mínimas de sobrevivência, dignidade e cidadania, bem como da riqueza socialmente produzida.

A pobreza, em sua essência, não pode ser definida de forma universal, uma vez que existe uma variedade de condições socioeconômicas e culturais entre os países, o que justifica a adoção de conceitos específicos do termo. No entanto, a pobreza refere-se a situações de necessidades reais, “(...) *em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico*”.<sup>3</sup>

Existe um grupo de países cuja renda nacional é insuficiente para garantir o mínimo, necessário e indispensável a cada um de seus cidadãos. Um outro grupo é constituído por países desenvolvidos, cuja renda *per capita* é elevada e a desigualdade de renda, compensada através de transferências de renda e universalização do acesso a serviços públicos de qualidade.

Há, ainda, um terceiro grupo onde são classificados países cuja renda *per capita* é elevada (o que seria suficiente para garantir o mínimo a todos os cidadãos), o que revela que a persistência da pobreza está diretamente relacionada à má distribuição de renda.

É nesse grupo que se enquadra o Brasil. Ao compararmos sua renda *per capita* com a de outros países, verificaremos que não pode ser considerado um país pobre: cerca de 64% dos países do mundo têm renda per capita inferior à brasileira. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontam que:

*Apenas 36% dos países do mundo possuem renda per capita superior a do Brasil, mas o seu grau de pobreza é significativamente superior à média dos países com renda per capita similar à brasileira. A população pobre do Brasil representa 30% de sua população total, enquanto em países com renda per capita similares esse número é de 10%. De acordo com essa*

---

<sup>3</sup> Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 12.08.06

*comparação, o Brasil deveria ter apenas 8% de sua população na linha da pobreza.*<sup>4</sup>

Esses dados indicam que a origem da pobreza do país não está na falta de recursos, mas na má distribuição dos recursos existentes. O Brasil disputa a liderança da pior distribuição de renda do mundo com a República Centro-Africana, África do Sul e Guatemala. Até mesmo países com baixos índices de desenvolvimento econômico, como a Etiópia, têm distribuição pessoal de renda melhor que a brasileira. *Nos países desenvolvidos, em média, os 20% mais ricos têm uma renda que é oito ou dez vezes superior àquela dos 20% mais pobres, enquanto no Brasil, ela é aproximadamente 25 vezes maior.*<sup>5</sup>

É importante destacar que o bem-estar das pessoas não depende apenas de sua renda individual, mas também da repartição intrafamiliar da renda total de cada grupo familiar. Contudo, estudos comprovam através do Índice de Gini<sup>6</sup> que os níveis de desigualdade com base na renda familiar são tão elevados quanto aqueles observados em relação à renda individual. Isso mostra que a família, embora teoricamente devesse ter uma renda total superior à renda pessoal, não tem conseguido exercer um papel redistributivo capaz de reduzir a desigualdade de renda entre as pessoas.

Fala-se no país que houve uma diminuição da pobreza, já que aparentemente verificou-se uma melhoria das condições de vida das pessoas. Na realidade, o fato está relacionado com a entrada de mais membros da família no mercado de trabalho, a fim de garantir o padrão de vida de antes. Além disso, a renda diminui o número de pobres, mas não a desigualdade.

*Embora a população brasileira (...) possua domicílios com mais infraestrutura, torna-se mais pobre, conformando um amplo segmento que é obrigado a residir em favelas, loteamentos periféricos (...) – áreas de risco para a vida e para a saúde.*<sup>7</sup>

As desigualdades sociais existentes no Brasil têm suas raízes fundadas em algumas condicionantes históricas. Durante cerca de 300 anos, houve escravidão e quando os escravos foram libertados, passaram a enfrentar uma condição sócio-

<sup>4</sup> Disponível em <http://www.integracao.fgvsp.br>. Acesso em 12.08.06

<sup>5</sup> GREMAUD, A.; VASCONCELOS, M.; JUNIOR, R.T., 2002.

<sup>6</sup> Método estatístico utilizado para mensurar a concentração de renda numa determinada população.

<sup>7</sup> MINAYO, 1993 *apud* SALES, 1997:185

econômica precária; para eles foram negados os mínimos sociais e se tornaram livres numa ordem escravocrata. Como havia uma forte concentração fundiária, poucos tiveram acesso a terra. Essa situação não se modificou ao longo do tempo, tanto que hoje temos uma estrutura agrária altamente concentrada.

O processo de industrialização por substituição de importações fez com que fossem adotadas tecnologias que utilizavam capital de forma mais intensa em detrimento da mão-de-obra, que no país é superior. Soma-se a isso o caráter patrimonialista do Estado, caracterizado pela apropriação (privada) dos recursos públicos pelos grupos que controlam ou se beneficiam do poder político, além dos modelos econômicos adotados no país historicamente, com forte caráter concentrador e excludente.

O conceito de pobreza normalmente está relacionado à falta de alimentos e ao atendimento das necessidades básicas de sobrevivência física das pessoas, conformando uma associação com a fome, como se esta fosse a única característica da pobreza. Contudo, a pobreza ou indigência é definida a partir da renda e não de sua situação nutricional. *“Assim, embora os indigentes sejam definidos como aqueles cuja renda familiar per capita é insuficiente para aquisição de uma alimentação adequada, eles não são necessariamente subnutridos”.*<sup>8</sup>

A definição de pobreza pode ser ampliada através da utilização de uma perspectiva que engloba as necessidades humanas, tais como saneamento básico, saúde, educação etc., isto é, está associada também ao déficit na provisão dos serviços públicos. Diferentemente da abordagem centrada nas necessidades da alimentação, tal análise permite definir de forma mais clara quais as reais necessidades básicas, de acordo com a situação de cada sociedade.

Uma expressiva parcela da população brasileira não dispõe dos meios para satisfazer suas necessidades mais básicas, estando, portanto, abaixo da linha de pobreza. Por esse motivo, a utilização de outros aspectos relacionados às condições de vida (moradia, acesso a serviços públicos etc.) é importante para caracterizar a população que se encontra nessa classificação. *“Assim, combina-se o critério da renda a carências em outros aspectos da condição de vida (...)”.*<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> ROCHA, 2003.

<sup>9</sup> Idem, p. 175

## 1.2 - As transformações no mundo do trabalho: da precarização ao desemprego

A situação de precariedade social na qual estão mergulhadas milhares de famílias brasileiras tem se agravado consideravelmente nas últimas décadas devido às transformações ocorridas no mundo do trabalho.

Em 1973, com a crise do petróleo, ocorreu uma profunda recessão no mundo capitalista que, conseqüentemente, afetou o modelo econômico vigente. Face às baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação, conformou-se um cenário propício para a difusão das idéias neoliberais. Considerando a intervenção do Estado, tanto na economia quanto no social, como a principal crise do capitalismo, *“(...) os neoliberais passaram a atacar qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciando tal limitação como uma ameaça letal à liberdade econômica e política”*.<sup>10</sup>

Entretanto, a crise não foi resultante da intervenção do Estado no âmbito econômico e social, nem mesmo proveniente da estabilidade do trabalhador e dos gastos sociais, conforme afirmam os neoliberais. Na verdade, a crise é um elemento estrutural e inerente ao sistema capitalista, que varia de acordo com o tempo e com a conjuntura econômica e social e, por isso, requer soluções para que o sistema se perpetue.

Como estratégia de solução para a crise da época, o modelo fordista-keynesiano foi substituído pelo toyotista, caracterizado por relações de produção e trabalho mais flexíveis. De todos os impactos causados por este novo modelo, como por exemplo, a flexibilização das relações de trabalho e a exigência do trabalhador polivalente, entre outros, sem dúvida alguma, o mais agressivo foi a expansão do desemprego estrutural.

*Pode-se dizer, de maneira sintética, que há uma processualidade contraditória que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e a assalariamento no setor de serviços. Incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos.*<sup>11</sup>

A mão-de-obra feminina é empregada de forma cada vez mais significativa no mundo do trabalho, não apenas em setores tradicionalmente ocupados por mulheres, como o têxtil, mas também em espaços onde predominavam os homens

---

<sup>10</sup> TEIXEIRA, 1998:195.

<sup>11</sup> ANTUNES, 1985:49-50



(por exemplo, a indústria microeletrônica). Contudo, esta absorção tem sido feita de modo precário e desregulamentado.

Esse novo regime de acumulação é orientado por uma lógica de flexibilidade que afeta todos os processos de trabalho, suas formas de gestão e o próprio mercado, “(...) exigindo ao mesmo tempo reduzir custos e ampliar as taxas de lucratividade”.<sup>12</sup>

Uma característica marcante diz respeito à introdução da terceirização (ampliação do setor de serviços), pois grande parte das empresas passa a “externalizar” suas atividades produtivas, contribuindo para a precarização das relações de trabalho e subproletarização intensificada da mão-de-obra empregada.

Paralelo a este processo há a exigência por um tipo de trabalhador polivalente, capacitado para desenvolver atividades diversificadas sob seu comando, “(...) no mesmo tempo e com o mesmo salário”<sup>13</sup>. Porém, ao mesmo tempo em que deve ser qualificado, há uma desespecialização, haja vista a mudança que ocorre na forma (qualitativa) de ser do trabalho; ocorre um “ataque” ao saber profissional, afinal, sabe-se um pouco de tudo. A finalidade desse mecanismo é diminuir seu poder sobre a produção e aumentar a intensidade do trabalho.

*(...) desregulamentação, flexibilização, terceirização, bem como todo esse receituário que se esparrama pelo mundo empresarial, são expressões de uma lógica societal onde o capital vale e a força humana de trabalho só conta enquanto parcela imprescindível para a reprodução desse mesmo capital. Isso porque o capital é incapaz de realizar sua autovalorização sem utilizar-se do trabalho humano. Pode diminuir o trabalho vivo, mas não eliminá-lo. Pode precarizá-lo e desempregar parcelas imensas, mas não pode extingui-lo.*<sup>14</sup>

A reestruturação produtiva e os avanços tecnológicos trouxeram muitos impactos sobre o mundo do trabalho, gerando uma profunda insegurança entre os trabalhadores, que “(...) já não conseguem encontrar empregos de período integral e estabilidade a longo prazo”.<sup>15</sup>

Uma das estratégias das empresas é reduzir o número de trabalhadores permanentes e substituí-los por temporários, como forma de facilitar o aumento ou

<sup>12</sup> IAMAMOTO, 2000:48

<sup>13</sup> Idem, p.48

<sup>14</sup> ANTUNES, 2005:177

<sup>15</sup> RIFKIN, 1995:209

redução do contingente de trabalhadores, de acordo com as variações do mercado. Assim, as pessoas só são utilizadas quando de interesse do capital.

Uma consequência direta desse processo diz respeito a um vasto contingente de trabalhadores que não conseguem se inserir no mercado, tanto pelo baixo nível qualificação quanto pela própria lógica do sistema, que como já apontado, não oferece empregos para todos, gerando um exército de reserva a ser utilizado como estratégia pelo capitalismo, com o intuito de garantir à adesão e subordinação dos trabalhadores às condições de trabalho propostas.

*(...) massa dos excluídos do trabalho vivo que, uma vez (des) socializados e (des) individualizados pela expulsão do trabalho, procuram desesperadamente encontrar formas de individuação e de socialização nas esferas isoladas do não-trabalho (atividade de formação, de benevolência e de serviços).<sup>16</sup>*

A mão-de-obra sobrando é um fenômeno persistente no Brasil desde a formação do mercado de trabalho livre, uma vez que o ex-escravo de origem africana entra como homem livre sem a condição de cidadão e a ele é negado ter propriedade, coisas de valor e comercializar bens não perecíveis, por lei. Num grande horizonte de mão-de-obra sobrando, resta-lhe voltar ao eito da subserviência, agora por sua própria falta de alternativa e seu lugar na força-de-trabalho tem sido, historicamente, os piores postos, nas condições mais precárias e em atividades sem a proteção da lei.

Em função destas profundas mudanças cresce a economia informal, atravessada pela conformação do trabalho precário, temporário e parcial. Os trabalhadores partilham de um processo de desregulamentação dos direitos conquistados através de lutas, ficando à margem de um processo que não lhes garante proteção legal em relação ao trabalho.

### **1.3 - A relação entre pobreza e escolaridade**

Um dos fatores que contribuem para a perpetuação da desigualdade social e concentração de renda na sociedade brasileira está relacionado às falhas de seu

---

<sup>16</sup> ANTUNES, 2005: 160

sistema educacional, resultado de um descaso estrutural e histórico por parte do Estado.

As desigualdades de renda no mercado de trabalho não são criadas devido a mecanismos próprios desse mercado, tais como segmentação e discriminação, mas, principalmente, devido a diferenças educacionais entre os indivíduos.<sup>17</sup>

Estudos que relacionam anos de estudo ao nível de rendimento evidenciam a relação entre pobreza e baixa escolaridade. Há uma proporção entre o número de anos de estudo e aumento da renda, que no país é bastante significativo, uma vez que se verifica um aumento médio de 10% para cada ano a mais de estudo.<sup>18</sup> Contudo, a

*condição de pobreza é um aspecto que atinge a maior parte das crianças de 5 a 17 anos de idade ocupadas no país: 23,2% delas pertencem a famílias do estrato de mais baixa renda (com rendimento familiar mensal de até ¼ de salário mínimo por pessoa) e 8,4%, ao estrato de maior renda (mais de 2 salários mínimos por pessoa). Já entre as crianças não ocupadas, 17,6% estão na faixa de menor renda e 12,6%, na de maior renda. No Nordeste, 40,1% das crianças ocupadas pertencem ao estrato de mais baixa renda e 1,6% ao de mais alta.*<sup>19</sup>

Além disso, a pobreza também está associada a elevadas taxas de analfabetismo, uma vez que dentre a população analfabeta, 70,4% são pobres. Apesar dos dados estatísticos apontarem que este percentual esteja caindo, os números ainda são elevados, representando cerca de 10,5% das pessoas com mais de 10 anos de idade e 11,4% daquelas acima de 15 anos.<sup>20</sup>

O analfabetismo diz respeito à incapacidade absoluta de ler e escrever, mas camufla outro problema grave: o analfabetismo funcional. Este termo foi criado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 1978 “para referir-se a pessoas que, mesmo sabendo ler e escrever algo simples, não tem as habilidades necessárias para viabilizar o seu desenvolvimento pessoal e profissional”.<sup>21</sup> Segundo dados do Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), apenas 25% da população entre 15 e 64 anos consegue efetivar

<sup>17</sup> AMAEDO et al, 1994 *apud* ROCHA, 2003:184

<sup>18</sup> ROCHA, 2003:185

<sup>19</sup> Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 12.08.06

<sup>20</sup> Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 12.08.06

<sup>21</sup> Disponível em [www.geracaobooks.com/literatura](http://www.geracaobooks.com/literatura). Acesso em 02.10.06

a leitura e a escrita de forma plena. O restante apresenta muitas dificuldades para a realização de tais atividades ou não consegue desempenhá-las.<sup>22</sup>

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2004 indicam que caiu o percentual de crianças e jovens fora da escola, com idade de 7 a 14 anos – faixa etária em que deveriam estar cursando o ensino fundamental, demonstrando uma tendência à universalização do acesso à escola. Entretanto, muitos precisam trabalhar para complementar a renda familiar ou mesmo prover o sustento, o que pode levar à evasão escolar ou colocar a criança em situação de desvantagem em relação às demais. No Sudeste, cerca de 1,9% não estavam estudando e no Sul, 2,2%. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste esses índices são mais elevados, correspondendo a 5,1%, 3,9% e 2,8%, respectivamente.<sup>23</sup>

A repetência constitui-se como uma das principais causas do fracasso escolar, especialmente nas primeiras séries. Acrescenta-se a isso o abandono escolar: os alunos são matriculados e no decorrer do ano deixam a escola por motivos sócio-econômicos, mudança para localidades mais distantes etc., retornando, normalmente no ano seguinte. Há ainda o fato de muitas crianças serem inseridas tardiamente na escola devido às mesmas circunstâncias. A evasão também contribui para este processo. Ela representa o abandono de alunos do ensino fundamental sem concluí-lo, mas antes que isso aconteça a grande maioria consegue permanecer na escola por cerca de 8,5 anos. Quando saem, foram expulsos ou se expulsaram, seja porque não atingiram o “nível” esperado ou porque a idade e as condições sociais nas quais vivem os impulsionaram para o trabalho.<sup>24</sup>

Outra questão importante a ser considerada está relacionada ao fato de que os estudantes de famílias pobres dificilmente chegam ao ensino superior. Na rede pública, apenas 2,3% dos estudantes provém de famílias do primeiro quinto de rendimento médio per capita, enquanto a maioria, cerca de 59,2% provém do último quinto. Na rede privada de ensino superior, esse percentual é de 1,2% contra 74%.

25

---

<sup>22</sup> Disponível em [www.educacional.com.br/noticias](http://www.educacional.com.br/noticias). Acesso em 02.10.06

<sup>23</sup> ROCHA, 2003:146

<sup>24</sup> OLIVEIRA, 2001 *apud* NASCIMENTO, 2004:25

<sup>25</sup> Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 12.08.06

Em contrapartida, como já mencionado, verifica-se que o mercado de trabalho vem se especializando cada vez mais e, conseqüentemente, as ofertas de trabalho são cada vez mais exigentes nas contratações, sendo insuficientes para englobar todos os trabalhadores. A informalidade tem crescido consideravelmente, juntamente com a expulsão de trabalhadores com baixo nível de escolaridade.

*É um quadro social que se revela no crescente empobrecimento das famílias brasileiras, que, cada vez mais, são submetidas a condições de vida e de trabalho extremamente precárias. É nesse cenário (...) que os trabalhadores e suas famílias enfrentam o seu cotidiano, permeado, muitas vezes, de situações em que predomina a violência no seu modo de vida.<sup>26</sup>*

O descaso com a educação no Brasil, que não é recente. Nossa trajetória histórica aponta para uma clara falta de compromissos por parte dos governantes em relação ao ensino da população. É claro, não se pode negar, que mudanças foram introduzidas - tais como aberturas de escolas, contratação de novos professores etc. - mas ainda há muito para ser feito no tocante à qualidade do ensino.

A crise vivenciada pelo sistema educacional nas últimas décadas vem sendo atravessada pelo avanço da perspectiva neoliberal, que incide de forma cruel na mesma, pois busca a adequação das escolas aos moldes do mercado para que estas funcionem de forma competitiva e seletiva. Para tanto, se vale de um conjunto de políticas voltadas para destruir o sentido que foi construído pelas majorias em relação à escola:

*(...) O neoliberalismo ataca a escola pública a partir de uma série de estratégias privatizantes, mediante a aplicação de uma política de descentralização autoritária e, ao mesmo tempo, mediante uma política de reforma cultural que pretende apagar do horizonte ideológico de nossas sociedades a possibilidade mesma de uma educação democrática, pública e de qualidade para as majorias. Uma política de reforma cultural que, em suma, pretende negar e dissolver a existência mesma do direito à educação.<sup>27</sup>*

Indubitavelmente, esse processo de aniquilamento da escola pública compromete o acesso aos direitos de cidadania, na medida em que ao moldar o sistema educacional à lógica do mercado, extingue-se a idéia do direito enquanto perspectiva democrática, já que o mercado é o espaço do não-direito.

---

<sup>26</sup> ALENCAR, 2000:76

<sup>27</sup> GENTILI, 1997:244

O resultado é passível de ser identificado: o surgimento de uma polarização. De um lado, aqueles que podem comprar a educação; de outro, uma esmagadora maioria que se condiciona às transformações na escola por não dispor de condições financeiras para pagar escolas particulares. Assim, a educação de qualidade como propriedade de alguns não se constitui como um direito, mas como um privilégio.<sup>28</sup> A “desvantagem” recai, então, sobre a maioria da população, uma vez que fica excluída do acesso ao ensino público, gratuito e de qualidade.

O direito à educação e a informação são indispensáveis para a compreensão/desvendamento dos códigos sociais e, na esfera da reprodução/contracepção, fundamental para a assimilação do uso correto dos métodos contraceptivos e garantia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

### **1.3.1 - Escolaridade de homens e mulheres: diferenças na conquista pelo espaço no mercado de trabalho**

Historicamente sempre houve diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao acesso à educação e ao mercado de trabalho. A grande maioria das mulheres era excluída da participação escolar. Eram vistas como seres inferiores e, portanto, não precisavam ser educadas.

*Durante 322 anos - de 1500 a 1822 - período em que o Brasil foi colônia de Portugal, a educação feminina ficou geralmente restrita aos cuidados com a casa, o marido e os filhos. A instrução era reservada aos filhos/homens dos indígenas e dos colonos. Esses últimos cuidavam dos negócios do pai, seguiam para a universidade de Coimbra ou tornavam-se padres jesuítas. Tanto as mulheres brancas, ricas ou empobrecidas, como as negras escravas e as indígenas não tinham acesso à arte de ler e escrever.*<sup>29</sup>

Aquelas que pertenciam à elite eram educadas em casa, e as do povo não recebiam instrução. A população restante - composta por pequenos proprietários, comerciantes, agregados etc. - não deveriam fazer parte das instituições sociais e econômicas do país. Para a elite, o ensino aos pobres deveria se limitar ao aprendizado das primeiras letras.

Às mulheres sempre esteve destinada a função de reprodução, cristalizada nas

---

<sup>28</sup> DALE, 1997

<sup>29</sup> RIBEIRO 2003:79 *apud* NASCIMENTO, 2004:7

instituições familiares e nas obrigações domésticas (o que condicionava sua participação na produção), enquanto que aos homens cabia a responsabilidade de prover suas famílias, associados, então, à esfera pública.

Durante o século XX, começa o movimento de mulheres, impulsionado não somente pelas demandas apontadas pelas mesmas, mas também por fatos que aconteceram no mundo. Com a Guerra, muitas delas precisaram substituir os homens nas fábricas, o que propiciou a experiência de outra situação - diferentemente das tarefas que sempre lhes foram atribuídas - e fomentou a percepção de que eram sujeitos capazes para tal.

Outro fator importante foi a entrada das mulheres nas universidades, o que também impulsionou o movimento, na medida em que passaram a indagar-se sobre qual seria seu papel. Começaram, então, a observar que se por um lado estavam ingressando no mercado de trabalho, por outro, mantinham todas as suas responsabilidades.

É na década de 70 que o Movimento Feminista ganha impulso (as mulheres começam a reivindicar igualdade com os homens), trazendo repercussões para a sociedade, principalmente para as mulheres, na medida em que contribuiu para o reordenamento da divisão sexual de papéis masculinos e femininos (social e historicamente construídos), politizando o fenômeno.

*Deve-se notar que tais movimentos foram a expressão pública de uma luta que já se manifestara em outros momentos, mas que agora, em razão de toda a conjuntura internacional, desenvolvia-se com uma força e uma organização que pareciam lhe garantir continuidade.*<sup>30</sup>

Somam-se a isso as transformações ocorridas no Brasil e no mundo – também na década de 70 – colocando em xeque as relações de produção vigentes e sua conseqüente substituição por uma reestruturação produtiva, marcada por novas relações de trabalho e de produção, notadamente mais flexíveis, o que fez com que um grande contingente de mulheres fosse impulsionado para a esfera da produção – se não para prover a família sob sua responsabilidade, certamente pra complementar a renda mensal.

A participação das mulheres no mercado de trabalho com vínculo empregatício sempre se deu de forma restrita. Entretanto, como conseqüência das mudanças ocorridas na década de 70, houve uma redução dos empregos masculinos e um aumento da participação das mulheres nos empregos formais, porque houve uma retração do

---

<sup>30</sup> LOURO, 1996:08

setor industrial (que mais empregava homens) e uma expansão do setor de serviços (que mais contrata mulheres).

Outra tendência importante no caso das mulheres é a associação entre escolaridade e a participação das mesmas no mercado de trabalho. Estudos comprovam que aquelas que possuem 15 ou mais anos de estudo – o que corresponde ao nível superior ou mais (mestrado, doutorado) são as mais ativas. No mercado de trabalho protegido pela lei, onde a princípio se encontram os melhores empregos, há mais exigência por maiores níveis de escolaridade das mulheres em relação aos homens.

Sabe-se que a remuneração dos brasileiros é reconhecidamente baixa e se levamos em consideração a das mulheres, é menor ainda se comparada aos ganhos masculinos. Isso se dá independentemente do setor de atividade econômica em que trabalham, da posição ocupada, da jornada semanal de trabalho e do nível de escolaridade. Embora, como foi relatado acima, seja exigido maior nível de escolaridade das mulheres - como pressuposto para seu ingresso no mercado de trabalho com carteira assinada - não existe correlação entre tal exigência e níveis salariais dignos para as mulheres.

*(...) As mulheres, 52% da população do planeta, calculada em 5 bilhões de habitantes constituem 70% dos 1,3 bilhões de miseráveis do mundo; 2/3 dos 885 milhões de analfabetos adultos recenseados pelo Fundo das Nações Unidas para a Educação (UNESCO) são mulheres e, nos países em desenvolvimento, 40% são analfabetas; as mulheres são as maiores vítimas da violência política, social, religiosa e cultural, e, juntamente com as crianças são as primeiras vítimas da violência (...) nos países em desenvolvimento, as mulheres enfrentam uma jornada de trabalho diária 13% maior do que a dos homens (...) as mulheres são responsáveis por 53% do trabalho total nos países em desenvolvimento (remunerado e não remunerado); no Brasil, 22% dos filhos das trabalhadoras ficam sozinhos no horário do expediente.*<sup>31</sup>

No bojo das relações sociais, arroladas no mundo do trabalho, o homem inserido no processo produtivo é reconhecido enquanto trabalhador, enquanto que a mulher inserida em tais relações é compreendida como força de trabalho sexuada – decorrendo dessa correlação vivências subjugadas e deletérias do ser mulher.

É comum na Academia teses que sustentam a idéia da nova face da pobreza - eminentemente feminina. As mudanças ocorridas no interior das famílias concederam espaços para a formação de novos arranjos, superando a tradicional/conservadora visão nuclear, corroborando novas configurações monoparentais, chefiadas predominantemente por mulheres.

<sup>31</sup> CCDH/AL-RS, 1995 *apud* SALES, 1997:185



Levando-se em consideração os baixos rendimentos femininos e o estabelecimento de novas posições hierárquicas no interior da família – conclui-se que esses lares estão empobrecidos. E esse fato se agrava ao apontarmos a situação de mulheres negras, uma vez que devido à discriminação racial a que são submetidas, quando conseguem inserção no mercado, na maioria das vezes trabalham sem a proteção da lei e com remuneração ainda menor, principalmente se o nível de escolaridade é baixo.

Ainda que venha crescendo significativamente a taxa de participação feminina no mercado de trabalho, tal inserção se dá com base em relações precarizadas. A predominância masculina nos postos formais não encontra ressonância nos postos informais, sendo estes mobilizados, em sua maior parte, por mulheres (57%).<sup>32</sup> São muitas as exigências para a inserção da mulher no mercado de trabalho com atividade formalizada, como exercício da atividade em tempo integral, o que repercute diretamente no suporte aos filhos, idosos etc., funções historicamente delegadas às mulheres.

A partir desta breve exposição é possível empreender uma relação que materializa as contradições entre as esferas escolaridade, rendimentos e inserção no mercado de trabalho. Contudo, é necessário ressaltar que, ainda contundentes, essas relações desiguais mistificam outras desigualdades: as diferenças entre mulheres no interior dos grupos raciais, a predominância maciça de homens como empregadores, entre outros.

#### **1.4 - A cultura da subalternidade: o lugar do pobre na sociedade**

O sistema capitalista provoca uma série de impactos sobre a população empobrecida, que vão desde o subemprego e desemprego até a moradia em locais insalubres, o que demonstra o grau de tolerância da sociedade frente a estas questões. Um dos grandes problemas está justamente na naturalização da pobreza, impossibilitando uma intervenção política capaz de minimizar a questão.

O pobre é visto como um ser inferior, desqualificado por suas formas de pensar, pelas suas crenças e pelo seu comportamento social, entendido como aspecto negativo, fruto da sua condição de classe. É muito comum a (falsa) idéia de

---

<sup>32</sup> BRASIL, 2004:37

que o indivíduo pobre é diferente do restante da sociedade, sendo constantemente marcado como *“indício de algo mais – diferença cultural, déficit psicológico ou genético”*.<sup>33</sup>

Vários esteriótipos são criados para esta classe social, mas sob o ponto de vista das classes dominantes, o que contribui para o estabelecimento das posições (subalternas) a serem ocupadas pelos pobres. A idéia de “inadaptado” e “desviante” perpassa por um modelo que supostamente seria o correto e formado por pessoas “ajustadas”, quando, na verdade *“o desviante (...) é um indivíduo que não está fora de sua cultura, mas que faz uma leitura divergente”*.<sup>34</sup>

Os grupos fragilizados são alvo de um estigma que remete a uma classificação que, de um lado, engloba os grupos rotulados e, de outro, aqueles tidos como normais.<sup>35</sup> A diferença básica entre ambos está nos atributos que a sociedade considera como (in) compatíveis à imagem que se cria e se espera de um determinado sujeito.

No imaginário social, a pobreza é vista de forma descolada da realidade. Está relacionada à incapacidade do indivíduo frente ao trabalho e até mesmo a sua irresponsabilidade de constituir uma família sem estar ao menos com a vida estabilizada, o que inviabilizaria sua qualificação para o mercado de trabalho. *“A pobreza é pouco conhecida e os pobres muitas vezes desqualificados marcados por clichês que reiteram sua inadaptação, marginalização e situação problemática”*.<sup>36</sup>

Entretanto, as classes subalternas não estão desconectadas da realidade; ao contrário, compõem a trama das relações sociais. A pobreza é o resultado direto do estabelecimento de relações de poder e, portanto, está ligada à própria formação social. Indissociavelmente, conforma-se a identidade dessa população, na medida em é tecida no lugar que tais contingentes ocupam nas relações de classe.

*Identidade engendrada pelas condições concretas de um cotidiano de enfrentamento da pobreza, (...) que expressa a distribuição desigual, não apenas dos bens materiais, mas também dos bens culturais na sociedade.*  
<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> GENTILI, 1997:23

<sup>34</sup> VELHO, 1985:27

<sup>35</sup> GOLDWASSER, 1985:29

<sup>36</sup> YASBEK, 2003:123

<sup>37</sup> Idem, p. 122-123

O discurso da subalternidade é bastante pertinente e ao mesmo tempo de suma importância na relação de dominação necessária à manutenção do capitalismo. É passado como uma verdade e introjetado e reproduzido como algo natural e universal, impossibilitando a criação de um discurso contrário que permita a ultrapassagem dessa condição subalterna.<sup>38</sup>

Essa “pedagogia da exclusão”<sup>39</sup>, reproduzida socialmente, está presente não apenas no discurso da classe dominante, mas também no de profissionais que trabalham rotineiramente com as minorias sociais e grupos fragilizados. Normalmente partem do princípio de que o pobre é um ignorante, e que não tem capacidade para apreender o que lhe está sendo dito. O “usuário” (grifo nosso) dificilmente consegue fazer suas reivindicações e expor seu ponto de vista - seja na escola, na relação com a polícia, com profissionais da área da saúde, entre outros - uma vez que é visto como alguém sem cultura e, portanto, leigo naquilo que ousa relatar, embora seja dono de seu próprio corpo adoecido.

É necessário considerar ainda que a construção da personalidade de qualquer pessoa, inclusive a do pobre, é reflexo direto da combinação entre as condições objetivas, externas ao indivíduo que demandam ações e respostas, bem como das condições subjetivas (pensamento, sentimento, própria história etc.).<sup>40</sup> Há, portanto, uma forte relação entre o processo de formação da identidade com a vivência histórica e cultural dos indivíduos.

Para romper com as designações atribuídas às classes subalternas - incapazes, inadaptados, marginais etc. - faz-se mister resgatar a experiência e a cultura das mesmas, visando a real compreensão do universo construído em torno da exclusão. A ocupação de “lugares próprios” (grifo nosso) na sociedade oculta a subordinação e faz com que pareça natural.

---

<sup>38</sup> ALMEIDA, B., 1990:37 *apud* YASBEK, 2003:132

<sup>39</sup> GENTILI, 1997

<sup>40</sup> WALLON, 1986 *apud* YASBEK, 2003:72

## CAPÍTULO II

### A FAMÍLIA TRABALHADORA E RELAÇÕES DE GÊNERO

#### 2.1 - Breve histórico da família: transformações e construções de novos arranjos

Até o século X a família não tinha expressão, inclusive em termos de patrimônio. A partir do século XV, as crianças passam a ser educadas nas escolas - principalmente os meninos - e a família torna-se responsável pela transmissão de conhecimentos de uma geração a outra. O acesso ao ensino só se estende às meninas entre o final do século XVIII e início do XIX.

Mudanças na família medieval foram processadas, especialmente no que se refere à situação da mulher, concretizando a soberania do homem em relação à família. A mulher não podia substituir seu marido na tomada de decisões em casos de ausência do mesmo e seus atos só tinham efeito legal após autorização do marido.

No século XVIII começa a haver a separação entre o público e o privado, ou seja, entre família e sociedade. Isso se reflete na arquitetura das casas, que passam a ter um número maior de cômodos com a finalidade de garantir a privacidade de seus membros. Neste mesmo período, saúde e educação tornam-se preocupação dos pais, assim como a igualdade entre os filhos, *“assumida como uma questão de civilidade”*.<sup>41</sup>

A partir desta época consolidou-se a idéia de família patriarcal, centrada na figura do chefe ou coronel que detinha a autoridade suprema. A mulher era tida como um ser dócil e deveria assumir uma posição submissa em relação ao homem. Muitos casamentos por conveniência foram realizados, a fim de controlar a sexualidade feminina e garantir a sucessão de heranças, o que fez com que os homens buscassem a satisfação sexual fora do casamento.<sup>42</sup>

Apesar de existirem algumas diferenças regionais em relação à posição ocupada pelas mulheres no interior das famílias - algumas com maior participação que outras - a submissão se fazia presente. Acrescenta-se a isso o fato de que as

---

<sup>41</sup> SALES, 1997:106

<sup>42</sup> FRANSSEN, 2005:15

famílias eram reprodutoras das normas de educação moral (baseada na culpa) ditadas pela Igreja Católica, cujo alvo principal era a mulher, afinal era a responsável pela educação dos filhos e pela transmissão de valores.

Contudo, o casamento (realizado somente no âmbito religioso) só era permitido a pessoas livres e abastadas, o que contribuiu para a formação de uniões consensuais, isentou os homens do reconhecimento da paternidade e criação dos filhos e tornou um elevado número de mulheres chefes de família.

O processo de modernização e a luta do movimento feminista, com início a partir da segunda metade do século XIX, contribuíram para a formação de alterações no padrão de família até então vigente. A visão burguesa de família foi, gradativamente, sendo substituída por novos significados que foram construídos em torno das relações.

No Brasil, particularmente, o processo de industrialização que se iniciou neste período requeria trabalhadores e as mulheres solteiras de classe mais humilde receberam permissão para trabalhar nas fábricas.

*Em São Paulo, por exemplo, o recenseamento de 1872 mostrou que dos 10.256 operários da indústria de algodão, 9.514 eram mulheres. No início do século XX, além destas atividades fora de casa, as mulheres solteiras começaram a preencher funções no comércio (como vendedoras) e nos escritórios (como secretárias), além de continuarem a expandir sua participação no ensino e nas fábricas.*<sup>43</sup>

O ideal de ordem e progresso que surge com a República, inspirado no Positivismo, requer uma nova organização da família. A educação passa a ser vista como um elemento fundamental nesse processo, uma vez que a mulher deveria freqüentar a escola para aprender a ler e a escrever, a fim de concretizar sua missão como educadora, sem com isso abandonar o perfil de boa mãe e esposa, afinal o marido deveria sair para prover o sustento da casa.

As políticas públicas voltadas para família e educação só começam ser formuladas no período do Estado Novo, com Getúlio Vargas, e com apoio da Igreja – época em que a família adquiriu centralidade na sociedade devido ao reconhecimento “*de sua função socializadora e disciplinadora de valores e atitudes socialmente necessários ao assalariamento e à formação cívica*”.<sup>44</sup> Tinham por base a idéia de família-padrão, higienizada e saudável, a fim de alcançar o

<sup>43</sup> ROCHA-COUTINHO, 1994:94 *apud* MORGADO, 2001:22

<sup>44</sup> BACKX, 1994:100 *apud* MORGADO, 2001:23

“branqueamento” (grifo nosso) da sociedade. Cabe lembrar que a ideologia cristã, influenciada pelos costumes europeus, se caracterizava pela transmissão de valores com forte caráter moralista e de controle da sexualidade, principalmente a feminina.

Havia um profundo descrédito em relação às famílias populares no que se refere à construção de ações públicas, pois eram vistas como organizações incompetentes, desprovidas de cultura e responsáveis pela transmissão de “personalidades deformadas”, isto é, seus membros eram vistos como seres biologicamente inferiores. Quanto à educação, a prioridade era dar continuidade à exclusão desses segmentos. O argumento utilizado estava calcado na reforma agrária, que não poderia ser realizada sem a devida preparação/educação da população. O controle social era então realizado a partir de medidas repressivas e excludentes, com pouca ênfase na educação e assistência.<sup>45</sup>

A década de 60 foi marcada por uma série de inovações e pelo início do desenvolvimento da família conjugal moderna. A introdução dos métodos contraceptivos e do aborto legal possibilitaram às mulheres o controle de sua fecundidade e o casamento passou a se dar pela escolha dos parceiros, baseado em critérios afetivos e sexuais.

As crises econômicas, a participação crescente da mulher nos espaços públicos e de esposas e filhos no mercado e na renda (dividindo com o chefe a responsabilidade pelo sustento da casa), a diminuição do número de casamentos, aumento dos divórcios, entre outros, contribuíram para a modificação das estruturas familiares no Brasil, conformando conflitos e alterações no desempenho de papéis de acordo com o gênero e a idade. Outras características da família conjugal moderna dizem respeito a casais ou mulheres sem filhos, redução do número de filhos e o desejo das mulheres em tê-los e famílias compostas por homossexuais. Há, ainda, adolescentes grávidas que, posteriormente, com o nascimento dos filhos continuam morando na casa dos pais. Nos grupos familiares de maior vulnerabilidade social é recorrente o número de mulheres sem cônjuge, chefes de família, bem como a aglomeração de vários núcleos familiares em um só, em condições mínimas de sobrevivência.

A família cumpre historicamente a função de reprodução dos indivíduos. Diante das mudanças ocorridas no mundo capitalista a partir dos 90 - em especial no âmbito do trabalho - depara-se com limites concretos, e para enfrentá-los teve

---

<sup>45</sup> FRANSSEN, 2005:17

que acompanhar o desenvolvimento e o movimento social, o que trouxe repercussões em sua forma de organização.

O Rio de Janeiro acompanha essas tendências, e as novas configurações também se fazem presentes, mas com suas peculiaridades. Dentre as formas não tradicionais, nos segmentos mais pobres da população, prevalecem estruturas familiares compostas por mulheres sem cônjuge e com filhos, assim como núcleos domésticos unipessoais. Além disso, as famílias, cada vez menores, tendem a trabalhar mais, com destaque para mulheres cônjuges e filhos, os quais dividem com o homem as despesas.<sup>46</sup>

*Por um lado, essas novas configurações familiares são cada vez mais presentes, especialmente nas grandes metrópoles, e começam a ter visibilidade quer porque contam com apoio de grupos organizados, que fazem pressão e conquistam alguns direitos no âmbito da Justiça, quer porque fazem parte do cotidiano das pessoas e não é mais possível negá-las. Mas, por outro lado, não se pode dizer que estão socialmente aceitas.<sup>47</sup>*

A própria Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, o novo Código Civil incorporaram uma nova concepção de família que contempla os diversos arranjos, tais como união estável entre homem e mulher, união através do casamento, além de questões como, por exemplo, a virgindade da mulher, que deixou de ser tema do referido Código.

Contraditoriamente, ainda existem expectativas em relação às tradicionais tarefas desempenhadas pela família.

*“(...) Espera-se um mesmo padrão de funcionalidade, independente do lugar em que estão localizadas na linha de estratificação social, calcada em postulações culturais tradicionais referentes aos papéis paterno e, principalmente, materno.”<sup>48</sup>*

Isto nos leva a crer que embora muitos núcleos familiares estejam sendo geridos e sustentados economicamente pelas mulheres, o cuidado ainda é relegado à mulher e espera-se que esta arque com este ônus.

Existe certo consenso no que se refere às variedades de arranjos familiares e à liberalização dos costumes, mas para o conservadorismo a reestruturação familiar é vista como uma “crise”, “desorganização” ou “patologia”. O modelo burguês de

---

<sup>46</sup> SALES, 1997:189

<sup>47</sup> GUEIROS, 2002:117

<sup>48</sup> MIOTO, 2004:53

família é passado como o correto, pois somente através dele torna-se possível a reprodução das desigualdades e da cultura. É ainda reproduzido como o mais adequado para a educação dos filhos, já que é na família que encontram referência para seu desenvolvimento emocional e construção da personalidade.

Embora o conceito de família nuclear burguesa ainda seja o dominante em nossa sociedade, há, hoje, diferentes modelos familiares que, muitas vezes, se mesclam, mas certos aspectos prevalecem mais que outros, num processo de “permanências e mudanças”.<sup>49</sup>

Por esse motivo, não se pode afirmar que a família tradicional tenha sido efetivamente superada, até porque as mudanças na esfera privada não alteraram o desempenho da principal função atribuída à família, qual seja, a reprodução biológica/social dos indivíduos – embora o cumprimento deste papel esteja se dando de forma cada vez mais fragilizada, mas ainda *“funcionando como suporte material e de integração social, a partir da qual os indivíduos podem encontrar refúgio para as situações de exclusão”*.<sup>50</sup>

## 2.2 - Família, gênero e sexualidade

Ao contrário do que pensa o imaginário social, a família não é uma instituição natural, mas um *“fenômeno historicamente construído”*<sup>51</sup> pelo modo de produção capitalista e, como tal, é perpassada por relações de poder.

O modelo da família nuclear burguesa aponta para uma naturalização da divisão de papéis entre o homem e a mulher e, conseqüentemente, para a divisão sexual do trabalho - processo articulador da soberania que os homens exercem sobre as mulheres.

A condição social feminina, até basicamente os anos 60, estava associada a fatores biológicos. Suas características físicas determinavam sua identidade, o que demonstrava uma relação entre as mesmas e suas funções sociais, como se fossem exclusivamente interligadas. *“Com efeito, expressar as relações sociais em termos*

---

<sup>49</sup> RIBEIRO E RIBEIRO, 1994:44 *apud* MORGADO, 2001:28

<sup>50</sup> PEREIRA, 1994 *apud* ALENCAR, 2000:64

<sup>51</sup> BRUSCHINI, 1993:52 *apud* MORGADO, 2001:21



*biológicos é um mecanismo ideológico para tornar fatos que são sociais, naturais e, deste modo, imutáveis”.*<sup>52</sup>

A capacidade de gerar uma vida era vista como uma função natural da mulher e lhe cabia apenas criar os filhos, já que não havia prazer maior que este. No mais, deveria reconhecer que o trabalho doméstico não era trabalho e que não era capaz de realizar nada além disso.<sup>53</sup>

Tal fato fez com que a mulher passasse a ser identificada com o cuidado da casa e dos filhos, ou seja, com a esfera privada, enquanto que ao homem caberia a responsabilidade pelo sustento da família; logo, referendado à esfera pública.

*(...) com as transformações ocorridas com o advento da industrialização, houve uma ruptura que provocou o surgimento de duas esferas distintas: de um lado a unidade doméstica, de outro a unidade de produção. (...) A ideologia se encarregou do resto, transformando essa rígida divisão sexual do trabalho em uma divisão natural, própria à ideologia de cada sexo. A mitificação do papel de esposa e de mãe concretizou-se mais facilmente na medida em que casa e família passaram a significar a mesma coisa, apesar de na verdade não o serem (...)*<sup>54</sup>

No Brasil, particularmente, as funções tradicionalmente desempenhadas por homens e mulheres e os espaços ocupados pelos mesmos somente começam a ser questionados a partir da segunda metade da década de 70 - sob forte influência do Movimento Feminista em consonância com o processo de redemocratização da sociedade brasileira - expressando uma luta que já havia se manifestado em outros momentos, mas que somente naquela conjuntura poderia adquirir visibilidade política.

As mudanças no mundo do trabalho também contribuíram para uma maior inserção das mulheres nos espaços públicos - antes predominantemente ocupados por homens - mas isso não rompeu com as funções historicamente desempenhadas por elas. Embora o feminismo seja marcado essencialmente pela reprodução, as condições materiais impulsionaram a mulher para a esfera da produção, e a primeira passou a ser determinada pela segunda.

As relações de gênero existem em todos os lugares, sustentadas por antagonismos e contradições, gerando uma visão sexuada da sociedade, especialmente no que tange à divisão sexual do trabalho. Embora os significados de

<sup>52</sup> STOLKE, 1980 *apud* GIFFIN, 1991:194

<sup>53</sup> GIFFIN, 1993:194

<sup>54</sup> BRUSCHINI, 1993:21 *apud* MORGADO, 2001:21

gênero possam variar de uma sociedade para outra, sempre estão relacionados a fatores políticos e econômicos.<sup>55</sup>

A subordinação das mulheres aos homens é anterior ao sistema capitalista e funciona como um suporte para a subordinação no mundo do trabalho. O processo de formação da sociedade envolve basicamente essas duas esferas, a produção de bens e de seres humanos (reprodução). Estas são indissociáveis, pois uma é condição da outra.

Sob este aspecto, as mulheres são duplamente exploradas:

*A posição de inferioridade das mulheres na produção, o fato de serem ignoradas para a promoção, a desvalorização econômica de seu trabalho, sua desqualificação, o fato de lhes serem reservadas todas as formas de trabalho precário, as condições particulares de trabalho a que são submetidas, são mecanismos que favorecem o movimento das entradas e das saídas do processo de produção e tendem a submeter as mulheres às relações entre sexos, tanto na família (quando muito não fosse pela situação de dependência econômica), como também na produção.*<sup>56</sup>

As relações de gênero que se consolidaram na sociedade capitalista constituíram-se como um canal facilitador para a cristalização dos papéis socialmente destinados à mulher e ao homem. Recorrer à categoria gênero permite a discussão dessas relações enquanto construção social hierarquizada, onde as diferenças são transformadas em desigualdades e, nessa perspectiva, contribuem para a manutenção das relações de poder dos homens sobre as mulheres através da construção de uma oposição binária. “(...) *A guerra entre gêneros revela sua faceta de guerra a favor da perpetuação de gêneros e contra a processualidade da vida enquanto produção de diferenças*”.<sup>57</sup>

O estabelecimento de relações hierárquicas de poder em torno da categoria gênero deve ser analisado juntamente com a noção de classe e raça/etnia, pois estão intimamente ligadas. “*Todos os indivíduos são homens ou mulheres e, por outro lado, todos têm uma situação de classe a ser determinada*”.<sup>58</sup>

Falar em relações de gênero implica necessariamente considerar que as relações sociais não são naturais ou fruto de uma identidade biológica, mas social e

---

<sup>55</sup> CARLOTO, 2006

<sup>56</sup> HAICAULT, 1986:36

<sup>57</sup> ROLNIK, 1995:121

<sup>58</sup> CARLOTO, 2006:142

historicamente construídas. Não existem a mulher e o homem, mas mulheres e homens vivendo em contextos sócio-culturais diferentes, daí a importância da relativização. Embora tenham suas particularidades em cada sociedade, as relações de gênero se estabelecem sempre entre homens e mulheres. Gênero “*é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, o gênero é um modo primordial de dar significado às relações de poder*”.<sup>59</sup>

Sendo assim, o gênero diferencia-se do sexo, pois diz respeito à construção social do masculino e do feminino, enquanto que o segundo refere-se à identidade em função da genitália. Portanto, muitos atributos que são tidos como naturais, alguns de homens e outros de mulheres são na realidade socialmente construídos. Ocorre que houve “*ao longo dos tempos, uma naturalização do social*”.<sup>60</sup>

Portanto, as características atribuídas a homens e mulheres são mutáveis, relacionais e históricas, além de produtoras de uma desigualdade de poder, na qual os homens se sobressaem.

*(...) ficou masculino porque foi criado assim, e porque ficou masculino, é colocado em posições de maior poder frente às mulheres, Nenhuma característica tem valor em si, é a sociedade que atribui esses diferentes valores, esses diferentes aspectos (...) frente às diferenças entre homens e mulheres, são atribuídos valores que privilegiam o que é masculino, em detrimento do que é feminino, resultando numa situação de dominação masculina e subordinação feminina.*<sup>61</sup>

Há uma valorização da sociedade a tudo que se refere à esfera da masculinidade, como por exemplo, o enaltecimento do trabalho no espaço público em detrimento do doméstico – comumente atribuído às mulheres.

O conceito de *habitus* propõe a compreensão de que o indivíduo possui uma densa relação com a sociedade, pois um está presente no outro; as disposições corporais, modos de ser e fazer (hegemonicamente construídos) são introjetados no e pelo corpo, e consentidos socialmente por homens e mulheres, para que se garanta a dominação masculina.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> SCOTT, 1990: 14 *apud* MORGADO, 2001:34

<sup>60</sup> LOURO, 1996:11

<sup>61</sup> GUERRIERO, 2001:50-51. Disponível em [buspp.ciet.fiocruz.br/lildibi](http://buspp.ciet.fiocruz.br/lildibi). Acesso em 06.11.06.

<sup>62</sup> BOURDIEU, 1995 *apud* GUERRIERO, 2001:52. Disponível em [buspp.ciet.fiocruz.br/lildibi](http://buspp.ciet.fiocruz.br/lildibi). Acesso em 06.11.06.

Um elemento que não pode deixar de ser considerado neste processo diz respeito à transmissão dessas relações hierárquicas de uma geração à outra. Isso pode ser exemplificado desde o momento que antecede o nascimento de uma criança, na escolha das cores do enxoval (basicamente, azul para os meninos e rosa para as meninas), e que gradativamente vai se complexificando, até que as “vítimas” (grifo nosso) desse processo passem a internalizar e reproduzir os comportamentos (tomados como naturais) que lhes foram ensinados através da educação diferenciada.

*Às suas filhinhas as mães dizem mais ou menos o seguinte: Tudo vai bem enquanto preciso fazer por ti o mínimo indispensável, por isso procure virar-se sozinha, mas isto só aparentemente é um estímulo à independência e à autonomia (...) Para os meninos, o discurso subentendido das mães é diferente: Pode fazer o que quiser, é um direito que lhe cabe, mas como estou disposta a ficar a seu serviço, não se separe de mim: atitude que, ao contrário, reconhece o macho o direito a grandes opções e a servir-se daquilo que os outros lhe põem à disposição para sua auto-realização.<sup>63</sup>*

As expectativas criadas em torno dessa socialização são intensas e remetem também ao exercício da sexualidade e das práticas sexuais. Se homens e mulheres fogem dos padrões de masculinidade e feminilidade, ditados pela sociedade, são estigmatizados como portadores de algum problema, pois não conseguem “provar” (grifo nosso) a própria essência.

A cultura estabelece um conjunto de diretrizes relacionadas à forma com que o indivíduo pensa, sente, se percebe e se comporta na sociedade.

*Alguns aspectos de masculinidade são comuns a diferentes culturas. De forma geral, espera-se que os homens sejam fortes, física e emocionalmente, audaciosos, que sejam os principais provedores do lar, que protejam e defendam sua família e sua comunidade contra agressores. Tradicionalmente, são os homens que fazem as guerras e que se arriscam.<sup>64</sup>*

Além disso, espera-se que os homens tenham atitudes de virilidade – componente sexual principal do ser homem – a fim de provar sua potência sexual. Há ainda culturas que crêem que os homens têm uma necessidade sexual muito grande, o que lhes foge do controle.

A sexualidade e o corpo também são construções sociais, pois o comportamento sexual é marcadamente influenciado pelos valores e crenças de cada indivíduo. Não há nada no nosso corpo que determine a conduta sexual de

<sup>63</sup> BELLOTI, 1985:36 *apud* MORGADO, 2001:209

<sup>64</sup> FOREMAN, 1999 *apud* GUERRIERO, 2001:58. Disponível em [bussp.ciet.fiocruz.br/lildibi](http://bussp.ciet.fiocruz.br/lildibi). Acesso em 06.11.06.

homens e mulheres, tanto que se compararmos várias culturas, verificaremos que certas práticas sexuais são mais desempenhadas num determinado grupo em relação ao outro. *“A cultura é a grande responsável pela transformação de corpos sexuados em corpos socializados, inseridos em redes de significado responsáveis pela orientação sexual e escolha dos parceiros”.*<sup>65</sup>

Apesar do conceito de gênero servir como um instrumento de análise para a compreensão da situação das mulheres, não deve ser equiparado à mulher. *“O conceito é usado tanto para distinguir e descrever as categorias mulher e homem, como para examinar as relações estabelecidas entre eles”.*<sup>66</sup>

*Em uma sociedade organizada com base na hierarquia entre os sexos, onde a mulher está em posição desfavorável em relação aos homens são estabelecidas normas e valores que criam limitações à liberdade e pleno desenvolvimento das potencialidades de homens e mulheres (...) Os homens foram afastados da cultura do autocuidado, seja pelas fantasias de poder e onipotência, seja pelas práticas culturais que relegaram às mulheres a atenção a crianças e idosos. Com isso, os conhecimentos preventivos e curativos herdados e exercitados no cuidado doméstico são de domínio exclusivo das mulheres. Romper esta cadeia exige uma revisão dos mitos, e sobretudo uma divisão mais igualitária das funções produtivas e reprodutivas em nossa sociedade.*<sup>67</sup>

### 2.3 - Famílias empobrecidas: a luta cotidiana pela sobrevivência

Frente às transformações ocorridas no mundo do trabalho e a conseqüente inserção precarizada da maioria da população no mercado, a família tornou-se uma espécie de sustentáculo diante do esvaziamento do Estado, passando a buscar na esfera privada soluções de problemas de caráter público - qual seja o enfrentamento de determinadas expressões da questão social - sem receber a devida assistência para tal.

*(...) na atual conjuntura em que mais do que nunca o Estado tende a se desobrigar da reprodução social, persiste a tendência de se transferir quase que exclusivamente para a família responsabilidades que, em nome da solidariedade, da descentralização ou parceria, a sobrecarregam.*<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> HEILBORN, 2002:89

<sup>66</sup> CARLOTO, 2006:142

<sup>67</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.64

<sup>68</sup> ALENCAR, 2000:64

A relação entre família e Estado se estabelece de forma cada vez mais tênue, pois devido ao avanço da perspectiva neoliberal - que afasta o Estado de seus deveres para com os cidadãos - as famílias tornam-se alvo de uma sobrecarga que não são capazes de suportar, principalmente devido às precárias condições de vida as quais estão submetidas.

*(...) a persistência da família como elemento central para a vida dos indivíduos justifica-se diante da despolitização das questões centrais afetas à reprodução social dos trabalhadores, percebida muito mais como questão de ordem privada do que pública, numa tendência de privatização da vida social brasileira (...) é no âmbito da família que homens, mulheres, jovens e crianças podem vislumbrar alguma possibilidade de inserção social.* <sup>69</sup>

Face ao exposto, a família tornou-se um espaço de apoio para os indivíduos, pois é nela que buscam recursos para lidar com as adversidades do dia-a-dia. A garantia das condições de vida de seus membros depende de sua inserção social, a qual é responsável pela articulação de diversas alternativas de sobrevivência *“para superar as situações de precariedade social, diante do desemprego ou inserção precária no mundo do trabalho”*. <sup>70</sup>

Sem contar com o apoio de políticas públicas eficazes, as famílias empobrecidas (e dentro delas as mulheres, mais precisamente) traçam, cotidianamente, alternativas de sobrevivência. Devido à proximidade do convívio, estabelecem redes de solidariedade para o enfrentamento dos momentos mais críticos.

Uma das estratégias indispensáveis é traçada a partir da convivência interfamiliar. As pessoas se agregam em locais onde outros parentes ou mesmo conterrâneos moram e estabelecem laços, a fim de enfrentarem juntas as dificuldades pelas quais passam.

*A família, para os pobres, associa-se àqueles em quem se pode confiar. (...) Como não há status ou poder a ser transmitido, o que define a extensão da família entre os pobres é a rede de obrigações que se estabelece: são da família aqueles com quem se pode contar, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dá, aqueles, portanto, para com quem se tem obrigações.* <sup>71</sup>

<sup>69</sup> TELLES, 1992:196 *apud* ALENCAR, 2000:62

<sup>70</sup> ALENCAR, 2000:62

<sup>71</sup> SARTI, 1996:63 *apud* GUEIROS, 2002:111

Outra forma diz respeito à solidariedade apadrinhada. Pessoas da classe média e alta da sociedade escolhem outras de classe menos favorecida e fornecem ajuda sob a forma de doações (remédios, roupas etc.)

Há ainda um outro tipo de solidariedade, a missionária, cuja ajuda é fornecida pelas igrejas em geral. Estas instituições, além de representarem um suporte emocional, material etc., são vistas como um espaço onde a assistência é prestada, ainda que de maneira paliativa. Mas, simultaneamente, é o lugar da reprodução da exclusão social, na medida em que funciona como um meio de minimizar a revolta e a indignação dos subalternizados.

O poder público repassa o ônus da reprodução social à família, sem oferecer-lhe os meios para tal e, ainda assim, qualquer “falha” (grifo nosso) no cuidado e na proteção - alcoolismo, violência, abandono etc. - é identificada como de responsabilidade da família, num processo de psicologização da questão social.

Além disso, ao distanciar a concepção de família ideal e real, o pensamento burguês constrói um modelo abstrato de família e estigmatiza qualquer outro arranjo como desestruturado. Embora o padrão da família nuclear burguesa possa ainda ser o predominante, isso não exclui - como já discutido - a existência de outros tipos de família. Desconsidera a realidade na qual a maior parte dos indivíduos está inserida; realidade esta permeada por uma coletivização forçada e sem o mínimo de privacidade.

*(...) Muitas vezes o que se tem na favela é a unidade na miséria e não a solidariedade entre iguais (...) pelo fato de viverem próximas, as pessoas, embora se conheçam, nem sempre se estimam e muitas vezes se temem.*<sup>72</sup>

Para alguns, os novos moldes de família podem até ser vistos como fruto de escolhas individuais. Para outros, essa vivência coletiva nada mais é do que uma “imposição” das circunstâncias da vida e, portanto, não são reflexos de escolhas pessoais; como os vínculos não estão formados ou enfraquecidos, o indivíduo se vê numa condição maior de vulnerabilidade pessoal e social.<sup>73</sup>

É preciso compreender a dificuldade das famílias em dar conta da reprodução social - afinal, esta é de interesse do Estado e da sociedade em geral - e reconhecer a sua importância, visando apoio e não o repasse de problemas de caráter público.

<sup>72</sup> SAWAIA, 1990:47 *apud* YASBEK, 2003:128

<sup>73</sup> GUEIROS, 2002:117-118

Para além disso, faz-se necessário analisar o papel que lhe está sendo atribuído, dando visibilidade política à questão, a fim de oferecer condições efetivas para o alcance da verdadeira autonomia, qual seja o acesso aos direitos de cidadania.

#### **2.4. Assistência social: mecanismo reprodutor da cultura da subalternidade**

A situação de pobreza atinge a vida material e moral de diversas famílias brasileiras. Os subalternos são excluídos tanto do consumo de mercadorias e da riqueza socialmente produzida quanto do conhecimento (indispensável) para a compreensão da situação social na qual se encontram.

Sem dúvida alguma, as condições de vida de seus membros são o reflexo de sua inserção precária no mercado de trabalho (quando conseguem se inserir, ainda que informalmente), delimitando baixos níveis de rendimento, o que contribui para o aprofundamento da situação social na qual vivem.

A vivência cotidiana da pobreza revela a dura realidade de convivência com o que existe de mais perverso nesta sociedade: além do desemprego e moradias precárias com já exposto, a violência, falta de saneamento básico, nutrição incapaz de atender às necessidades orgânicas mínimas para se manter com saúde, problemas escolares, de serviço médico, transporte, etc. o que faz com que fiquem excluídos do acesso aos direitos mais elementares, recorrendo aos serviços públicos para garantir a sobrevivência.

No Brasil, particularmente, o que se observa é que o indivíduo, por não conseguir se inserir no mercado (ou se consegue, mas de maneira precária) e precisa recorrer à ajuda do Estado, recebe uma mínima quantia em dinheiro sob a forma de política pública, totalmente desconexa com suas necessidades reais, inviabilizando sua autonomia e reiterando sua posição na sociedade.

O fato de ser alvo de políticas e programas sociais faz com que o indivíduo sinta-se culpado pela sua situação sócio-econômica, quando na verdade ela é decorrente de uma estrutura social excludente, que não garante igualdade de oportunidades para todos. Assim, as expressões da questão social são transferidas para a esfera individual, conformando um processo de psychologização da mesma.

Mas é no trabalho que os subalternizados vêm a fonte de manutenção de sua dignidade social e uma maneira de atender o seu direito à sobrevivência, apesar



de seus esforços muitas vezes serem colocados à prova devido aos vários constrangimentos a que são submetidos. O trabalho é visto ainda como o fator responsável pela construção de sua identidade, a identidade de trabalhador que busca incessantemente melhorar suas condições de vida e as de sua família.

Isso se deve ao fato de que, historicamente, o trabalho sempre foi visto como um meio de impor respeito e de mostrar a honestidade e dignidade de uma pessoa, *“sendo um importante elemento na estruturação da identidade, valores e modos de existência”*.<sup>74</sup> Assim, estava associado à ordem e a princípios de moralidade.

Na época da República, o ideário do trabalho era tão intenso que aquele que não assumisse o papel de trabalhador era reprimido. O status de cidadão só era adquirido via carteira de trabalho, sem a qual era visto como vagabundo. No Estado Novo essa concepção se amplia, uma vez que os trabalhadores passam a ser identificados como as classes operosas. A sociedade era dividida entre o mundo do trabalho e da ordem e o do não-trabalho.

Se o trabalho pode estruturar identidades, ser reconhecido como espaço de pertencimento social, a sua ausência ou inserção precarizada pode ser fonte de degradação social

*(...) O funcionamento do mercado de trabalho no Brasil revela a inserção precarizada, uma trajetória marcada pela descontinuidade, pelo desemprego, pelos trabalhos informais num processo de permanente curto-circuito com o vínculo que chegam a estabelecer com o trabalho.*<sup>75</sup>

A lógica capitalista criou o ideário do trabalho como sinônimo de pertencimento social, tanto que só tem visibilidade aquele que se insere formalmente no mundo do trabalho. Tal concepção está diretamente associada à idéia de cidadania regulada, ou seja, somente são cidadãos aqueles que se inscrevem no mercado de trabalho sob a proteção da lei.

*Neste “Estado de bem-estar ocupacional” são substituídas as relações de direitos universais, constitucionalmente asseguradas, pelas de direito contratual. É o contrato de trabalho que define, imediatamente, as condições de reprodução do trabalhador no mundo da previdência ou no da assistência social.*<sup>76</sup> (Sposati, 2002:14-15)

---

<sup>74</sup> FRANSSEN, 2005:29

<sup>75</sup> ALENCAR, 2000:77

<sup>76</sup> SPOSATI, 2002:15

Os motivos para procurar a assistência social são de diferentes naturezas, mas todos têm como pano de fundo a experiência da exclusão. *“Os que buscam a assistência são, inúmeras vezes, indivíduos a quem foi negada a dimensão de sujeito, porque não podem construir a própria vida como desejam”.*<sup>77</sup> A sobrevivência dessas pessoas depende quase que exclusivamente de recorrer a tais serviços. Estes, por sua vez, têm característica de pronto atendimento - alimentação, medicamentos, auxílio financeiro etc.

Por isso, para seus usuários,

*(...) assistência é ajuda: paliativa e ilusória, em situações onde se evidencia que as saídas para a situação de pobreza extrema passam por outros caminhos e por melhores condições de trabalho e emprego; concreta, apesar de insuficiente, quando no bojo das estratégias de sobrevivência.*<sup>78</sup>

Ao mesmo tempo que para as famílias empobrecidas a assistência é ajuda e pedir essa “ajuda” (grifo nosso) é humilhante, percebem sua impotência diante das condições em que vivem. Assim, não reconhecem tal serviço como um direito, o que acaba por reiterar a condição de subalterno.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que regulamenta a política de assistência social - elevada à categoria de política pública a partir da Constituição de 1988, passando a integrar juntamente com a Saúde e a Previdência o tripé da Seguridade Social - formulou critérios de elegibilidade baseados na “necessidade” - ou seja, têm acesso os reconhecidamente pobres, aqueles que provam sua condição social, conformando a idéia de cidadania invertida.

Para que de fato se constitua como política pública, deve conjugar a prestação de serviços e ação sócio-educativa. Porém, o que se observa na prática é que sua prestação é passada como um favor, uma benesse e, de acordo com esta concepção, o pobre deve entender que é um necessitado e trocar coisas pela submissão. Em vez de se constituir num espaço para o reforço e descobrimento de novas potencialidades, acaba contribuindo para a reiteração da identidade subalterna.

---

<sup>77</sup> YASBEK, 2003:149

<sup>78</sup> Idem, p.160

O que existe, na realidade, é uma inclusão excludente, pois ao selecionar os mais necessitados, reitera sua condição de exclusão e subalternidade na sociedade, posto que confirma sua “incapacidade” (grifo nosso) de suprir suas carências por si só. A posição de usuário é marcada por um rótulo que o coloca numa posição inferior.

*A aparência de concessão, as estratégias meritocráticas e discriminatórias que perpassam a definição das demandas das ações assistenciais (...) situam os assistidos no campo do não direito ou de uma forma peculiar e distinta de constituição dos direitos sociais, e a assistência social, como distribuidora de serviços para os necessitados sociais (...) Sua demanda seria a dos menos cidadãos e suas ações tenderiam a recriar desigualdades, ao invés de diminuí-las.<sup>79</sup>*

Dessa forma, tal política tem pouca efetividade no trato da pobreza, uma vez que está submetida à lógica do capital; logo, tem caráter excludente. Em contrapartida, cresce o número de pessoas que necessitam de intervenções do Estado no enfrentamento de suas necessidades, especialmente após a difusão das idéias neoliberais no país, levando ao agravamento de situações como desemprego e informalidade.

Com o neoliberalismo quebra-se o espírito do direito universal da Constituição de 88 e passa-se a uma política fragmentada, imposta pelos organismos financeiros internacionais, e através das quais serão atendidos os mais pobres dentre os mais pobres, caracterizando a seletividade e a focalização.

Por esta razão, a assistência social não cumpre de forma efetiva seu papel de reprodução social das classes subalternas, principalmente porque também o valor dos “benefícios” (grifo nosso) são inferiores aos que receberiam se estivessem trabalhando, justamente para não estimular a acomodação.

*Como um pronto-socorro, não tem a preocupação com doença, sua cura ou prevenção, mas com a redução, ainda que precária e imediata, do grau de gravidade da situação do doente. Sua política é a não política. Ela se expressa em critérios de dimensionamento da gravidade das necessidades. (...) a assistência social não constitui a direção de suas demandas, recorta o universal em clientela fragmentadas ou em clientes individuais.<sup>80</sup>*

Como as demais políticas sociais brasileiras, a assistência social fica à mercê dos interesses do capital. Tal fato se agrava na medida em que se constitui como

<sup>79</sup> SPOSATI, 1989:11-12 *apud* YASBEK, 2003:157

<sup>80</sup> SPOSATI, 2002:17

um espaço de disseminação de práticas clientelistas e assistencialistas, marcadas essencialmente pelo favor e muito tradicionais no país – especialmente na “compra” de votos. O direito é, então, transformado numa relação de compadrio e consolida-se uma apropriação inadequada no enfrentamento da questão social.

Assim, a assistência social conforma-se como um espaço de acesso a bens e serviços, mas com um potencial de favorecer o protagonismo social de seus usuários ou, simplesmente, reiterar sua condição subalterna.

*Superá-la não é mera questão de técnica, mas de mudanças fundamentais na leitura e execução das políticas sociais. Implica compreender que os serviços assistenciais são parte do valor criado pela força de trabalho, apropriados pelo Estado e pela classe dominante e repassado como benefícios sociais. A assistência configura, portanto, uma resposta à questão social.*<sup>81</sup>

## 2.5. As políticas sociais e a centralidade na família

A elaboração de políticas públicas que reconheçam as desigualdades de poder existentes entre homens e mulheres constitui-se como dever do Estado. No contexto neoliberal, verifica-se que há um enfoque nas famílias e, sobretudo nas mulheres, escolhidas como as beneficiárias das políticas de combate à pobreza, o que materializa a relação entre o público e o privado. Porém essa interlocução se dá numa lógica em que o Estado transfere para as famílias responsabilidades que deveria assumir, conforme a Constituição de 1988. Os poucos investimentos no âmbito do social têm dificultado a minimização das desigualdades sociais e transformado a família no *locus* de enfrentamento das seqüelas da questão social.

Percebe-se que tais políticas e programas, além de não darem conta da diversidade de expressões da questão social, enfocam a mulher e não a relação entre homens e mulheres. O alvo nas mulheres reforça seu lugar na divisão sexual do trabalho e parte do princípio de que “(...) *são mais confiáveis que os homens na aplicação correta do benefício e tão ou mais capazes do que eles, garantindo assim a eficácia dos programas*”.<sup>82</sup>

A concepção de que as mulheres são as responsáveis pela esfera doméstica aumenta a sobrecarga sobre as mesmas, principalmente as mais pobres, pois não

<sup>81</sup> Idem, p.77

<sup>82</sup> CARLOTO, 2006:145

têm informações sobre as redes de apoio e proteção social, tais como creches, escolas em período integral, dentre outros. Simultaneamente, não conseguem sair desta condição, tornando-se dependentes dos benefícios provenientes das políticas assistenciais, que além de baixos são focalizados e temporários.

Não restam dúvidas que a inserção em tais programas provoca um impacto direto na melhoria das condições de vida dessas famílias. Por outro lado, esses resultados são associados à esfera doméstica e ao cuidado com os filhos - foco da preocupação das mulheres - além de, é claro, haver uma expectativa de ter uma vida mais digna.

Interessante notar que o fato das mulheres adquirirem centralidade no âmbito das políticas públicas, não necessariamente faz com que estas adotem uma perspectiva de gênero. Ao contrário, a forma como enfocam as mulheres acaba por reproduzir as relações hierárquicas/gênero e *“configura obstáculos à cidadania das mulheres em diferentes sentidos, e assim não se criam condições para sua inclusão social”*.<sup>83</sup>

Essa matricialidade sociofamiliar - um dos princípios referentes à assistência social - embora reconheça que os novos modelos de família estão relacionados às transformações ocorridas na sociedade nos seus mais variados aspectos (econômicos, políticos, sociais) focaliza a família na figura da mulher/mãe, que continua sendo chamada às atividades socioeducativas, cuidado com os filhos e cumprimento dos critérios exigidos pelos programas, a fim de garantir sua permanência.

Assim, as políticas de assistência precisam ter uma perspectiva de gênero e compreender quem são essas mulheres, suas reais necessidades, e propor a construção de ações que contribuam para alterar e até mesmo romper com sua condição subalterna. Além disso, é indispensável que os governos locais desenvolvam propostas de ação que levem em conta as condições de vida dessas mulheres e os rebatimentos das políticas na vida dessas mulheres, a fim de lhes proporcionar o acesso ao protagonismo e à autonomia.

---

<sup>83</sup> SOARES, 2002:103 *apud* CARLOTO, 2006:148

### **CAPÍTULO III**

## **POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A QUESTÃO DA CONTRACEPÇÃO EM SAÚDE**

### **3.1 – O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas voltadas para as mulheres**

Os direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres foram tema de importante debate na sociedade brasileira, a partir da década de 60, devido à emergência dos movimentos sociais - com destaque para o Movimento Feminista. Até este momento, tal Movimento priorizava questões relacionadas à igualdade feminina em relação aos homens, especialmente no que tange ao direito ao voto e a educação.

Posteriormente, incorporou as suas discussões teorias que visavam romper com a opressão feminina como algo natural. A idéia presente na bandeira do movimento - “nosso corpo nos pertence” - sinalizava que através do corpo *“ganham sentido as experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história”*.<sup>84</sup>

A visão da mulher como sujeito e, portanto, autônoma no que se refere ao seu corpo permitiu às feministas a consolidação de uma luta em prol da sexualidade e da reprodução. Entretanto, a introdução deste debate na sociedade bateu de frente com uma conjuntura histórica nada favorável com o que se pregava naquele momento sobre essas questões.

O debate desencadeado pelo Movimento Feminista constituiu-se como importante mecanismo para a reivindicação de mudanças no aparato legal e para a construção de políticas públicas voltadas para as mulheres. A pressão foi tão forte que, em meados da década de 80, algumas feministas se articularam com o candidato à presidência da república, Tancredo Neves, visando à construção de um órgão capaz de defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Com isso, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) que passa a incorporar a discussão de gênero e propõe a construção e implementação de políticas públicas para o referido público-alvo.

---

<sup>84</sup> FREITAS, 2003:17

Através deste órgão foi realizada em Brasília, juntamente com o Ministério da Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, cujo objetivo foi reafirmar os princípios contidos na “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, além de discutir sobre a proposta de descriminalização do aborto e o abuso da prática de esterilizações que vinha sendo praticado.

Importa lembrar que desde os anos 60 houve um grande debate em torno da questão da explosão demográfica, discussão desencadeada pelo Regime Militar em torno do aumento populacional, incompatível com o crescimento econômico. Mais especificamente, *“reforça-se entre os militares o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e famílias numerosas, presa fáceis para a propaganda de idéias subversivas”*.<sup>85</sup>

Nesse contexto, há a consolidação de entidades privadas de planejamento familiar, com destaque para a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM, em 1965) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME, em 1974), ambos subsidiados pelo capital americano. Os Estados Unidos pressionavam o Brasil pela contenção da população porque se isto não ocorresse poderia atrapalhar seus projetos econômicos e políticos.

As idéias que influenciaram tais iniciativas foram retomadas das teses de Thomas Robert Malthus (1766-1834), as quais alertavam sobre os perigos do crescimento da população e o não correspondente aumento da produção de alimentos.<sup>86</sup> Assim, para garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento, principalmente dos Estados Unidos, era necessário um controle imediato do número de gravidezes e, conseqüentemente, de nascimentos.

Paralelo ao movimento antinatalista, entre as décadas de 60 e 70, a economia no Brasil chegava aos maiores níveis de crescimento. Para que esse desenvolvimento continuasse era necessário mão-de-obra saudável que pudesse trabalhar em prol do país. O número de empregos neste momento era bastante elevado, mesmo diante da alta concentração de renda, absorvendo grande número de pessoas.

Cabe ressaltar que nesse momento havia uma importante mobilização por parte do movimento feminista no que se refere à contestação acerca do controle da

<sup>85</sup> SOBRINHO, 1992 *apud* COSTA, 1998. Disponível em [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br). Acesso em 05.05.06

<sup>86</sup> COSTA, 1998. Disponível em [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br). Acesso em 05.05.06

natalidade e do planejamento familiar. “A distribuição massiva de pílulas anticoncepcionais e a realização indiscriminada de laqueadura de trompas eram questões políticas de magnitude considerável”.<sup>87</sup>

Em meados dos anos 60, a Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde (DISAMI/SNPES) cria o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), o qual perdura até a década de 80. Durante esse período, a política de saúde para mulheres era voltada para o grupo materno-infantil e o cuidado se restringia ao ciclo gravídico-puerperal (atenção ao pré-natal, parto e puerpério).

*A focalização das ações do PSMI se davam no binômio mãe-filho, em que à mãe estavam reservadas ações de assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério (...), vez por outra, nas reformulações anuais rotineiramente realizadas do PSMI, eram agregadas orientações para a oferta de ações referentes ao controle da fecundidade.*<sup>88</sup>

Em 1977 foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), mas devido à pressão do movimento feminista não foi implementado:

*(...) os movimentos sociais (...) entendiam ser este programa de cunho controlista. Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimentos entre pobres, negros e outras populações descartáveis.*<sup>89</sup>

Face a tal conjuntura, representantes do feminismo no Brasil marcam presença nos encontros e seminários a nível nacional e internacional, posicionando-se sobre a saúde da mulher. O presidente João batista Figueiredo, preocupado com a questão do crescimento populacional no país, instala uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para estudar os “*problemas decorrentes do aumento populacional*”.<sup>90</sup> Determina-se então, a criação do PAISM, dentro do qual deveria ser contemplado o planejamento familiar.

No entanto, o programa é entendido pelo movimento de mulheres e por profissionais da área como de cunho controlista. A partir de então, o Ministério da Saúde incorporou as reivindicações sociais e reorientou a política voltada para o

---

<sup>87</sup> OLIVEIRA, 2005:07

<sup>88</sup> COSTA, 1999: 322 *apud* FREITAS, 2003: 20

<sup>89</sup> COSTA, 1998. Disponível em [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br). Acesso em 05.05.06

<sup>90</sup> Idem.



público materno-infantil. “Assim nasceu o PAISM, que mais que um programa, um conjunto de diretrizes norteadoras para a reorganização da assistência à mulher”<sup>91</sup>, o qual passou a considerar a idéia de regulação da fecundidade como um direito de cidadania.

Signatário de acordos e tratados internacionais, o Brasil, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, formulou a partir de meados da década de 90 uma política de direitos humanos, a qual resultou na elaboração de um Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH). Tal Plano reconheceu as mulheres como sujeitos que têm características próprias e que compõem os chamados “grupos minoritários”. Numa tentativa de resposta às questões que envolvem a mulher (gênero, classe, etnia), muitas delas com visibilidade internacional, a partir do PNDH foram elaboradas leis, programas e políticas e houve o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos.

### **3.2 - A consolidação da saúde como um direito constitucional**

Até os anos 80, os programas de saúde tinham como característica marcante a verticalidade. A adoção desta perspectiva de trabalho estabelecia metas para os serviços de acordo com definições do Ministério da Saúde, sem levar em conta a relação com as reais necessidades da população. Os recursos destinados aos Estados e Municípios já tinham uma alocação determinada, o que dificultava o investimento em programas e atividades convergentes com as necessidades dos usuários.<sup>92</sup>

Porém, essa verticalidade se confrontava com as propostas para a formação de um Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que refletia uma concepção fragmentada, e não integral dos indivíduos.

Durante a segunda metade da década de 70, a saúde foi alvo de um movimento de democratização, no qual se propunha uma Reforma Sanitária.

*O Projeto de Reforma Sanitária, (...), tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da*

---

<sup>91</sup> COSTA, 1998. Disponível em [www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br). Acesso em 05.05.06

<sup>92</sup> FREITAS, 2003:20

*sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.*<sup>93</sup>

Os pressupostos desta Reforma foram incorporados na Constituição Federal de 1988. A saúde foi elevada à categoria de direito universal e dever do Estado, passando a integrar, juntamente com a Previdência e Assistência Social o tripé da Seguridade Social, o que significou um grande avanço para a população em termos de direitos sociais.

*Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*<sup>94</sup>

A fim de regulamentar os pressupostos constitucionais no que se refere à saúde, foi aprovada em 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS), número 8.080. Porém, isso se deu numa conjuntura desfavorável para sua aprovação, haja vista que na época a presidência da república estava ocupada por Fernando Collor de Melo, o qual estabeleceu barreiras para a regulamentação dos artigos da referida lei, referente ao controle social e à transparência nos financiamentos.

Contudo, a proposta de política de saúde formulada na década de 80 e a conformação dos princípios norteadores do SUS - universalidade, equidade e integralidade - foram atropelados pela difusão das idéias neoliberais no Brasil, que encontraram um solo fecundo a partir da década de 90.

Embora a Constituição Federal de 1988 visasse garantir, ainda que tardiamente, a universalização das políticas sociais aos moldes do Welfare State europeu, muitos artigos não foram regulamentados. Com a proposta de realização de um “ajuste estrutural”, voltada tanto para a estabilidade dos preços quanto para a reorganização das contas internas e externas, tal discurso passou a estimular a privatização.<sup>95</sup>

Os princípios do Projeto da Reforma Sanitária, formulado nos anos 80, passaram, então, a serem “disputados” (grifo nosso) pelo projeto de saúde vinculado

---

<sup>93</sup> BRAVO, 2000:111

<sup>94</sup> BRASIL, 2001

<sup>95</sup> NASCIMENTO, 2004:41

ao mercado, calcado na “*contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central*”.<sup>96</sup>

A partir de então, a esfera privada passou a ser privilegiada como símbolo da eficiência e da qualidade, enquanto que ao Estado/esfera pública foi atribuído o “título” (grifo nosso) de desperdiçador, ineficiente e que oferece serviços de má qualidade. Sob esta lógica, aqueles que têm certo poder aquisitivo passaram a buscar na esfera privada os serviços dos quais necessitam - entre eles a saúde. A uma esmagadora maioria, o Estado garantiu o mínimo no que se refere ao acesso aos serviços públicos, os quais contam cada vez mais com poucos recursos para oferecer uma assistência de qualidade.

Soma-se a todo esse retrocesso no campo da saúde,

*(...) a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise como também, a refilantropização, ou seja, utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais.*<sup>97</sup>

A Constituição Federal de 1988 prevê a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, mas de forma complementar. Verifica-se que, com o avanço do ideário neoliberal, aquilo que deveria ser apenas integrante se sobrepôs à saúde pública e transformou o direito numa mercadoria a ser comprada.

*O trato das políticas sociais públicas sob esta ótica vem se traduzindo como uma crise do Estado, cuja solução do ponto de vista neoliberal consiste no enxugamento da máquina estatal. As funções ligadas aos direitos sociais fundamentais, como a saúde, são transferidas para a esfera privada.*<sup>98</sup>

Existe a necessidade de um reordenamento no que se refere à estrutura de financiamento do sistema privado de saúde, além da extrema importância que a lógica de financiamento do público também seja transformada. Isso porque apesar da descentralização constituir-se como uma das diretrizes do SUS - juntamente com hierarquização, regionalização e controle social - sua proposta vem sendo revertida na desconcentração. A transferência de recursos entre as três esferas do governo (municipal, estadual e federal) que, a princípio deveria ser aplicada de acordo com

---

<sup>96</sup> BRAVO, p.31

<sup>97</sup> BRAVO, p.31

<sup>98</sup> CAVALCANTI, 1998:49 *apud* FREITAS, 2003:23

as reais necessidades da população local, vem sendo realizada sem que haja autonomia do governo local em termos de gestão e formulação da política de saúde – o que tem por objetivo diminuir os gastos com a saúde pública.

Apesar da conformação deste quadro, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) prevê a participação social na gestão do SUS, contribuindo para efetivação do controle social. Isso se dá através das Conferências de Saúde (nacional, estadual e municipal) – convocadas de 4 em 4 anos com a finalidade de avaliar a situação da saúde e oferecer estratégias para a reformulação da política de saúde - e dos Conselhos de Saúde (órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo).

Embora constituam-se como um *lócus* privilegiado para o exercício da cidadania e consolidação do SUS, devem ser analisados dentro da lógica na qual estão inseridos, especialmente pelo fato de nele estarem colocados e discutidos vários projetos e propostas e que perpassam e são perpassados por problemas relativos à estrutura e funcionamento do SUS.

### 3.3 - O PAISM e o planejamento familiar

Embora a consolidação do SUS tenha se dado posteriormente à conformação do PAISM (divulgado em 1984 pelo Ministério da Saúde), seus princípios já haviam sido incorporados em tal programa. Como já explicitado, o PAISM foi fruto do atendimento às reivindicações sociais travadas nas discussões sobre controle de natalidade X controle da fecundidade, constituindo-se num *“mito fundador das políticas públicas em saúde da mulher com vistas a atendê-la de modo integral em todas as fases de sua vida: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade”*.<sup>99</sup>

Sua proposta inovadora estava calcada na idéia da saúde como um direito e da autonomia da mulher/casal no que se refere ao número de filhos desejáveis. Importa lembrar que a atuação dos profissionais de saúde foi de extrema relevância na consolidação deste processo, haja vista seus esforços na ampliação do atendimento às mulheres.

Nesse sentido, a assistência calcada no modelo clínico-individual e no ciclo gravídico-puerperal foi, gradativamente, cedendo espaço para uma atuação

---

<sup>99</sup> OLIVEIRA, 2005:06

profissional voltada para o atendimento das mulheres de maneira integral e em todas as fases de sua vida, rompendo com a visão centralizada do atendimento à mulher, preocupado especificamente com questões associadas à reprodução.

*O PAISM constituiu-se de um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina.*<sup>100</sup>

O PAISM apresenta as seguintes diretrizes:

*(...) oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e anticoncepção.*<sup>101</sup>

As estratégias de atuação do PAISM perpassam por ações voltadas para “prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher”, sempre baseadas no “princípio da integralidade da assistência”<sup>102</sup>, segundo o qual a mulher deve ser vista em sua totalidade e não apenas como um corpo.

Cabe lembrar que até o início das discussões travadas pelo Movimento Feminista, o direito à contracepção não era debatido na sociedade. Este quadro só começa a se alterar a partir das mudanças que se iniciaram em âmbito nacional e internacional nas esferas política, social e econômica - e que repercutiram na formação familiar, como já discutido no capítulo anterior - e tornaram-se alvo de intervenção do Estado.

As ações de planejamento familiar, contempladas no PAISM, são fundamentais para que homens e mulheres possam ter acesso às informações necessárias e às quais têm direito, a fim de decidir sobre o número de filhos, o momento de tê-los ou simplesmente exercer sua sexualidade de maneira segura e responsável, desvinculada da esfera reprodutiva. O trabalho educativo

---

<sup>100</sup> COSTA, 1999:327

<sup>101</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984:06

<sup>102</sup> Idem, p.14

*(...) é o eixo da educação participativa que parece ser a especificidade da integração sanitária nesse modelo particular de programação, o PAISM. Nele aparece de forma mais evidente a polaridade aqui já apontada: disseminar e ampliar a legitimidade do conhecimento técnico científico e, por outro lado, questioná-lo, ampliando as bases para a presença da mulher e o fortalecimento de sua autodeterminação.*<sup>103</sup>

O planejamento familiar foi elevado à categoria de direito social, constitucionalmente respaldado (art. 226, § 7º)<sup>104</sup> e regulamentado pela lei 9.263/96:

*Art. 1º - O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.*

*Art. 2º - Para fins desta lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.*

*Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (...) promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.*

A valorização deste tipo de trabalho tem um caráter inovador, na medida em que contempla a participação dos usuários e valoriza suas experiências em vez de simplesmente repassar informações técnicas através de palestras, que muitas vezes não são compreendidas. Além disso, constrói a possibilidade de exercício de um direito de cidadania e não uma mera adequação aos interesses políticos e econômicos. Assim, o trabalho educativo tem como objetivo redimensionar as relações entre mulheres e serviços de saúde, visando o estímulo ao autocuidado e a autonomia em relação aos seus corpos.

Particularmente em relação à mulher deve-se levar em conta não somente a integralidade da assistência, mas também o contexto social no qual está inserida, pois o mesmo tem implicações diretas em todas as dimensões de sua vida.

*(...) a mulher como ser inteiro, com demandas extras ao contexto reprodutivo; a mulher como pessoa, não abstraída de contexto social, político, econômico, cultural e afetivo; a mulher como sujeito nas ações e processos que envolvem a saúde.*<sup>105</sup>

### **3.4 - A questão da laqueadura tubária: algumas considerações importantes**

<sup>103</sup> ÁVILA, 1998:37 *apud* FREITAS, 2003:32

<sup>104</sup> BRASIL, 2001

<sup>105</sup> IBAM, 1994:7 *apud* FREITAS, 2003:27)

Apesar do considerável avanço obtido em termos de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por parte das diversas instâncias governamentais, *“a situação da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras ainda está longe de um quadro considerado como aceitável”*<sup>106</sup>, principalmente no que se refere à questão da laqueadura tubária.

Atualmente, constata-se que é cada vez mais crescente o número de mulheres brasileiras que adotam a esterilização feminina como método de escolha.

*A laqueadura tubária, ou seja, a contracepção cirúrgica feminina consiste no bloqueamento do trajeto das tubas uterinas, através da utilização de cliques, anéis ou eletrocoagulação, impedindo dessa forma, o encontro entre o espermatozóide e o óvulo e conseqüentemente a fecundação.*<sup>107</sup>

A laqueadura é um procedimento definitivo e tem um alto custo. *“Sai em média R\$ 266,41 para o SUS. Mas os custos dessa operação aumentam para cerca de R\$ 2 mil quando são considerados gastos com medicação, anestésias e internação”.*<sup>108</sup>

Considerando ainda os casos de arrependimento - geralmente por mudanças no padrão sócio-econômico, trocas de parceiros/companheiros, perda de filhos etc. - há os gastos com a reversão – com apenas 50% de chances de sucesso - , a qual sai por R\$ 289,71. Somando os outros custos, pode chegar a R\$ 5 mil. *“A fertilização in vitro, realizada em alguns hospitais da rede pública pode custar R\$ 10 mil”.*<sup>109</sup>

Com o mesmo efeito, existe a esterilização cirúrgica masculina (vasectomia), a qual consiste na *“ligadura dos canais deferentes no homem. Ela corta apenas o canal que leva os espermatozóides do testículo até as outras glândulas que produzem o esperma masculino”.*<sup>110</sup> Após a cirurgia continua havendo ejaculação normal, com a diferença da ausência de espermatozóides. Diferentemente da laqueadura, trata-se de uma pequena cirurgia, feita com anestesia local em cima da bolsa escrotal e não precisa de internação.

<sup>106</sup> COSTA, 1998. Disponível em <http://www.cfm.org.br>. Acesso em 05.05.06

<sup>107</sup> MENDES, MA et al. 2004, p.35

<sup>108</sup> Disponível em <http://www.unb.br/acs/bcopauta/saudefeminina.htm>. Acesso em 21.05.06

<sup>109</sup> Disponível em <http://www.unb.br/acs/bcopauta/saudefeminina.htm>. Acesso em 21.05.06

<sup>110</sup> Disponível em <http://www.gineco.com.br>. Acesso em 21.05.06

Antes, o referido procedimento só era oferecido em clínicas particulares e pelos convênios de saúde. Atualmente, para ter acesso à cirurgia basta passar pela avaliação de uma equipe de profissionais, realizar os exames pré-operatórios e participar de trabalho educativo. Todo o processo é custeado pelo SUS e o paciente é liberado horas após a cirurgia, realizada em ambulatório, e cuja recuperação é mais rápida que a laqueadura. No entanto, pouco se fala na esterilização masculina - como se o encargo pela contracepção fosse exclusiva das mulheres. Baixos são os índices de homens que se submetem à esterilização, o que demonstra a forte presença das relações de gênero no que se refere a esta questão.

É importante considerar que a grande maioria dos métodos contraceptivos foi desenvolvida para as mulheres.

*Os únicos métodos anticoncepcionais disponíveis para os homens são os preservativos masculinos e a vasectomia, complementados pelas técnicas menos efetivas de abstinência periódica e o coito interrompido. Na maioria dos países em desenvolvimento, menos de cinco por cento dos casais contam com os métodos masculinos de preservativo e vasectomia para a anticoncepção.*<sup>111</sup>

Cabe ressaltar que o uso de preservativos (tanto masculino quanto feminino), é de suma importância não apenas para a prevenção de uma gravidez não planejada, mas também para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST).

A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 1986 já constatava que das “27% das mulheres em união, que usavam algum tipo de controle da fecundidade, estavam esterilizadas cirurgicamente. A mesma fonte também informou que os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras eram, respectivamente, a pílula e a esterilização”.<sup>112</sup>

Face ao exposto, a proposta de humanização formulada a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS deveria ser adotada pelas unidades de saúde e seus respectivos profissionais, no sentido de valorizar o envolvimento de todos os sujeitos implicados na produção da saúde, inclusive as usuárias candidatas à laqueadura visando sensibilizá-las a repensar sua escolha, bem como lhes fornecer as informações pertinentes sobre as implicações desta cirurgia.

---

<sup>111</sup> Disponível em <http://www.bemfam.org.br>. Acesso em 10.05.06

<sup>112</sup> COSTA, 1998. Disponível em <http://www.cfm.org.br>. Acesso em 05.05.06



*(...) humanização no atual momento de transformação do sistema único de saúde brasileiro significa a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários dos hospitais ou simplesmente tratar o semelhante de maneira humanizada permitindo reatar a experiência da hospitalização ao ciclo de vida e transformá-la em uma oportunidade de desenvolvimento humano para ambos.*<sup>113</sup>

Dentro desta perspectiva, o indivíduo não é visto como uma “senha” (grifo nosso), mas reconhecido enquanto cidadão de direitos. Entretanto, na prática cotidiana, verifica-se que, muitas vezes, acontece justamente o contrário. As usuárias têm suas histórias de vida desconsideradas, bem como as circunstâncias sociais, econômicas e culturais nas quais estão inseridas e que influenciam de forma direta em todas as dimensões de sua vida.

*O desrespeito ao usuário com relação à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo comprometem a qualidade do atendimento e mantém o profissional de saúde refém das condições inadequadas e subordinados à lógica de que o usuário não é sujeito de direitos (...)*<sup>114</sup>

Tratando-se da questão da laqueadura, particularmente, ainda existem profissionais de saúde que trabalham dentro desta perspectiva (é claro, não se pode generalizar) - não reconhecendo o usuário como sujeito capaz de realizar uma escolha reprodutiva em relação ao uso de métodos contraceptivos - e muitas das vezes impõem seus valores, seu ponto de vista e acabam por escolher o método “mais adequado” para o usuário - desconsiderando sua autonomia em relação ao corpo, aos direitos sexuais e reprodutivos e o contexto social no qual estão inseridas.

Esse discurso se reitera quando se percebem em suas práticas ações que caracterizam certo “empenho” para a realização da esterilização feminina, sem que as usuárias tenham participado de trabalho educativo em planejamento familiar, e recorrendo a elementos antigos, mas que ainda persistem na sociedade: mulheres pobres não devem ter filhos e não são capazes de utilizar um método contraceptivo, restando-lhes apenas a “opção” (grifo nosso) da laqueadura.

Uma breve análise do Código de Ética do médico - aliás, o mais extenso dentre as profissões da saúde - permite o entendimento de que a prestação de seus serviços se dá através da priorização do tratamento de doenças (considerando a

<sup>113</sup> TEIXEIRA E CHANES, 203:270 *apud* SEABRA, 2005:36

<sup>114</sup> SEABRA, 2005:40

saúde como ausência de doença) e da defesa da categoria e/ou da profissão. Os princípios pelos quais se rege (“profissão a serviço do ser humano”, respeito pela vida humana”, “capacidade profissional”, “solidariedade com os movimentos da própria profissão”, “respeito mútuo entre os diferentes profissionais tendo como base o bem-estar do paciente” etc.), reforçam essa idéia, além de serem abstratos e ahistóricos.<sup>115</sup> Há o reconhecimento de certa responsabilidade com a saúde pública e com a autonomia do sujeito, mas como já citado, muitos desses profissionais não seguem estes preceitos.

No referido Código existe um capítulo destinado aos direitos humanos, que mostra muito mais uma preocupação com os direitos individuais do que propriamente com o sujeito de direitos. Embora reconheça o direito do paciente em participar das decisões do profissional ou da equipe que o acompanha - e é claro que isso se dá de maneira limitada - nem sempre isso se efetiva na prática. A definição da laqueadura como o melhor método para determinadas mulheres ou a realização do procedimento (ainda que autorizado e desejado por elas), sem a participação no planejamento familiar viola a liberdade de escolha e o exercício das direitos sexuais e reprodutivos, entendidos como direitos humanos, pois só se pode decidir sobre algo a partir do acesso às possibilidades de alternativas.

*A ausência (...) de compromisso com princípios democráticos pode, em parte, apontar para a dificuldade de concretização de relações democráticas no âmbito da saúde, tanto no que se refere à relação com os usuários, como entre as diferentes profissões. Esse compromisso poderia fomentar práticas, no mínimo multiprofissionais, no sentido de superar o modelo hegemônico, o qual, centrado no médico, privilegia a doença. Da mesma forma, ao não considerarem princípios como liberdade, equidade e justiça social não se colocam próximos dos interesses e necessidades dos cidadãos.*<sup>116</sup>

É claro que a simples observância de um código de ética não pode ser responsabilizada como única prerrogativa capaz de subsidiar a atuação profissional, pois, para além disso, existem valores e intencionalidades que são marcados pela *“(...) qualidade da formação profissional, o nível de consciência política e de organização da categoria, o compromisso dos profissionais enquanto cidadãos e as condições objetivas que incidem sobre o desempenho profissional”*.<sup>117</sup>

<sup>115</sup> VASCONCELOS et al, 2006:62

<sup>116</sup> Idem, p.69

<sup>117</sup> PAIVA et al, 1996:172 *apud* VASCONCELOS, 2006:72



## CAPÍTULO IV

### DESVELANDO OS DISCURSOS DA OPÇÃO PELA LAQUEADURA TUBÁRIA: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

#### 4.1 - O percurso metodológico

A metodologia da pesquisa pode ser definida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”.<sup>118</sup> Nesse sentido, ocupa um lugar central, uma vez que teoria e metodologia são esferas indissociáveis.

No primeiro semestre de 2006 foi realizada uma pesquisa prévia com o intuito de encontrar alguns indícios que contribuíssem para a formulação deste trabalho. Inicialmente foram levantados os dados disponíveis a partir do livro dos registros dos grupos de planejamento familiar do IMMFM, correspondente ao período de março de 2003 a março de 2006. Verificou-se que o maior número de mulheres que optavam pela esterilização estava dentre aquelas que já tinham três ou mais gestações (com situações de aborto espontâneo) e/ou dois filhos vivos. A faixa etária dessas mulheres variava dos 23 aos 38 anos, com algumas variações abaixo dos 23 (até 20 anos) e acima dos 38 (até 42anos).

Numa tentativa de tentar compreender a opção das mulheres pela laqueadura foi utilizada, do ponto de vista metodológico, a abordagem qualitativa. Isso porque

*Ela se preocupa, (...), com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.*<sup>119</sup>

Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento de pesquisa o questionário, do tipo semi-estruturado e por autopreenchimento, no qual as mulheres puderam discorrer livremente sobre seu ponto de vista em relação à laqueadura, vasectomia, aos métodos contraceptivos e outras questões mais abrangentes. Contou ainda com perguntas objetivas relacionadas à idade, número de gestações,

---

<sup>118</sup> MINAYO, 2002:16

<sup>119</sup> Idem, p.22

número de filhos vivos, processo de assimilação das informações sobre contracepção, condição sócio-econômica, nível de escolaridade, tipo de trabalho e tipo/condições de habitação.

*(...) o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.*<sup>120</sup>

Os atores sociais da pesquisa foram as mulheres usuárias do IMMFM que desejavam se submeter ao procedimento da laqueadura tubária. Partindo desta premissa, foram traçados alguns critérios pertinentes. Um deles é que todas que desejassem participar da pesquisa tivessem sido orientadas em trabalho educativo de planejamento familiar, pois, dessa forma, teriam a possibilidade de acesso às informações sobre os métodos reversíveis, bem como sobre a laqueadura, a vasectomia e suas conseqüências e, ainda assim, optaram pela esterilização.

Aquelas que tiveram indicação médica para a realização da cirurgia, seja por iteratividade (cesáreas consecutivas) ou doença crônica (que implica risco de vida), não foram alvo deste estudo, pois suas decisões poderiam ter sido influenciadas por questões mais abrangentes, que envolviam sua saúde.

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de agosto a outubro de 2006, período correspondente à etapa do estágio como Acadêmica-Bolsista no atendimento a gestantes e participação em trabalho educativo, totalizando oito grupos de planejamento familiar. Importa lembrar que algumas das usuárias que freqüentaram os grupos estavam acompanhadas por seus companheiros/namorados e a participação dos mesmos na pesquisa foi estimulada, desde que houvesse o interesse da mulher em responder os questionários.

Foram aplicados cerca de 40 questionários com devolução de 28, distribuídos após o término de cada grupo de planejamento familiar e às mulheres atendidas pelo Serviço Social - tanto no plantão quanto nas enfermarias da unidade (especialmente as do 7º andar, destinadas às gestantes, cuja demanda pela laqueadura é bastante elevada). Aquelas que estavam sendo reinternadas na unidade (no 6º andar, na enfermaria de ginecologia) para se submeterem à cirurgia fora do parto também foram alvo desta pesquisa.

---

<sup>120</sup> NETO, 1994:51

Cabe lembrar que antes da aplicação de cada questionário, foi prestado esclarecimento acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos utilizados e feito convite às usuárias a participarem da mesma, ressaltando a não obrigatoriedade e a preservação do anonimato.

Outro instrumento utilizado foi a observação participante nos grupos de planejamento familiar. Isso se deu a partir de uma análise inicial dos primeiros questionários preenchidos, onde foi possível constatar que nem sempre as discussões travadas nos grupos pelas usuárias eram mencionadas na pesquisa.

*A técnica da observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. (...) A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.*<sup>121</sup>

Se, por um lado, este contato com as usuárias era positivo devido à sensibilização para a questão a ser explorada, por outro havia certa dificuldade no que tange à imparcialidade na análise das informações prestadas, já que existe uma “(...) possível contaminação dos seus resultados em função da personalidade do pesquisador e de seus valores”.<sup>122</sup>

Encerrado o processo de leitura dos questionários, com duração de dois dias, os dados foram ordenados em categorias, a fim de facilitar a organização dos aspectos discutidos pelas usuárias. São elas: faixa etária, gestações e nº. de filhos; orientação quanto ao uso de métodos contraceptivos; opinião sobre os métodos; opção pela laqueadura; opinião sobre a vasectomia; escolaridade; participação na renda familiar; tipo de trabalho e faixa salarial e número de famílias vivendo da renda.

Com o intuito de garantir a confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa, a captação dos seus discursos foi representada através das letras do alfabeto, correspondente à seqüência dos questionários.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 28/08/2006, preenchendo os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,

---

<sup>121</sup> NETO, 1994:59-60

<sup>122</sup> GOLDENBERG, 2001:55

que estabelece os critérios e diretrizes norteadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

#### 4.2 - Análise dos questionários

O quadro 1 apresenta dados relativos à faixa etária e gestação.

**Quadro 1 – Faixa etária / nº. gestações / nº. de abortos / nº. filhos vivos**

Faixa etária		Nº de gestações	Nº de abortos	Nº de filhos vivos
Menos de 25 anos, mas previsto em lei	1	4	2 espontâneos	2
Menos de 25 anos, sem qualquer justificativa legal	1	2	0	1
25 - 35 anos	19	Entre 2 e 8	Entre 1 e 2 espontâneos no caso de quatro mulheres e 1 provocado	Entre 1 e 7
36 - 45 anos	7	Entre 2 e 8	Entre 1 e 2 abortos espontâneos no caso de duas mulheres e 5 provocados no caso de uma	Entre 1 e 4

É possível observar no quadro 1 que o maior número de mulheres que desejam se submeter ao procedimento da laqueadura tubária encontra-se na faixa etária dos 25 aos 35 anos. Um aspecto que chama a atenção diz respeito ao fato de serem mulheres jovens e em idade reprodutiva, que optam pela esterilização feminina sem qualquer fator que possa causar-lhes risco de vida em futuras gestações e, portanto, sem indicação médica.

As mulheres acima dos 35 anos conformam a segunda categoria em termos de opção pela laqueadura, o que surpreende, uma vez que em se tratando de idade, têm uma perspectiva de vida reprodutiva menor. Além disso, têm experiência de contracepção, ou deveriam ter acesso às informações que lhes permitissem planejar suas gestações.

Importa destacar que, uma vez que o IMMFM é uma unidade de referência para acompanhamento de pré-natal de alto risco<sup>123</sup>, as usuárias freqüentemente associam as intercorrências de suas gestações com risco de vida, o que não necessariamente ocorre. Se não há um esclarecimento às mesmas sobre esta diferença, muitas delas demonstram o interesse pela laqueadura como forma de se tranquilizarem em relação à inviabilidade de gestações futuras que possam colocar suas vidas em risco.

Outro ponto a ser considerado está associado ao fato de mulheres com menos de 25 anos já terem duas ou mais gestações, mesmo fazendo uso de algum método contraceptivo, o que pode influenciar na sua decisão pela laqueadura, partindo do pressuposto de que, por ser um método definitivo, é o melhor.

O número de abortos espontâneos nas diversas faixas etárias varia entre 0 e 2 e suas causas não são objeto de discussão deste trabalho. Em relação aos provocados ou realizados em clínicas particulares pode-se dizer se tiveram tal procedência é porque certamente as gravidezes não foram planejadas.

O elevado número de filhos aponta que apesar da grande maioria ter a informação, não consegue eficiência na contracepção. Uma das possíveis causas está relacionada ao fato da regulação da fecundidade ainda ser delegada à mulher - o que pode ser constatado pelo pequeno número de homens participantes dos grupos de planejamentos familiar - somado a todas as outras responsabilidades atribuídas a elas, o que aumenta a sobrecarga. Outro fator pode estar associado à

---

<sup>123</sup> Gravidez de alto significa qualquer patologia associada à gestação, e não necessariamente risco de vida.



utilização incorreta dos métodos, apesar da orientação médica, sem desconsiderar os casos em que a mulher tem a informação, mas a recebe de forma distorcida, em função do nível de escolaridade e/ou da qualidade do ensino, o que dificulta a compreensão do uso correto, pois foi possível constatar que os casos de mulheres com maior número de filhos está associado ao baixo nível de escolaridade.

O quadro 2 ilustra o número de mulheres que faziam uso de métodos contraceptivos.

**Quadro 2 - Uso de métodos contraceptivos**

Com orientação médica	19
Opção individual	4
Outras indicações	3
Nunca usaram	2
<b>Total</b>	<b>28</b>

Observa-se que 92,8% das mulheres que participaram da pesquisa faziam ou fazem uso de algum método contraceptivo e de acordo com suas respostas nos questionários, relatam ter sido bem orientadas quanto à forma correta de utilizá-los. Porém, contraditoriamente, não conseguem eficiência no uso dos métodos, o que nos remete à questão da baixa escolaridade ou qualidade do ensino - fator que impede a necessária comunicação e desvendamento de símbolos utilizados pela sociedade.

Apenas 7,1% das usuárias disseram nunca ter usado qualquer método contraceptivo e devido a isso relacionam a questão de não terem sido orientadas. Entretanto, um aspecto muito interessante nos chama a atenção: 25% das mulheres expõem ter optado por conta própria ou através de amigas por um método e dizem ter sido bem orientadas.

Cabe aqui a reflexão sobre a natureza dessa orientação. Em muitos casos atendidos na unidade constatamos que existe alguma dificuldade com o uso de métodos orientados por médicos - tanto que são muitas as gravidezes não planejadas - imagina em se tratando de recomendações de pessoas que não têm o devido conhecimento sobre o assunto, até mesmo porque cada mulher tem suas particularidades e nem sempre o método utilizado por uma serve para a outra. Além

disso, a mulher por não conhece o próprio corpo e, conseqüentemente, não se apropria do que é melhor para ela.

O quadro 3 contempla a opinião sobre os métodos contraceptivos artificiais mais utilizados ou mencionados pelas mulheres.

Quadro 3 - Avaliação sobre os métodos contraceptivos

<b>I. Pílula</b>	Método bom / eficaz / melhor que os outros / não é seguro / falha em caso de uso incorreto / exige disciplina.
<b>II. Camisinha masculina</b>	Prevenção contra DST e gravidez / importante / desconfortável para os homens e para algumas mulheres / temor quanto à falha do método / desconhecimento quanto ao uso correto do método / exige disciplina / boa / ruim / método não definitivo
<b>III. Camisinha feminina</b>	Ótima / melhor que a masculina / autonomia / desconhecida
<b>IV. Diafragma</b>	Desconhecimento sobre a existência do método / exige disciplina / melhor que a camisinha / interessante / desconfortável / duro / esquisito / maior durabilidade / nunca usaram
<b>V. Dispositivo intra-uterino (DIU)</b>	Não é um método seguro / abortivo / incômodo / desconhecido / causa temor / eficaz / contra-indicado em alguns casos / opção temporária

#### I. Pílula

A análise dos questionários possibilitou o entendimento de que a pílula anticoncepcional é o método mais utilizado pelas usuárias (apenas 7% nunca utilizaram), por ser considerado o mais confiável em seguida da laqueadura tubária.

*“A minha opinião é que a pílula é muito bom”. (R, 29 anos)*

*“Melhor que os outros métodos”. (J, 36 anos)*

*“Eficaz”. (K, 31 anos)*

Uma característica que aparece nos discursos das usuárias está relacionada com a falha no uso do método:

*“Na nossa opinião e um método mais usados pelas mulheres, mais também se não tomar cuidado pode vim a engravidar.” (A, 26 anos)*

*“Eu engravidei usando pílula, por isso não confiamos nesse método.” (B, 32 anos)*

*“É um bom método p/ quem não e tão esquecida quanto eu, pois tem hora certa.” (C, 32 anos)*

*“Eu usava mais, eu esquecia de tomar”. (E, 26 anos)*

Entretanto, se retomarmos a discussão anterior ratificaremos que 92,8% das mulheres foram orientadas por médicos sobre o uso dos métodos (inclusive em caso de esquecimento, ou pelo menos deveriam ter sido) e as causas da falha podem ser de diversas naturezas, como já abordado. É importante enfatizar que nenhum método, por si só, é 100% seguro, daí a relevância de sua utilização correta e, se possível, associado a outro.

Não se podem desconsiderar as condições objetivas de vida dessas mulheres. As preocupações com a renda familiar insuficiente, moradia precária, necessidade de sobrevivência, cuidado dos filhos e em meio à violência, podem ser fatores que contribuem para que se esqueçam de tomar rotineiramente a pílula.

Uma questão interessante refere-se à presença de um discurso (invertido) no que tange à responsabilidade pela contracepção:

*“Eu tomo e ele concorda”. (G, 40 anos)*

*“Para mim ficaria mais faço tomar porque ele não gosta de usar outro método”. (Q, 38 anos)*

Percebe-se que, de certa forma, as mulheres reproduzem um discurso social e historicamente construído. Sem dúvida alguma, para o homem é “mais fácil” que a mulher use o método em vez de ele usar o preservativo e, é claro que ele irá concordar com o método escolhido pela companheira, desde que caiba a ela o uso, pois, assim, se exclui da participação na responsabilidade com a anticoncepção.

Algumas mulheres apontaram situações de contra-indicações no uso da pílula:

*“Para mim eu não gosto porque eu passo mal.” (O, 21 anos)*

*“É um método muito eficaz, só não muito bom para quem tem pressão alta e muitas das vezes nas crises não pode tomar o remédio.” (U, 32 anos)*

A pílula não pode se utilizada por todas as mulheres. Por ser fabricada com hormônios semelhantes aos produzidos nos ovários, não é indicada em vários casos. Dentre as contra-indicações absolutas encontram-se mulheres com câncer de mama, tumores hepáticos, sangramento vaginal anormal, distúrbio tromboembólico etc. As relativas incluem hipertensão, doença falciforme, mulheres com mais de 35 anos e fumantes, dentre outras.<sup>124</sup>

A pesquisa também revelou que embora algumas mulheres já tenham usado/usam a pílula e terem obtido resultado positivo, isto é, não engravidaram, ainda assim optaram pela laqueadura.

*“Não tenho nada contra. Já usei e acho um método ótimo.” (N, 31 anos)*

*“Um bom método, nunca falhou.” (P, 39 anos)*

As razões pela escolha da laqueadura tubária serão abordadas mais adiante.

## II. Camisinha masculina

Cerca de 53,5% das mulheres apontaram que os homens/companheiros não gostam de utilizar o preservativo:

*“Ele não usa de jeito nenhum.” (40 anos)*

*“Meu companheiro acha muito incomodo o uso da mesma. Eu não tenho nada contra.” (H, 32 anos)*

*“Por mim não tem problema usar, mas ele não gosta, é ignorante. Ele acha que não sente prazer.” (I, 34 anos)*

*“Ele acha que tira o praser. Dis que não sente o calor umano.” (T, 36 anos)*

Isso reafirma o fato da contracepção ser delegada à mulher. Além disso, a maioria dos métodos contraceptivos desenvolvidos e mesmo os naturais são específicos para mulheres. Os únicos disponíveis para os homens são a camisinha, o coito interrompido (que não é eficaz, uma vez que a lubrificação anterior à ejaculação pode conter espermatozóides) e a esterilização (vasectomia).

Contudo, alguns depoimentos revelaram que há mulheres que também não gostam da camisinha masculina. Nos grupos de planejamento familiar relataram que além de incomodar o marido, incomodam-nas por perder a lubrificação rapidamente,

<sup>124</sup> SMELTZER, S.C.; BARE, B.G., p.1157

além da qualidade de algumas, que segundo elas, não é boa. Algumas mulheres também disseram que o preservativo faz barulho, mas o mesmo é proveniente de possível infecção no órgão genital ou entrada de ar no mesmo, e não de um som produzido pela camisinha.

*“Meu esposo detesta, diz que não consegue ter o mesmo prazer, e eu demoro demais para te orgasmo, ou às vezes nem consigo chegar.” (B, 32 anos)*

*“Ele não gosta de usar pois o encomoda de mais e eu também.” (D, 18 anos)*

Apenas duas mulheres disseram que não enfrentam problemas com uso da camisinha:

*“Uso e não tenho nada a reclamar.” (V, 34 anos)*

*“Boa de usar. Meu marido não se importa em usar.” (J, 36 anos)*

É relevante lembrar que os preservativos (masculino e feminino) são os únicos métodos que previnem contra as DST/AIDS e podem ser associados a quaisquer outros métodos. Embora muitas das candidatas à laqueadura reconheçam a importância do uso, não necessariamente relatam se a usam:

*“Preventiva, mas ruim.” (K, 31 anos)*

*“Não gosto muito, mais sei que é importante.” (P, 39 anos)*

*“A camisinha masculina evita muitas coisa como gravides e doença contagiosa.” (R, 29 anos)*

*“É obrigatório p/ os dois, quanto sobre filho e doenças transmissíveis.” (S, 37 anos)*

Uma das mulheres participantes da pesquisa relacionou a não utilização da camisinha com a situação conjugal:

*“Eu, estando casada, não usaríamos, com nós dois.” (F, 27 anos)*

A estabilidade conjugal para algumas pessoas configura-se como um aspecto que as “protege” do risco de contaminação de DST/AIDS. No entanto, tanto homens quanto mulheres que têm relações sexuais sem preservativo estão sujeitos a contrair DST, haja vista que não se está com o parceiro (a) em tempo integral para saber de seus atos, além do fato de que muitas doenças levam certo tempo para se

desenvolver e podem ter sido transmitidas nas relações com outros (as) parceiros (as). Não se trata de estabelecer uma desconfiança em relação ao companheiro (a), mas de preservar e cuidar do próprio corpo e da saúde, vivenciando a sexualidade de maneira segura e responsável.

*A adoção do sexo seguro para prevenir a gravidez e as DST, entre as quais se inclui a AIDS, passa, necessariamente, pelo reconhecimento mútuo da igualdade (...) no que diz respeito à vivência plena e responsável da sua sexualidade e da sua integridade corporal.*<sup>125</sup>

Os aspectos culturais têm bastante influência nesse processo, pois as relações de gênero, construídas socialmente, são determinantes no estabelecimento das relações de poder. Este é exercido pelos homens de forma que haja uma submissão das mulheres, o que perpassa a decisão sobre o acontecimento da relação sexual e o uso do preservativo – tanto masculino quanto feminino. As medidas preventivas são consideradas por muitos homens como incompatíveis com a concepção do “ser homem”, com características de virilidade, força e audácia, como se isso os tornassem invulneráveis a contrair DST/AIDS (cujas características apontam justamente o contrário, ou seja, uma idéia de fraqueza).

Dados do Programa das Nações Unidas Para HIV/AIDS (UNIAIDS) de 2000 apontam que a epidemia da doença está relacionada à contaminação por via sexual, preponderantemente transmitida por homens, devido ao maior número de parceiras (os) – afinal, têm que provar sua masculinidade. “(...) *Mesmo exercendo mais poder nas relações com as mulheres, recusam-se a adotar medidas de proteção contra o HIV*”.<sup>126</sup>

Embora haja bastante divulgação da forma correta de utilização do preservativo, foi constatado que existem homens e mulheres que a desconhece.

*“Nós temos medo de furar.” (E, 26 anos)*

*“Já tinha visto no comercial de TV e qdo passei a usa-la com meu companheiro, mais mesmo assim usamos errado.” (L, 45 anos)*

Nos grupos de planejamento familiar é possível identificar que existem mulheres/homens que desconhecem a maneira correta do uso da camisinha,

<sup>125</sup> ZUCCO et al, 2000:45

<sup>126</sup> GUERRIERO, 2001:176. Disponível em <http://busssp.ciet.fiocruz.br/lildibi>. Acesso em 06.11.06

colocando-a na prótese do pênis de borracha <sup>127</sup> sem retirar o ar, o que pode levar ao rompimento da camisinha. Soma-se a isso o fato de não observarem o prazo de validade e as condições da embalagem, além de não haver certo cuidado na abertura da mesma.

### III. Camisinha feminina

Observa-se que o preservativo feminino é pouco utilizado pelas mulheres candidatas à laqueadura, apesar de reconhecerem sua importância, e muitas até desconhecem sua forma de utilização.

*“Já tinha ouvido falar mais nunca tive oportunidade de visto, depois que assistir a palestra que passei a saber como é.” (L, 45 anos)*

*“Nunca usei, mas achei interessante.” (P, 39 anos)*

*“É importante da mesma forma que a masculina, quanto p mim com pra ele.” (S, 37 anos)*

Apenas 10% apontaram, ainda que implicitamente, que já utilizaram-na.

*“Ótima.” (K, 31 anos)*

*“A camisinha feminina eu acho melhor.” (N, 31 anos)*

*“Curiosa, e é mais confortável que a camisinha masculina!” (F, 27 anos)*

A opinião dos homens sobre este método não difere muito da camisinha masculina.

*“Ele não gosta eu também não.” (M, 5 anos)*

Uma das integrantes da pesquisa relata justamente o contrário:

*“Gostei muito deste método pois não precisa fica esperando a boa vontade do parceiro, você mesma toma a sua iniciativa de por.” (C, 32 anos)*

Este método, sem dúvida alguma, oferece mais autonomia à mulher, haja vista que seu uso “independe” do companheiro. Entretanto, como já foi constatado, elas não experimentam, seja pela falta de orientação quanto ao uso (e, portanto, desconhecimento) devido à opção por outro método, por falta de divulgação, medo do desconhecido ou submissão à vontade do companheiro.

<sup>127</sup> Material utilizado para a demonstração do uso da camisinha nos grupos de planejamento familiar.

A mídia tem uma influência muito grande na vida dessas mulheres, uma vez que sempre faz menção a aspectos relacionados à contracepção que são transmitidos pela televisão. Apesar de proteger contra DST/AIDS, da mesma maneira que a masculina, é pouco divulgada, talvez pelo alto custo para o SUS no que tange à distribuição. A propósito, os métodos contraceptivos em geral são pouco falados, à exceção da esterilização feminina. O preservativo masculino é bastante conhecido e divulgado por causa da AIDS.

Algumas mulheres relataram que embora seja eficaz, tem um custo alto. De fato, por ser descartável, é bastante cara (Cerca de R\$ 9,00 cada) para o padrão de consumo dessas mulheres/casal, mas existe a distribuição gratuita, apesar de em pouca quantidade, devido a esta razão. Assim como em alguns postos de saúde, no IMMFM, as mulheres que optam por este método recebem mensalmente 8 preservativos femininos juntamente com 12 masculinos para serem utilizados alternadamente. Contudo, muitas vezes não há a circulação deste tipo de informação. Além disso, o fato de serem distribuídas em pouca quantidade restringe o acesso das mulheres na escolha exclusiva por este método.

Foi constatado também através dos grupos de planejamento familiar que muitas vezes não há a distribuição gratuita nos postos de saúde, tanto dos preservativos quanto da pílula, o que é uma realidade do SUS. Sem dispor de condições financeiras para adquiri-los no mercado, param de usar o (s) método (s), resultando daí uma gravidez não planejada. Embora o acesso à saúde e aos métodos de regulação da fecundidade constituam-se como direitos universais, previstos constitucionalmente, são atravessados pelo corte verbas apregoado pelo neoliberalismo, que impõe limites ao SUS.

Outra característica quanto à opinião sobre este método diz respeito às possibilidades do uso não dar certo, por barreiras criadas por elas, sem mesmo ter passado pela experiência.

*“Nunca usei e nunca me interessei para usar. Porque eu acho que encomoda.” (D 18 anos)*

Observou-se ainda que há um certo repúdio, tanto pela mulher quanto pelo homem em relação à aparência da camisinha feminina:

*“Tentei experimentar mas nem conseguimos fazer nada, por que achamos muito estranho que a camisinha fica pendurada.” (B, 32 anos)*



*“Ele gosta de ficar olhando na hora do sexo. Por isso não aprova.” (T, 36 anos)*

O contato visual para algumas pessoas é forte e pode gerar repulsa. Não percebem o uso de tal método como algo positivo, que protege simultaneamente contra DST/AIDS e gravidez não planejada. A propósito, as mulheres são mais vulneráveis ao HIV porque têm poucas oportunidades de se protegerem, dado o exercício de poder masculino sobre elas, o que contribui para dificultar a negociação em relação ao uso do preservativo. Isso mostra como as relações de gênero interferem nas questões da saúde.

Além disso, há a questão da mulher ter que introduzi-la no seu corpo, o que se distancia da socialização recebida ao longo da vida. Ao contrário do homem, a mulher não é estimulada a se tocar e a conhecer seu próprio corpo. Nos grupos de planejamento familiar sempre fazem referência a esta questão, expondo sua dificuldade e até mesmo o constrangimento em se tocar, respaldadas pela criação/socialização que tiveram.

O desenvolvimento sexual de homens e mulheres é fortemente influenciado pela socialização recebida, pela família e por sua inserção em determinado grupo social, o que define seus comportamentos e o próprio exercício da sexualidade.

*A condição do gênero na sociedade e, conseqüentemente, a construção histórica dos papéis masculino e feminino, define o comportamento e o exercício da sexualidade (...) Os relacionamentos sexuais estabelecidos quase sempre reproduzem relações hierarquizadas, em que o homem vive intensamente a sexualidade e a mulher, quando consciente, torna-se responsável pela prevenção da gravidez indesejada ou das DST.*<sup>128</sup>

#### IV. Diafragma

Observou-se que das mulheres que participaram da pesquisa, 7,1% nunca tinham ouvido falar no método até a participação no planejamento familiar e apenas 3,5% já usaram o diafragma, embora não tenham dado continuidade pois optaram pela pílula.

*“Cheguei a usar algumas vezes, mas não quis continuar porque comecei a usar comprimido, mas deu certo, eu não engravidei usando.” (Q, 38 anos)*

Algumas, após o contato com o método exprimem suas opiniões:

*“Achei interessante mais não gostei.” (A, 26 anos)*

<sup>128</sup> ZUCCO et al, 2000:45

*“Nunca usei, mas acho que séria desconfortável, por que tem que usar sempre antes da relação, se eu e meu esposo quizer fazer derrepente não é possível.” (B, 32 anos)*

*“Acho, muito duro e esquisito, porém, a validade é mais extensa!” (F, 27 anos)*

*“É um método que reque muitos cuidados e eu não tenho muita paciência para ele.” (C, 32 anos)*

*“Eu acho um método contraceptivo melhor que a camisinha.” (N, 31 anos)*

Aparecem novamente nos discursos das usuárias elementos que reiteram a responsabilidade da mulher pelo cuidado com a contracepção, ainda que de forma bem sutil:

*“Eu particularmente não gostei, meu marido disse que o que eu escolher está bom.” (U, 32 anos)*

É possível observar que as opiniões são baseadas em fatos que não vivenciaram. O diafragma é uma capa de silicone com diversos tamanhos (daí a necessidade de ajuda de um método antes de começar a utilizá-lo) introduzido pela mulher no fundo da vagina e tem a finalidade de impedir a fecundação. Pode ser colocado ou não horas antes da relação; o importante é que no momento do ato sexual já esteja introduzido. Provavelmente os cuidados a que se referem estão relacionados à observação do tempo mínimo para ser retirado e sua manutenção.<sup>129</sup>

Semelhante à camisinha feminina na sua forma de uso, retoma-se a questão da socialização da mulher, uma vez que não é educada para se tocar e conhecer o próprio corpo e talvez isso se constitua numa barreira para a não utilização do método referido. Embora isso não tenha sido mencionado por elas na pesquisa, a observação participante nos grupos de planejamento familiar permitiu este entendimento, uma vez elas próprias relatavam, em sua grande maioria, não conhecer o próprio corpo e ter que introduzir um corpo estranho dentro de si lhes parecia complicado.

Por outro lado, o diafragma não tem o contato visual que as camisinhas feminina e masculina têm; em contrapartida não protege contra DST/AIDS.

## V. Dispositivo intra-uterino (DIU)

<sup>129</sup> Vide anexo F.

A pesquisa constatou uma variedade de opiniões sobre o DIU, mas somente 7,1% das mulheres já fizeram uso deste método.

*“Tanto eu como ele gostamos do DIU. Pois já fiz uso do mesmo durante 7 anos e nunca senti nada.” (H, 32 anos)*

*“Me deu muito sangramento.” (O, 21 anos)*

17,8% das mulheres consideraram-no como um método não confiável.

*“Tem que ter higiene e retorno ao médico. Pode vim a sair do lugar ou regressão no organismo.” (T, 36 anos)*

*“Não acho seguro.” (S, 37 anos)*

*“Não é totalmente seguro, pois pode haver gravidez mesmo com ele.” (U, 32 anos)*

É importante retomar aqui a discussão de que nenhum método é 100% seguro, daí a importância de ser usado em consonância com outro. O DIU não é indicado para mulheres que nunca tiveram filhos (porque o útero pode ser pequeno para tolerá-lo). *“As mulheres com múltiplos parceiros, com períodos de cólicas intensas ou aquelas com (...) infecção pélvica são encorajadas a usar outros métodos”.*<sup>130</sup> Pode acontecer do organismo da mulher não se adaptar ao uso deste método, uma vez que é um corpo estranho, e provocar sua expulsão.

Por outro lado, isso não acontece com todas as mulheres, haja vista que muitas usam durante anos sem quaisquer intercorrências. Nos grupos de planejamento familiar fica muito evidente em suas falas o “temor” (grifo nosso) na falha do método, pois conhecem pessoas que já utilizaram-no e não obtiveram sucesso com o resultado. Dessa forma, baseiam-se em experiências negativas vivenciadas por outras mulheres (amigas, parentes, vizinhas etc.), desconsiderando a individualidade de cada uma.

Fica muito clara também a menção aos mitos criados em torno do DIU:

*“A assistente social me orientou no planejamento familiar, mas não quis usar, tinha medo porque as pessoas diziam que era perigoso usar.” (Q, 38 anos)*

*“Por ser um método que pode ser abortivo, na minha concepção, eu não concordo e meu esposo também.” (B, 32 anos)*

*“Deve ser um incômodo.” (E, 26 anos)*

<sup>130</sup> SMELTZER, S.C.; BARE, B.G., p.1158

Percebe-se que existe uma influência muito grande do senso comum na decisão pelo uso do DIU, embora esses mitos sejam esclarecidos e refletidos juntamente com as usuárias nos grupos de planejamento familiar. Em contrapartida, é preciso levar em consideração que

*(...) as práticas educativas freqüentemente tomam a perspectiva de que o conhecimento (transmissão de informação) é suficiente para alterar a conduta. A cultura, no entanto, implica simultaneamente um plano consciente e outro inconsciente (para os sujeitos) que determina assuas ações.* <sup>131</sup>

Por fim, vale a pena destacar alguns depoimentos das mulheres em relação ao DIU:

*“Tenho vontade de usar um dia, mais prefiro a laqueadura.” (A, 26 anos)*

*“Não prestei muita atenção neste método pois já estava determinada a fazer laqueadura.” (C, 32 ans)*

*“Se eu não conseguir ligar com 19 anos quero botar o DIU (usar 1 ano) e quando completar 20 anos quero tirar e fazer a laqueadura.” (D, 18 anos)*

Isso demonstra a focalização no desejo de realizarem a laqueadura tubária, ainda que o DIU tenha despertado algum interesse ou mesmo que tenha sido/seja eficaz na prevenção de uma gravidez não planejada. A seguir, buscaremos identificar as possíveis causas para que um número cada vez mais crescente de mulheres opte pela laqueadura, dentro do contexto do IMMFM.

Antes de prosseguir, vale ressaltar que a opinião sobre os métodos naturais - muco cervical, temperatura e tabela - não foi incorporada nos questionários por ter sido identificado na pesquisa prévia que não eram utilizados pelas mulheres. Tal fato pôde ser constatado nos grupos de planejamento familiar, a partir das impressões das mesmas após a exposição dos profissionais envolvidos no trabalho educativo (uma assistente social, uma ginecologista/obstetra e uma acadêmica-bolsista de Serviço Social) sobre o uso dos mesmos. As mulheres apontavam a dificuldade em utilizar tais métodos, pelo desconhecimento em relação ao funcionamento do próprio ciclo menstrual e por exigirem certa disciplina e, as condições de vida a qual estão submetidas - além do cuidado com a casa e com os filhos - deixariam-nas sobrecarregadas demais para se preocuparem com o uso dos referidos métodos.

---

<sup>131</sup> HEILBORN, 2002:82

O quadro 4 refere-se aos motivos que levaram à opção pela laqueadura tubária.

**Quadro 4 - A opção pela laqueadura**

Laqueadura tubária	Mais segura / definitiva / substitui o uso de métodos contraceptivos, principalmente a pílula / meio de não ter mais filhos
--------------------	---

Na participação em seis grupos de planejamento familiar, no período correspondente ao desenvolvimento da pesquisa, foi constatado que de um total de 74 participantes, 63 eram mulheres. Dentre elas, 45 optaram pela laqueadura tubária e apenas 10 tinham indicação médica para a realização da esterilização no momento do parto<sup>132</sup>. Esses números surpreendem, pois se tratam de mulheres em idade reprodutiva e a maioria não tem indicação médica para realizar a cirurgia, apenas têm seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pela lei do planejamento familiar. Somente 9 mulheres optaram por métodos contraceptivos: 4 escolheram a pílula associada aos preservativos masculino e feminino; 4 o DIU e, dentre estas, 1 optou também pela camisinha feminina e 1 escolheu o diafragma.

Questionadas sobre a razão da não opção por algum método contraceptivo, as mulheres relataram:

*“Escolhi sim mais falhou, por que eu esquecia de tomar”. (E, 36 anos)*

*“Acho que a laqueadura é melhor, os métodos não são confiáveis”. (I, 34 anos)*

*“Porque o que posso não gosto e o que não me importo posso”. (M, 25 anos)*

*“Não ficarei tranquila, em relação à não ter filho”. (P, 39 anos)*

*“Sabe todas as vezes que tomei não deu serto sabe to aqui já com três filhos”. (AB, 26 anos)*

Observa-se que as participantes da pesquisa vêem na laqueadura a única maneira de evitar futuras gestações não planejadas, como se a utilização correta dos métodos contraceptivos não fosse capaz de atender a esta perspectiva. Novamente ressaltam a falha no uso do método, apesar de afirmarem ter recebido a devida orientação quanto ao uso correto.

<sup>132</sup> Vide anexo C sobre os critérios

Porém, sobrecarregadas de responsabilidades, inclusive no que se refere à contracepção, acabam utilizando apenas um método. Importa lembrar que raramente fazem menção à prevenção de DST/AIDS. A grande maioria é casada ou vive em união consensual; a estabilidade conjugal é sinônimo de segurança para muitas.

Alguns relatos apontaram a opção pela laqueadura, mesmo que tenham obtido uma experiência positiva com o uso de algum método contraceptivo:

*“Por que não me dou com pílulas ou injeções, e não tenho costume de usar camisinhas ou diafragima, o DIU eu já usei, mas eu quero mesmo é fazer laqueadura”. (H, 32 anos)*

Os depoimentos das mulheres também remeteram à questão da disciplina quanto ao uso dos métodos, o que demonstra que se sentem responsáveis pela contracepção.

*“Porque eu sou muito destraída e gostaria de um método mais decisivo”. (C, 32 anos)*

*“Não me sinto segura para usar esses métodos”. (L, 45 anos)*

*“Me acho irresponsável. Tenha a mente lotada de tantas coisas vou lembra sempre no dia seguinte”. (T, 36 anos)*

A escolha pela laqueadura aponta ainda para uma decisão importante em relação a não ter mais filhos, independente das mudanças que ocorram em suas vidas.

*“Não quero ter mais filhos em hipótese nenhuma”. (K, 31 anos)*

*“Por que eu não quero só evitar, eu não quero mais filhos”. (X, 31 anos)*

A esterilização cirúrgica feminina é definitiva e sua reversão é cara e difícil. As chances de sucesso são de apenas 50%. As mulheres fazem sua opção, em muitos casos, devido a uma gravidez não planejada, desconsiderando a possibilidade de arrependimento futuro em relação à realização da cirurgia. Decidem em momentos de dificuldades financeiras ou mesmo de angústia em função da gravidez inesperada.

Interessante notar que algumas mulheres escolheram a laqueadura por não se acharem na idade de ter mais filhos:

*“Pela minha idade. Complicação na hora do parto. Gravidez de risco”. (T, 36 anos)*

Esta usuária, por exemplo, tem apenas 36 anos e ainda pode desfrutar de cerca de 14 anos de vida reprodutiva. É claro que cada uma tem suas particularidades e como ela mesma relatou, suas gravidezes são de alto risco, embora isso não signifique necessariamente risco de vida. O que se percebe é que as mulheres de classes sociais mais baixas ainda não superaram a visão de que apesar de terem mais idade podem ter filhos. Pode contribuir para isso o fato de envelhecerem mais rápido, devido às condições adversas em que vivem.

Das mulheres que responderam os questionários, 39,2% optaram pela laqueadura justificando a escolha pelo simples fato de não desejarem ter mais filhos.

*“Porque é o método definitivo tenho a devida informação e não quero mas ter filhos”. (M, 25 anos)*

*“Eu não quero mais ter filhos já tenho dois e eu quero poder criá-los melhor”. (X, 31 anos)*

Para essas mulheres, o desejo por não ter mais filhos só pode ser realizado através da esterilização. Um elemento que está presente em seus discursos, ainda que implicitamente, é que não se vêem como sujeitos capazes de regular a fecundidade, pois, apesar de terem a informação sobre o uso correto dos métodos, não conseguem eficiência na contracepção. Além disso, a posição que ocupam nas relações de gênero podem interferir neste processo, na medida em que muitas vezes se submetem às escolhas dos homens em termos de contracepção, divergentes de sua opção.

Nos grupos de planejamento familiar, marcam presença em torno da esterilização, relatos das usuárias sinalizando para o fato de profissionais de saúde direcionarem a escolha por métodos contraceptivos e, principalmente, pela laqueadura. Não restam dúvidas de que a avaliação médica junto à usuária é fundamental para a escolha do método, pois existem alguns que não podem ser usados por todas as mulheres, como já explicitado. Entretanto, apontar a escolha pela laqueadura (à exceção dos casos que implicam risco de vida), seja pela idade da usuária ou pelo número de filhos, é uma forma de coibir a autonomia em relação ao próprio corpo e ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. De certa forma, práticas como estas reiteram a visão de que o pobre é um ser incapaz de fazer uma escolha reprodutiva, o que contribui para a perpetuação da cultura da subalternidade.

O desejo por não ter mais filhos também está relacionado à responsabilidade do ser mãe, o que tem um peso muito grande em nossa sociedade e, às vezes, pode dificultar a concretização de seus objetivos.

*“Quero fazer porque não quero ter mais filhos. E quando engravidei deste filho (2º) tive que deixar quase todos os meus objetivos de lado por causa dessa gravidez. Tive que parar de estudar, estava fazendo curso tive que trancar a minha matrícula em fim. Então não quero e não pretendo ter mais filhos porque quero voltar a fazer o que eu fazia antes sem ter preocupação de parar outra vez”. (D, 18 anos)*

*“Porque para mim é bem melhor. Porque não posso e nem devo mais engravidar porque tenho muito problema com meu filho de 14 ano porque para mim ele é como se fosse uma criança”. (Q, 38 anos)*

As relações de gênero que se solidificaram na sociedade demarcaram uma clara divisão de papéis, em que os homens são responsáveis pelo sustento da família - logo, associados à esfera pública - enquanto que às mulheres foi atribuída o cuidado com a esfera privada, qual seja, da casa e dos filhos. Apesar de sua entrada no mercado de trabalho, as “funções” (grifo nosso) tradicionalmente desempenhadas por elas permaneceram e pode-se dizer que até aumentaram, especialmente nos casos em que participam sozinhas ou juntamente com os maridos do provimento da família.

A pesquisa revelou que embora em menor proporção, existem famílias chefiadas por mulheres - o que aponta para a formação de novos arranjos familiares - sem cônjuge e que se encontram sob as mais adversas situações de precariedade social, além do cuidado dos filhos (alguns até com deficiência), sem receber o devido suporte do Estado.

Esse quadro mostra que a mulher se vê diante de um acúmulo de tarefas sob sua responsabilidade, que muitas vezes, não é capaz de suportar. Para 50% das mulheres participantes da pesquisa, a laqueadura é uma forma de se livrar de alguma responsabilidade.

*“Por que é menos uma preocupação. A responsabilidade é toda pra mim. Ele só ajuda com alimentação”. (E, 26 anos)*

*“Porque precisa ter muita responsabilidade e ter bom emprego e ser uma mãe bem dedicada”. (G, 40 anos)*

*“Ter filho pra mim é muita responsabilidade pra mim, porque eu crio pra mim e não pra rua. E o cuidado com os filhos é da mãe”. (I, 34 anos)*

*“Por que você ligada evita di ter filhos i a dispeza e menos a responsabilidade e muito menor”. (R, 29 anos)*



*“Filho ter e criar cuidar educar com amor. É muito difícel e a responsabilidade mais da mãe”. (T, 36 anos)*

Nota-se que a responsabilidade a qual as mulheres fazem menção é a de ser mãe e, conseqüentemente, pela criação dos filhos e tudo o que diz respeito à esfera doméstica. Isso se reflete tanto naquelas que participam do mercado de trabalho - pois acumulam tripla jornada - como naquelas que dedicam seu tempo aos cuidados domésticos, pois o acúmulo de tarefas sob sua responsabilidade também é grande.

A ideologia da maternidade nasceu com a sociedade burguesa patriarcal e foi responsável pela disseminação de uma concepção de que ser mãe faz parte de um destino biológico e social, como se fosse algo natural em função de seus atributos físicos.

Entretanto, *“(...) determinados mitos, como o do amor materno, surgiram para atender a interesses econômicos e sociais de uma determinada época e foram influenciados pelas políticas de gênero vigentes”*.<sup>133</sup> Os mitos são transmitidos de geração para geração, pois são fundamentais para a sobrevivência das pessoas, inseridas num determinado grupo social. Servem também para fomentar a sustentação de uma ideologia, garantindo, assim, a manutenção das relações existentes.

Ter um útero não significa, necessariamente, que a mulher tenha que desenvolver suas “funções maternas” (grifo nosso), pois o cuidado com os filhos - e todas as dimensões que perpassam a esfera da tutela (como por exemplo, a educação) - estão relacionadas com o aprendizado cultural. A divisão e atribuição de papéis masculino e feminino, ligados às relações de gênero, coloca a maternagem como algo natural (como se saber cuidar de um filho fosse sinônimo de desejar tê-lo, incondicionalmente).

A sociedade presume que a função social de um casamento é a de gerar filhos, sendo alvo de um estigma caso não cumpra esta função. Nas famílias de classe social baixa, percebe-se que há uma inversão quanto ao estigma criado, pois aquelas que têm muitos filhos é que são estigmatizadas. Criou-se na nossa sociedade uma cultura da subalternidade, baseada na concepção de que os pobres são seres diferentes e inferiores e terem filhos é um ato de irresponsabilidade, dada sua condição social.

---

<sup>133</sup> MOTTA, 2001:64

Mas ao contrário do que pensa o imaginário social, essas famílias e, principalmente as mulheres - pois são elas que arcam com o ônus do controle da fecundidade - se vêem muitas vezes desesperadas diante do aumento da prole. Duas razões justificam este sentimento: uma é pelas condições objetivas de vida, que não permitem a criação dos filhos dignamente; a outra se dá pela sobrecarga da própria condição de mãe.

Seus depoimentos revelam que a laqueadura é uma forma de tranquilizá-las quanto a não terem mais filhos, pois exercer o papel de mãe é, para muitas, se privar da própria condição de ser mulher, abdicando de seus objetivos de vida para se dedicarem ao cuidado dos filhos, haja vista que a participação dos homens nesse processo praticamente inexistente ou não é priorizada.

*(...) os homens são pensados como indivíduos e não numa relação de complementariedade. As mulheres, ao que parece, não conseguem individualizar-se a não ser de forma sexuada, isto é: não como indivíduos, mas como indivíduos mulheres, que escapam, pois ao caráter universal do conceito de indivíduo, e, portanto, de cidadão.*<sup>134</sup>

14,2% das mulheres relacionaram a opção pela laqueadura às condições sócio-econômicas familiares:

*“Por que eu já tenho 3 filhos, e gostaria de fazer. Por que as condições financeiras não dar para ter mais filhos”. (E, 26 anos)*

*“Ah! Porque, eu já tenho 2 filhos, não consegui sustentá-las, e estou grávida de 7 meses do 3º filho. E ainda tenho convulsão epiléptica; pago aluguel; estou desempregada, e não tenho nenhuma renda de ajuda financeira”. (F, 27 anos)*

*“Eu não quero mais ter filhos já tenho dois e eu quero poder criá-los melhor”. (X, 31 anos)*

*“Porque eu já tenho 6 filhos e a minha necessidade e um pouco ruim por que e só o meu marido que trabalha... Por que eu penso em trabalhar para ajudar o meu marido”. (AC, 31 anos)*

Indubitavelmente, a vida dessas mulheres é permeada por uma série de contradições sociais, as quais têm influência em todas as suas decisões. 39,2% das mulheres relataram viver em comunidade, sob os riscos da violência. As moradias, em geral, são constituídas de 4 ou 5 cômodos, com 1 ou 2 quartos, o que aponta que o pequeno espaço é dividido para várias pessoas. A pesquisa revelou também que existem famílias que vivem em locais invadidos ou com construções de

<sup>134</sup> LAVINAS, 1997:180 *apud* CARLOTO, 2006:144

alvenaria. Além disso, a questão do desemprego, subemprego, trabalho sem a proteção da lei, baixos salários, entre outros, são fatores determinantes na escolha do número de filhos, pois limitam as oportunidades de cuidado com os mesmos, uma vez que para além da garantia de satisfação das necessidades físicas de sobrevivência, há os gastos com educação, transporte etc., afinal a condição de pobreza ultrapassa as necessidades nutricionais.

Para 60,7% das mulheres candidatas à laqueadura, deixar de ter filhos é uma forma de melhorar a situação social e econômica da família:

*“Porque fica difícil para quem não tem emprego”. (G, 40 anos)*

*“Porque com o salário que ganhamos não dá nem p/ gente canto mais pros filhos”. (R, 29 anos)*

*“Pois já é muito difícil economicamente manter os que já temos, nos achamos que se tivermos mais, talvez tenhamos dificuldades até de alimenta-los.” (U, 32 anos)*

*“Porque filho é uma responsabilidade muito grande e hoje o mundo está muito difícil e caro para se dar uma educação decente aos nossos filhos”. (Z, 29 anos)*

A situação de pobreza marca a vida dessas famílias e, para além das necessidades básicas de sobrevivência física, relacionadas à ausência ou precariedade de alimentos, são excluídas dos direitos mais elementares, garantidos por lei, como saúde - embora seja um direito universal - e educação. Isso revela de maneira muito clara o afastamento do Estado na provisão da qualidade dos serviços públicos, deixando à margem da exclusão um enorme contingente populacional e transferindo para a família o ônus dessa provisão.

As demais mulheres pensam de outra forma em relação à laqueadura:

*“Porque deixar de ter filhos não quer dizer que vou deixar de ter problemas com situação social e econômicos pois se isso resolvesse o problema não só eu mas o país não formaria família”. (H, 32 anos)*

*“Não irá resolver, a situação financeira da minha família. Mais não queremos ter mais filho”. (P, 39 anos)*

*“Eu não vou ficar rica. Mas com a comsiencia mais linpa”. (T, 36 anos)*

É claro que deixar de ter filhos não irá trazer melhores oportunidades de emprego e salários para esses trabalhadores (as) e contribuir para melhorar a situação sócio-econômica, mas certamente estabelecer o número de filhos, isto é,

planejar as gestações, proporciona o delineamento em relação ao cuidado/sustento dos mesmos. Portanto, a opção pela laqueadura é permeada por uma série de elementos que influem na vida dessas mulheres, determinantes no processo de decisão sobre o número de filhos.

O quadro 5 apresenta a opinião sobre a vasectomia.

#### Quadro 5 - Opinião sobre a vasectomia

Vasectomia	Recusa por parte dos homens / desinteresse / associação com a impotência masculina / contra os princípios religiosos / difícil acesso.
------------	--

Observa-se que ainda existe preconceito por parte dos homens em relação à vasectomia. 71,5% das mulheres relataram que seus respectivos companheiros jamais se submeteriam a tal procedimento. Acrescentam que eles não têm nem mesmo interesse em saber do que se trata, quais as vantagens e desvantagens, associando a cirurgia a uma das causas da impotência masculina.

*“Eu acho uma boa ele também, mas não se interessa em obter maiores conhecimentos”. (Usuária M)*

*“Ele não faz porque é muito egoísta”. (Usuária G)*

*“Eu acho uma coisa boa. Ele acha que vai ficar broxa”. (Usuária E)*

*“O meu marido é daqueles que acha que se fizer não vai ser mais homem”. (Usuária C)*

Um ponto que chama a atenção na fala das mulheres é que consideram seus maridos egoístas por delegarem a responsabilidade pela contracepção a elas, alegando que “isso é coisa de mulher”, o que demonstra que entendem que a prevenção da gravidez diz respeito ao casal.

*“Acho que ele deveria fazer, mas ele acha horrível. Como ele não faz, então faço”. (Usuária J)*

*“Meu marido têm medo, porém eu gostaria muito que ele se ‘sacrificasse’ um pouco por mim; pois para mim seria melhor! Ele fazer vasectomia!” (Usuária F)*

Isso revela que o machismo ainda é muito presente em nossa sociedade e que as relações gênero com base na hierarquia entre homens e mulheres ainda são também muito marcantes. Apesar do avanço no que se refere a esta questão, o “cuidado” com a reprodução ainda é da mulher.

28,5% das mulheres candidatas à laqueadura expuseram que seus maridos fariam a vasectomia. Então cabe a pergunta: por que não fazem? De acordo com suas respostas, os homens recorrem a vários subterfúgios para não realizarem a cirurgia, mas isso, na verdade, é apenas uma forma de camuflar a questão.

*“Na minha opinião eu gostaria que fize-se esta vasectomia, mais ele odeia hospital e não aceitou de jeito nenhum essa idéia”. (Usuária A)*

*“Ótima , porém de difícil acesso”. (Usuária K)*

*“Ele acha uma boa, mais só onde ele trabalha não recebe horas para descontar as horas”. (Usuária L)*

Um elemento mencionado e usado como justificativa para a não realização da vasectomia esta associado à esfera da religião.

*“Ele fala que Deus fez ele homem e ele quer morrer homem (eu acho que ele acha que vai ficar ipotente)...” (Usuária D)*

*“Meu esposo acha que é contra nossos princípios religiosos, e que é contra a natureza que Deus deu e por receios populares”. (Usuária B)*

A religião das mulheres e de seus companheiros não foi abordada nos questionários. Entretanto, é possível traçar algumas hipóteses no que tange a tais justificativas. Em função do discurso, provavelmente esses homens são católicos e seguem a doutrina. No que se refere à esfera da reprodução, a Igreja tem um discurso de que a mulher e o homem são feitos para procriarem; logo, é contra o uso de métodos e, certamente contra a laqueadura e a vasectomia. Ela inclusive não apóia a assistência à saúde reprodutiva e tem influência na política de ajuda financeira para o planejamento familiar.<sup>135</sup>

Se o procedimento da esterilização, tanto masculina quanto a feminina, têm o mesmo efeito (não haverá mais a possibilidade de ter filhos) para ambos, por que o fato da mulher se submeter à laqueadura não seria contra seus princípios religiosos, se ambos seguem a mesma ideologia? As respostas das mulheres indicam que estão desenvolvendo sua própria ética sexual em termos de

<sup>135</sup> KISSILING, 1998 *apud* MORAES, 2006:38

sexualidade e controle da reprodução, pois a mulher/mãe, sinônimo de pureza e virgindade, que renuncia à sexualidade, apesar do ato sexual, passa a buscar autonomia e o exercício de seus direitos. Há, portanto, a dessacralização do sexo, ou seja, a virgem e mãe querem tornar-se mulheres.<sup>136</sup>

Marcou presença nas respostas, mesmo que de maneira subentendida, que as mulheres têm conhecimento sobre a vasectomia, seus efeitos e recuperação.

*“Ele acha que vai ficar broxa. É mais rápido e faz no mesmo dia, mas ele na aceita de jeito nenhum. Eu acho que é mais fácil ele fazer do que eu”. (Usuária I)*

*“Eu gostaria muito pois a recuperação é mais rápida mas meu marido é igüinorante e não aceita a idéia”. (Usuária C)*

É importante lembrar que se os homens participassem juntamente com suas esposas ou independente delas do trabalho educativo em planejamento familiar, certamente teriam acesso às informações pertinentes à vasectomia e aos mitos que construíram em torno dela.

No período em que foi realizada a pesquisa, de agosto a outubro de 2006, foram concluídos seis grupos de planejamento familiar. De um total de 74 participantes, incluindo homens e mulheres, somente houve a participação de 11 homens, em muitos casos porque foram acompanhar as esposas até a unidade. Dentre estes, 3 optaram pela vasectomia e apenas 2 concluíram o trabalho educativo (um para realizar a vasectomia e outro apenas participou junto com a esposa). Os que não concluíram, em geral, participaram do primeiro encontro e não retornaram.

Esses dados apenas reforçam o que já foi discutido. A presença predominantemente feminina nestes espaços mostra que a mulher ainda é vista na sociedade como a responsável pela reprodução, muito embora a expressão “planejamento familiar” diga respeito ao casal e não apenas ao homem ou a mulher somente.

O quadro 6 mostra o grau de escolaridade das mulheres candidatas à laqueadura.

### **Quadro 6 – Escolaridade**

---

<sup>136</sup> ARAGÃO, 1980

ESCOLARIDADE	Nº
Ensino fundamental completo	6
Ensino fundamental incompleto	7
Ensino médio completo	7
Ensino médio incompleto	6
Superior completo	0
Superior incompleto	1
Analfabeta	1
Total	28

Pesquisa realizada pelo IBGE em 2004 aponta que houve um aumento na escolaridade das mulheres com mais de 25 anos. A média de 4,7 anos de estudo nos anos 90 elevou-se para 6,3 em 2003.<sup>137</sup>

Esses dados indicam que houve um acréscimo de, aproximadamente, um ano e meio de estudo da população referida, mas esses números ainda são baixos se comparados aos de outros países.

Na análise dos questionários constatou-se que, em geral, o grau de escolaridade das mulheres não é baixo e é bastante diversificado, e os percentuais são próximos dentro de cada nível. Um fator que chama atenção diz respeito à informação de que apenas uma das mulheres chegou ao ensino superior (embora não o tenha concluído), o que ratifica os dados do IBGE apresentados no primeiro capítulo, apontando a dificuldade de pessoas pobres no acesso ao ensino superior. 21,4% concluíram o ensino fundamental e 25% o ensino médio, mas por outro lado, aumenta a exigência de qualificação profissional pelo mercado e sua inserção no mundo do trabalho, quando acontece, se dá de forma precária e mal remunerada, o que remete também à relação entre pobreza e nível de escolaridade.

O percentual de mulheres que não concluíram o ensino fundamental e médio (25% e 21,4%, respectivamente) pode estar relacionado às causas já citadas do fracasso escolar, cuja principal é por razões sócio-econômicas.

Indubitavelmente, a educação é um elemento que contribui significativamente para o nível de informação da mulher. No que tange ao aspecto da contracepção é fundamental, pois além de favorecer a busca pelo conhecimento dos métodos contraceptivos, possibilita a compreensão de sua forma correta de uso. Dessa forma, contribui para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e propicia a dissociação das esferas da reprodução e sexualidade - prerrogativa contemplada no

<sup>137</sup> Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 12.08.06

PAISM através do planejamento familiar. Através da pesquisa foi possível identificar a relação entre baixa escolaridade e elevado número de filhos, o que ratifica a afirmativa anterior.

A participação nos grupos de planejamento familiar possibilitou a identificação de dificuldades concretas apresentadas por algumas mulheres na decodificação das informações transmitidas e trocadas entre os profissionais e o grupo. Além disso, a própria escrita das mulheres nas respostas dos questionários (o que pode ser verificado na captação de seus discursos) revelou que embora 46,4% tenham chegado ao ensino médio, ainda que não o tenha concluído, apresentam dificuldades no momento da escrita, de expressar suas idéias e até mesmo de interpretação; certamente integram os 75% da população entre 15 e 24 anos que não conseguem efetivar a leitura e a escrita plenamente, conforme dados do IBOPE.

Isso significa que não basta universalizar o acesso à educação e ampliar a inserção de alunos no ensino fundamental, sem que haja a preocupação com a melhoria da qualidade do ensino, pois este é um fator essencial e que influencia no processo de aprendizagem.

Embora apenas uma das mulheres tenha se declarado analfabeta, se enquadra dentro dos 70,4% de pessoas com incapacidade absoluta de ler e escrever, e pobres, de acordo com o IBGE. Isso aponta para o fato de que a educação é essencial para minimizar o problema da desigualdade social, uma vez que as discrepâncias salariais estão muito relacionadas às diferenças educacionais entre os indivíduos. O desrespeito ao direito de acesso à informação reforça a exclusão desses segmentos e contribui para a perpetuação da desigualdade social e da pobreza, pois a educação é um componente essencial para a luta pelos próprios direitos.

O quadro 7 apresenta a participação dos membros da família na renda.

**Quadro 7 – Participação na renda familiar**

Responsável pelo sustento da família	Total
<b>Mulher</b>	<b>2</b>
<b>Homem</b>	<b>17</b>
<b>Casal</b>	<b>9</b>
<b>Filhos</b>	<b>0</b>
<b>Outros</b>	<b>2</b>



A pesquisa apontou que cerca de 60,7% das famílias são sustentadas pelo homem/companheiro, o que revela que em boa parte delas ainda prevalecem traços do modelo de família nuclear burguesa, com homem provedor e mulher responsável pelo cuidado exclusivo com a esfera privada. Nesse sentido, as mais diversas situações de precariedade social recaem sobre elas, “(...) tornando-as responsáveis pelo cuidado dos filhos menores, dos idosos, doentes e deficientes, sobrecarrecando-a ainda mais (...)”.<sup>138</sup>

Em segundo lugar constata-se que 32% das famílias contam com a participação de ambos na esfera pública, e a mulher passa a dividir com o homem as despesas da casa. Apesar das mulheres terem que integrar o mercado de trabalho – o se deve em grande medida à luta travada pelo Movimento Feminista a partir dos anos 60 e, posteriormente, às próprias condições de vida – tal fato não as afastaram das funções tradicionalmente desempenhadas.

A pesquisa revelou ainda que em menor proporção (7%), que existem mulheres chefes de família, uma delas inclusive com filho deficiente. Além das precárias condições de vida a qual estão submetidas, exercem dupla jornada de trabalho, gerando um acúmulo de tarefas sob sua responsabilidade. Não se pode desconsiderar os baixos salários e as precárias condições de trabalho as quais se submetem, sem a proteção da lei. A condição de pobreza “(...) é um fenômeno que está associado a outro também crescente, que é a chamada feminização da pobreza, ou em outros termos mais adequados, o crescimento da pobreza entre as mulheres”.<sup>139</sup>

A análise dos questionários permitiu a constatação de que apesar da renda familiar ser baixa, como veremos a seguir, não há participação dos filhos no sustento da família, talvez porque muitos deles ainda sejam crianças ou adolescentes e o cuidado e preocupação que as mulheres demonstram ter para com os mesmos pode ser um fator que contribua para sua não inserção em atividades informais.<sup>140</sup>

Os resultados indicaram também que, embora em menor percentual (17,8%), existem famílias que mesmo chefiadas pelos homens necessitam estabelecer redes

---

<sup>138</sup> ALENCAR, 2000:63

<sup>139</sup> CARLOTO, 2006:146

<sup>140</sup> Tratam-se de suposições, uma vez que suas causas não são objeto de estudo desta pesquisa.

de solidariedade - por conta da mulher junto a familiares, instituições e grupos religiosos - a fim de garantir a sobrevivência, uma vez que a renda familiar é insuficiente para dar conta da reprodução social.

No caso em estudo, revelou-se que essa “ajuda” financeira familiar é proveniente das próprias mães e fornecida quando possível. Embora essa solidariedade se dê entre familiares, é fruto não apenas de um sentimento, mas de experiência real de necessidade.

*São passos iniciais na direção de uma sociedade alternativa, representando algo com a ‘parte dos fundos’, não organizada na esfera social, cuja parte da frente – a dos esforços mútuos, sistêmicos e bem estabelecidos – é ocupada pela classe dominante.*<sup>141</sup>

Esses dados comprovam que as famílias buscam formas de garantir sua sobrevivência, face à relação cada vez mais distante que o Estado estabelece com as mesmas. Este transfere para a esfera privada problemas de caráter público que requerem sua mediação. Somente em um dos questionários foi mencionada a inserção da família ou de algum de seus membros em programas sociais, o que evidencia seu caráter focalizado e ineficaz, incapaz de dar conta da diversidade de expressões da questão social, além de reiterar a condição (subalterna) dessas famílias, em vez de favorecer seu protagonismo.

É importante lembrar que as condições de vida dessas famílias são conseqüências da inserção precária no mundo do trabalho e da alta concentração de renda existente em nosso país. Apesar de garantir-lhes o atendimento de algumas de suas necessidades, os valores desses “benefícios” são muito baixos e inferiores ao que ganhariam se estivessem trabalhando, o que reforça a situação de exclusão, em vez de contribuir para a autonomia dessas pessoas.

Além disso, a centralidade na família como alvo das políticas públicas reitera a divisão sexual do trabalho, ligada às relações de gênero, uma vez que tem o foco direcionado para a mulher especificamente e reproduz as relações hierárquicas vigentes.

Os quadros 8 e 9 mostram, respectivamente, o tipo de vínculo empregatício do (a) responsável pelo sustento da família e a faixa salarial e o número de famílias vivendo da renda X (em salários).

<sup>141</sup> EVERS, 1984 *apud* FRANSSEN, 2005:18

**Quadro 8 – Tipo de trabalho e faixa salarial**

Tipo de trabalho	Total	Faixa salarial
Autônomo	6	Entre 1 e 2 salários
Trabalho informal	6	Entre 2 e 3 salários
Carteira assinada	15	Entre 1 e 4 ou mais salários
Sem vínculo empregatício	1	Menos de 1 salário

**Quadro 9 – Número de famílias vivendo da renda**

Renda familiar	Nº de famílias vivendo com esta renda
Inferior a 1 salário	1
1 salário	10
Entre 1 e 2 salários	1
2 salários	7
3 salários	4
4 salários	2
5 salários	0
Acima de 6 salários	1
Não conseguem definir	2

É possível observar que embora 53,5% das mulheres e/ou companheiros trabalhem com carteira assinada, a faixa salarial é baixa, haja vista que 67,8% das famílias vivem com até 2 salários mínimos. Seis famílias ganham entre 3 e 4 salários e apenas uma tem rendimento superior a 6 salários. 21% trabalham como autônomos e a renda familiar também é baixa - de 1 a 2 salários mínimos. Para duas dessas famílias, a renda é tão baixa que, muitas vezes, não conseguem defini-la. Há inclusive caso de ganho abaixo do salário mínimo, o que atesta os baixos rendimentos mensais das entrevistadas e de suas famílias.

Considerando que a composição familiar varia entre 2 e 8 membros, uma vez que a maioria das mulheres são casadas ou vivem em união consensual com filhos ou sem cônjuge com filhos <sup>142</sup> – sem incluir parentes e amigos – os dados evidenciam as condições objetivas de vida dessas famílias e as limitações concretas com as quais se deparam, apontando que a renda não é suficiente para suprir as necessidades mais elementares ou, se atende, o faz de maneira precária.

<sup>142</sup> Informações retiradas da entrevista inicial do planejamento familiar, anexo D.

Um dado importante a ser considerado diz respeito ao percentual de pessoas que trabalham sem a proteção da lei - cerca de 46,4% - o que indica uma velhice sem recursos e direitos capazes de lhes garantir uma vida digna. Mesmo os autônomos se enquadram nesta categoria, pois embora não tenham relatado explicitamente, certamente não contribuem para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), uma vez que a renda é baixa (entre 1 e 2 salários) e é destinada a outros fins (alimentação, vestuário, transporte etc.). Assim, esses (as) trabalhadores (as) se vêem à margem de um processo que só considera como cidadãos aqueles que estão inseridos formalmente no mercado, ou seja, que têm carteira assinada e, portanto, somente estes têm a garantia legal de seus direitos enquanto cidadãos.

Cabe ressaltar também que 2 das 4 famílias que têm remuneração de 3 salários, a renda total é proveniente da inserção do casal no mercado de trabalho e as 2 cuja renda é de 4 salários, tem como provedor único o homem. A única família que tem renda acima de 6 salários é provida pelo casal.

Uma particularidade que foi verificada é que as famílias chefiadas por homens também são sustentadas com baixos rendimentos, mas suas causas não constituem objeto de estudo desta pesquisa.

21,4% das pessoas estão emersas na informalidade, o que remete à questão do desemprego estrutural no Brasil, pois o mercado não absorve toda a mão-de-obra disponível. Além disso, esse quadro é agravado pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho, protagonistas do estabelecimento de relações precárias, subproletarizadas e informais. Soma-se a isso a exigência por um tipo específico de trabalhador, polivalente, qualificado e capaz de exercer várias atividades simultaneamente e o problema vira uma verdadeira “bola de neve”, pois muitos (as) não conseguem alcançar elevados níveis de escolaridade pelas próprias condições adversas em que vivem, interrompendo os estudos para buscar alguma atividade (e, geralmente, é informal) a fim de complementar a renda familiar <sup>143</sup>, e todas essas questões influem na decisão de ter ou não mais filhos.

### **4.3 - A instituição em questão: o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães**

---

<sup>143</sup> A família não consegue financiar a qualificação do membro que se insere precocemente no mercado de trabalho.

O Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM)<sup>144</sup> é uma instituição pública, administrada pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, e foi idealizado pelo Dr. Ari de Oliveira Lima, secretário de saúde e assistência do Distrito Federal, no encerramento da Semana Paulista-Carioca de Obstetrícia e Ginecologia, em 1944.

Por sugestão do Dr. Ivan de Oliveira Figueiredo, foi estudado o local para a futura maternidade, sendo escolhida a área onde funcionava o 6º Distrito de puericultura, localizado na esquina das ruas General José Cristino com General Argolo, no bairro de São Cristóvão.

Em 6 de julho de 1955 foi inaugurada a Maternidade de São Cristóvão, que inicialmente funcionava com 54 leitos. A equipe técnica e administrativa era proveniente da extinta Maternidade Henrique Batista. Gradativamente, diversos setores da maternidade, bem como seu quadro funcional foram ampliados. Em 2 de julho de 1958 a maternidade passou a ser chamada Maternidade Fernando Magalhães.

A denominação foi uma homenagem ao Professor Fernando Magalhães, um dos pioneiros na luta pela assistência à saúde da mulher e pela diminuição da mortalidade infantil.

Em 18 de setembro de 1963, a maternidade foi incluída pelo Governador do Estado da Guanabara, Dr. Carlos Lacerda, na Rede Hospitalar da SUSEME, como hospital especializado. O nome foi modificado para Maternidade Estadual Fernando Magalhães. Na época, atendia prematuros nascidos em diversos hospitais gerais, casos de doença hemolítica e os recém nascidos na Maternidade para Tuberculosos do Hospital Estadual Tôrres Homem, devido à publicação de uma ordem de serviço.

Em 1975, com a fusão do Estado da Guanabara ao Estado do Rio de Janeiro, a maternidade passou a chamar-se Maternidade Municipal Fernando Magalhães. Na ocasião, passou por grande escassez de recursos e registrou elevados índices de morbidade neonatal.

Em 1985, foi desativada para a realização da reforma de sua estrutura física. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) elaborou um projeto de reorganização da maternidade, entendendo que deveria oferecer atividades de assistência integral clínico-gineco-obstétrica e educativa à mulher, abordando

---

<sup>144</sup> Rua General José Cristino, nº87. São Cristóvão. CEP: 20921.400  
Telefone e fax: (21) 2580-8343

problemas presentes da infância terceira idade. A partir de então, deixa de voltar-se apenas para a assistência e adquire o perfil de Instituto da Mulher, datando de 7 de janeiro de 1987 sua reinauguração.

No final da década de 90, já com trabalho respaldado nas diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a instituição recebeu da SMS/RJ investimentos em obras de reforma e novos equipamentos, ampliando para 80 o número de leitos obstétricos e para 50 os de berçários intermediários e UTI neonatal. Como foi uma obra de grande porte, a unidade teve que ser fechada temporariamente.

Em 1999, já reaberto, o Instituto amplia sua proposta de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, tornando-se, a partir de então, referência para este tipo de atendimento.

Em 2001, por determinação do Programa da Mulher da SMS/RJ, constituiu-se numa unidade de referência para gestações de alto risco materno-fetal, passando a receber casos de laqueadura tubária por iteratividade advindos de unidades da Área Programática (AP) 1.0 e de outras APs (em caso de alto risco). Nas situações de iteratividade, a usuária deveria apresentar a declaração de pelo menos duas cesarianas e, nas de alto risco, deveria ser encaminhada para a triagem do pré-natal.

Ao considerar que existe um aumento do risco reprodutivo, tanto materno quanto perinatal, devido à reincidência de gestações nas usuárias que atende (o que faz com que voltem a engravidar com a saúde ainda fragilizada), o Instituto atribui ao Planejamento Familiar a função de contribuir para a diminuição do risco reprodutivo, na medida em que fornece, através do trabalho educativo, as condições para que as mulheres possam decidir sobre o número de filhos desejáveis e o momento de tê-los, a partir da apropriação do conhecimento e das informações necessárias para tal.

Cabe ressaltar que o IMMFM atende um número considerável de mulheres vindas de outras localidades do Estado do Rio de Janeiro, da AP 3.1 (área muito populosa e com déficit nos serviços de saúde voltados para este tipo de atendimento), da AP 1.0 (onde está localizada a instituição) e também de outros municípios.<sup>145</sup>

---

<sup>145</sup> FILHA, B.R.S.R.; SILVA, E. M., 2003

A unidade é a única dentre as maternidades da rede municipal de saúde que possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para gestantes, sendo composta por nove andares, que contemplam de forma distribuída: Setor de Emergência, Ambulatório, Serviço de Odontologia, Serviço Social, Farmácia, Laboratório, Banco de Leite, UTI neonatal e materna, Unidade Intermediária (UI), Unidade de Baixo Risco (UBR), Enfermarias de Alojamento Conjunto, Enfermaria para realização do Método Mãe-Canguru, Setor de Ginecologia, Saúde Mental, Centro Cirúrgico, Sala de Parto (Centro Obstétrico), Auditório, Biblioteca, Copa/Cozinha, Lavanderia, Necrotério, Divisão Médica e Cartório. Conta hoje com 182 leitos, dos quais 20 são de UTI neonatal e 8 de UTI materno-fetal.

O IMMFM vem buscando o título de Hospital Amigo da Criança, iniciativa proposta pela UNICEF e Organização mundial de saúde (OMS) na década de 90, visando a promoção e o apoio ao aleitamento materno. Para isso procura seguir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno - documento criado por tais órgãos com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil. Com isso, a unidade busca tornar-se cada vez mais humanizada na sua relação com as usuárias, bem como proteger o recém-nascido.<sup>146</sup>

É importante lembrar ainda que o Instituto foi o pioneiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras até completarem sete anos de idade e vem incorporando em seu atendimento os princípios da humanização.

Atualmente, a instituição presta atendimento terciário à mulher do município do Rio de Janeiro e outros municípios, constituindo-se como unidade de referência para atendimento de patologias ginecológicas complexas e alto risco materno e fetal. É considerada, ainda, como um pólo de referência para vítimas de violência sexual e realização do aborto legal.

#### **4.4 - O Serviço Social no IMMFM: limites e possibilidades de intervenção**

A população atendida no IMMFM apresenta diversas e complexificadas demandas/necessidades, provenientes do período gravídico-puerperal e do contexto

---

<sup>146</sup> Idem.

socioeconômico e cultural no qual está inserida, os quais têm implicações diretas na qualidade de suas vidas.

Partindo da perspectiva do trabalho interdisciplinar e da integralidade das ações, o Serviço Social integra a equipe da unidade e entende a necessidade de elaboração de projetos de intervenção profissional que levem em consideração os diferentes aspectos sociais apresentados pela população usuária, bem como o atendimento prestado à mesma, sempre respaldado pelos direitos sociais e de cidadania.

Na unidade, o Serviço Social pauta seus atendimentos a partir dos seguintes eixos:

- Atenção à saúde da mulher gestante: pré-natal e enfermaria;
- Atenção ao recém-nato de risco: ambulatório, unidade neonatal, Método Mãe-Canguru, Sala de Mães e SINACRIS
- Atenção às mulheres no puerpério, pós aborto e ginecologia – internação;
- Planejamento Familiar;
- Plantão – UTI materna fetal, Emergência e Centro Obstétrico;
- Supervisão de estagiários e atividades científicas.
- Valorização da Paternidade;
- Atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica;
- Identificação e prevenção da violência no recém-nato;
- Atenção às mulheres que convivem com o HIV/AIDS;
- Captação de doadores de sangue.

A proposta de trabalho do Serviço Social no IMMFM está ancorada nas prerrogativas do PAISM, o qual, além de visar o enfrentamento dessas questões, amplia a atenção para além do ciclo gravídico-puerperal, o que significa o reconhecimento da mulher em sua totalidade, com diferentes demandas que ultrapassam o atendimento biomédico.

Embora haja um compromisso profissional com a garantia da viabilização do direito à saúde, enquanto direito universal, e dos direitos sexuais e reprodutivos das usuárias, as assistentes sociais deparam-se rotineiramente com limites concretos - financiamento, estrutura, retração do Estado, aumento da pauperização da população, paralela à escassez dos recursos e serviços prestados etc. - que impedem uma intervenção mais efetiva frente às demandas apresentadas.



O Serviço Social - enquanto profissional que participa da criação e prestação de serviços que atendam às necessidades sociais, inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho <sup>147</sup>, e que além de executor de políticas sociais é também criador – se vê diante de uma realidade em que tem que utilizar o critério da seletividade nos atendimentos, priorizando o mais pobre dentre os mais pobres no que se refere à inserção em programas e políticas sociais, o que impede o acesso aos direitos, haja vista que sua prática é condicionada pelas relações entre classes.

*Temos, por um lado, o crescimento da pressão na demanda por serviços, cada vez maior, por parte da população usuária mediante o aumento de sua pauperização. Esta se choca com a já crônica – e agora agravada – falta de verbas e recursos das instituições prestadoras de serviços sociais públicos, expressão da redução de gastos sociais recomendada pela política econômica governamental, que erige o mercado como a “mão invisível” que guia a economia.* <sup>148</sup>

É fato que o cotidiano profissional parte da precariedade dos serviços públicos, mas não se pode cair numa visão fatalista da sociedade, porque isso leva a uma acomodação e a uma visão desestoricizada e imutável dos fatos e processos sociais. Ao contrário, é preciso que os profissionais se apropriem das possibilidades de intervenção, que não estão postas claramente, mas precisam ser desvendadas, a fim de transformá-las em propostas/projetos de trabalho (com o cuidado para não cair numa visão heróica e, muito menos, romântica da profissão). <sup>149</sup>

Partindo desta premissa, faz-se mister que o assistente social busque apreender de que maneira os processos macrossociais interferem na elaboração e implementação das políticas públicas e, conseqüentemente, nas condições de vida da população com a qual trabalha. A interlocução entre teoria e prática é fundamental para acompanhar o desenvolvimento das mudanças na contemporaneidade, sendo a pesquisa um dos instrumentos para tal.

O atual quadro de assistentes sociais da unidade é formado por cinco profissionais, dentre elas uma chefe, além de uma acadêmica-bolsista e uma estagiária. Como em qualquer instituição, seu trabalho se defronta com conflitos e interesses divergentes.

---

<sup>147</sup> IAMAMOTO, 2005

<sup>148</sup> Idem, p.160

<sup>149</sup> IAMAMOTO, 2006

*(...) o exercício da profissão é (...) uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional.* <sup>150</sup>

A prática profissional das assistentes sociais no IMMFM está respaldada no Projeto Ético Político (expresso no Código de Ética) e na Lei de Regulamentação da profissão. O referido projeto vincula-se a valores e princípios humanos, mas é atravessado pela lógica mercadológica e individualista.

*A consolidação do projeto ético-político profissional que vem sendo construído requer remar contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade.* <sup>151</sup>

As profissionais de Serviço Social traçam ações com a finalidade de garantir tanto o exercício das atribuições que lhes dizem respeito, quanto os direitos da população usuária, respaldadas pelos princípios éticos da profissão.

A demanda por laqueadura tubária é cotidianamente posta às assistentes sociais, e cabe a elas viabilizar o acesso a este direito. No entanto, a intervenção deve passar pela compreensão dos processos macrossociais que interferem na escolha pela esterilização, bem como, de acordo com o art. 5º do Código de Ética profissional, “*garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários*”. <sup>152</sup>

Outra possibilidade de intervenção frente à questão é a discussão junto aos demais profissionais de saúde e dos membros da direção da unidade, a fim de propiciar uma reflexão dos e entre os profissionais sobre a realização de esterilizações femininas pelo simples “desejo das usuárias”, sem que tenham participado de trabalho educativo.

O exercício da autonomia sobre o próprio corpo só pode ser efetivado e a escolha pela laqueadura entendida como opção, a partir do momento em que as usuárias têm acesso à informação e às possibilidades de escolha. Assim, é possível

---

<sup>150</sup> Idem, p.21

<sup>151</sup> Idem, p.141

<sup>152</sup> CRESS, 1993

garantir que os direitos sexuais e reprodutivos sejam exercidos enquanto direitos humanos e, como tal, de cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição de pobreza afeta a vida de milhões de brasileiros, devido à alta concentração de renda existente no país, o que aumenta o nível de desigualdade social. Esse quadro tem sido agravado, nas últimas décadas, pelas transformações ocorridas no mundo do trabalho, gerando uma inserção precarizada nas novas relações de trabalho, bem como a ampliação do desemprego estrutural, pois há uma exigência por trabalhadores qualificados e polivalentes, mas muitos não conseguem avançar nos estudos, devido às próprias condições sócio-econômicas em que vivem, além de um abandono estrutural com a educação dos mais pauperizados.

Tais mudanças impulsionaram a mulher para o mercado de trabalho, pois diante dos baixos salários – insuficientes para dar conta sequer da sobrevivência física de seus membros, além de moradia, transporte, vestuário etc. – tiveram que dividir as despesas com os provedores da casa.

Não se pode desconsiderar a presença de novos arranjos familiares, com destaque para o crescimento de famílias chefiadas por mulheres. Entretanto, é preciso lembrar que a inserção de mulheres pobres no mercado de trabalho se dá através do desempenho de atividades desvalorizadas socialmente e precarizadas do ponto de vista das relações de trabalho, mal remuneradas se comparadas às mesmas atividades realizadas por homens, embora haja maior exigência por altos índices de escolaridade das mulheres.

Isso revela que as relações de gênero, historicamente construídas e consolidadas em nossa sociedade, ainda são muito marcantes e, independente do modelo de família, as mulheres não se desresponsabilizaram das funções socialmente atribuídas a elas, tais como o cuidado com a casa e os filhos.

O Movimento Feminista contribuiu para a introdução do debate na sociedade sobre o acesso à saúde e equidade de gênero, o que culminou com a criação do PAISM em 1984, ancorado nas prerrogativas do SUS. Este programa constituiu-se numa proposta inovadora no âmbito da assistência integral à saúde da mulher.

O PAISM preconiza a criação de um conjunto de ações educativas e preventivas, dentre as quais se destacam os grupos de planejamento familiar, cuja finalidade é oferecer o acesso aos meios de contracepção e cuidado com a saúde,

pautado na perspectiva da saúde como um direito e na autonomia de mulheres e homens no tocante à definição do número de filhos e o momento de tê-los.

Por outro lado, nota-se que é cada vez mais crescente o desejo de mulheres em idade reprodutiva pela laqueadura tubária, em detrimento dos métodos reversíveis. A pesquisa no IMMFM revelou que das 64 mulheres participantes dos grupos de planejamento familiar, 45 optaram pela esterilização, o que representa um número bastante elevado, pois apenas 10 delas tinham indicação médica para a realização do procedimento referido.

Verificou-se que além dos problemas concretos do SUS no que se refere à distribuição de métodos contraceptivos - pois nem sempre estão disponíveis nos postos de saúde - e a própria realização dos grupos de planejamento familiar (que não são oferecidos em todas as unidades de atenção primária à saúde), há uma questão latente que diz respeito ao descrédito na capacidade de auto-regulação da fecundidade com a utilização de métodos contraceptivos, pois as mulheres não se vêem como sujeitos capazes para tal. Além disso, é fato que a participação dos homens nesse processo é praticamente inexistente, sendo a responsabilidade pela contracepção delegada às mulheres.

É importante lembrar também que ainda existem profissionais que influenciam na escolha dos métodos a serem utilizados pelas mulheres e, inclusive deixam transparecer sua preferência pela laqueadura, em função da idade ou número de filhos das usuárias. A cultura de que o pobre é um ser diferente e subalterno, irresponsável por colocar filhos no mundo sem ter condições econômicas para educá-los ainda é muito marcante em nossa sociedade. Nesse sentido, vêem como alternativa esterilizar as mulheres para impedi-las de aumentar a prole. Por esse motivo, é fundamental que haja um processo de reflexão junto aos profissionais de saúde para que possam repensar suas relações com as usuárias do serviço.

A opção pela laqueadura e, conseqüentemente, por não ter mais filhos é influenciada/determinada pelos elementos acima mencionados, perpassada por uma série de contradições sociais que incidem em suas vidas – pobreza, inserção precarizada no mundo do trabalho, relações de gênero, grau de escolaridade (que interfere na assimilação do uso correto dos métodos e no conhecimento das informações sobre o controle da fecundidade), ausência de apoio estatal, mudanças nos padrões familiares e moradia em locais marcados pela violência.

Constatou-se que as razões mais fortes para desejarem não ter mais filhos referem-se às condições sócio-econômicas em que vivem e ao próprio exercício do papel de mãe - cristalizado nas relações de gênero - o qual tem um peso muito grande na sociedade, a ponto de se sentirem sobrecarregadas e obrigadas a abrir mão de seus objetivos de vida, afinal a responsabilidade pela esfera privada recai sobre elas.

Ao término deste trabalho, espera-se que tenha contribuído para uma compreensão dos motivos que têm levado um número cada vez maior de mulheres a optarem pela laqueadura tubária no IMMFM, em detrimento dos métodos contraceptivos, e pretende-se que suscite novas reflexões e questionamentos com o objetivo não de questionar este direito, mas de contribuir para o exercício de uma prática profissional capaz de compreender os processos macrossociais que interferem na vida dessas mulheres e valorize e estimule a autonomia sobre sua capacidade de exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direitos humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Livros e outras publicações

ALENCAR, M. M. T. de. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (orgs). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

ANTUNES, R. As metamorfoses no mundo do trabalho. In: **Adeus ao trabalho**. São Paulo: Cortez, 1985.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 27 ed. atual. e amp. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil na década de 90: projetos em disputas. **Superando Desafios**. Caderno de Serviço Social do HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, ano III, n. 4, p.29-34.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de Seguridade Social: saúde. **Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 3 – Política Social. CFESS – ABEPSS. CEAD/NED – UNB, p. 103-115, 2000.

BELFIORE- WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; Yasbek, M.C. (orgs.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. Ver. São Paulo: EDUC, 2004.

COMBES, D., HAICAULT, M. Produção e Reprodução. Relações sociais de sexos e de classes. In: KARTCHEVSKY, A. et al. **O sexo do trabalho**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p.23-43.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS/RJ). Assistente Social: ética e direitos. **Coletânea de Leis e Resoluções**. Rio de Janeiro, maio 2000.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 319-336, 1999.

DALE, R. O marketing do mercado educacional e a polarização da educação. In: GENTILI, P. (org). **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. Petrópolis, Vozes, 1997.

FALCÃO, M.C. A seguridade na travessia do Estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, A.; FALCÃO, M. C.; TEIXEIRA, S.M.F. **Os direitos dos desassistidos sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FILHA, B.R.S.R.; SILVA, E. M. **Assistência ao pré-natal e parto**: representações sobre a humanização no IMMFM. TCC. ESS/UFRJ. 2003.

FLEURY, S. Tipos ideais e modelos idealizados. In: **Estado sem Cidadãos**. Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FRANSSEN, R.L. **Família trabalhadora e sobrevivência**: reflexões sobre o Projeto Fundo Carioca. TCC. ESS/UFRJ. 2005.

FREITAS, H.H. **Avaliação dos grupos educativos de contracepção no Município do Rio de Janeiro**. TCC. ESS/UFRJ. 2003.

GARCIA, J. **O negócio do social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GENTILI, P. (org). **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. Petrópolis, Vozes, 1997.

GIFFIN, K. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 190-200, abr/jun, 1991.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LCT. Cap. 1, 1998.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001.

GOLDWASSER, M.J. "Cria fama e deita-te na cama: Um estudo de Estigmatização numa instituição total. In: VELHO, G. (org.) **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

GREMAUD, A.; VASCONCELOS, M.; JUNIOR, R.T. **Economia Brasileira Contemporânea**. 4. ed. Atlas, 2002.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2001.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. **Cadernos CEPIA**, 2002. p. 73-92.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

JOVCHELOVITCH, M. N.; WERTHEIN, J. (orgs). **Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social**. Brasília. UNESCO, 2004.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.



MIOTO, R.C.T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M.C. (orgs). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

MORAES, R. S. de. **Estudo sobre as percepções das mulheres acerca do acesso ao tratamento de reprodução humana assistida no contexto do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IG-UFRJ)**. TCC. ESS/UFRJ. 2006.

MOTTA, M. A. P. **Mães abandonadas**: a entrega de um filho em adoção. São Paulo: Cortez, p. 52-76, 2001.

NASCIMENTO, E.X. **Presença/Ausência do Serviço Social nas instituições de 1º segmento do ensino fundamental no município do Rio de Janeiro**: análise e perspectivas. TCC. ESS/UFRJ. 2004.

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 51-66.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde e Democracia**: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p.11-24, 1997.

PEREIRA, P.A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M.C. (orgs). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

PITANGUY, J.; GARBAYO, L.S. Relatório do Seminário A implementação do Aborto Legal no serviço Público de Saúde. **CEPIA**. Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. Rio de Janeiro, 1995, p.27-31.

RIFKIN, J. **O fim dos empregos**: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho. Tradução Ruth Gabriela Bahr. São Paulo: Makron Books, 1995. p. 209-215.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**: afinal do que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SEABRA, R.C. **A implementação da Política Nacional de Humanização**: o “acolhimento” como mecanismo de exclusão do usuário em uma unidade de saúde municipal. TCC. ESS/UFRJ. 2005.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica Buenner e Suddarth**. 9. ed. vol.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 1157-1158.

SPOSATI, A. A assistência social e a trivialização dos padrões de reprodução social. In: SPOSATI, A.; FALCÃO, M.C.; TEIXEIRA, S.M.F. **Os direitos dos desassistidos sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SPOSATI, A.O. et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TEIXEIRA, F.J.S. O neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, F.J.S.; OLIVEIRA, M.O. (orgs). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. São Paulo, Cortez, 1998.

VELHO, G. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: VELHO, G. (org.) **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. Violência Intrafamiliar: Orientações Para a Prática em Serviço. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.8, série A – Normas Técnicas N. 131. 2002.

YASBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. 4. ed. São Paulo. Cortez. 2003.

ZUCCO, L.P.; CAVALCANTI, L.F.; ARAUJO, M.M.V. Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. IN: SILVA et al. **Aspectos constitutivos da criança e do adolescente no contexto brasileiro**. Curso à distância de qualificação profissional de educadores sociais na área da infância e da juventude. Módulo IV. Rio de Janeiro: Centro Articulador de Formação do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

### **Revistas, jornais e artigos**

ARAGÃO, L.T. A dessacralização do sexo e o sacrifício de mulheres. **Religião e Sociedade**. Rio de Janeiro, Tempo e Presença, n.6. 1980.

ARAUJO, M.J.O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: antigas necessidades e novas perspectivas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**. 2005. p. 28-30.

CARLOTO, C.M. Gênero, políticas públicas e centralidade na família. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXVIII, n.86, p.139-155, julho. 2006.

GUEIROS, D.A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n.71, p.102-121, set. 2002.

IAMAMOTO, M.V. Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social. **Revista Ser Social**, UNB, n.6, jan/jun. 2000.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (orgs). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.7-18, 1996.

LOURO, G.L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (orgs). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.7-18, 1996.

MENDES, M.A. et al. Contracepção cirúrgica feminina: da sorte grande ao arrependimento. **Nursing**, Barueri, v.78, n.7, p. 34-39, nov. 2004.

MORGADO, R. Família (s) e relações de gênero. **Praia Vermelha: estudos de política e teoria social**, UFRJ, n. 5, 2001.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde Integral para as Mulheres: ontem, hoje e perspectivas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, 2005. p. 6-9.

OLIVEIRA, I.R. (org.). Cidadania e direitos humanos. **Revista Semestral Temática de Ciências Sociais e Educação**. Ano V, n.8, p. 60-66, 2º sem. 2000.

PIMENTEL, S. Perspectivas jurídicas da família: o Novo Código Civil e a violência familiar. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 71, p.26-44, set. 2002.

ROLNIK, S. Guerra dos gêneros e guerra aos gêneros. **Revista Estudos Feministas**, v.4, n.1, p.118-123, 1995.

SALES, M.A. Famílias no Brasil e no Rio de Janeiro: alguns indicadores e indicativos para a formulação de políticas sociais. **Em pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social**, Rio de Janeiro, FSS/UERJ, n. 11, p.173-202, 1997.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise. **Revista Educação e Realidade**: Porto Alegre, p. 5-22, jul/dez. 1980.

VASCONCELOS, A.M. et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. IN: BRAVO, M.I.S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2.ed. São Paulo: Cortez. UERJ, 2006.

## Leis

Brasil. Lei Orgânica da Saúde. In: **Coletânea de Leis e Resoluções**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª região, 2000, p.164-195.

Lei do planejamento familiar 9.263 de 1996.

## Hemerografia

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Arquivo capturado em 05/05/2006.

PEREIRA, L.D. Os direitos de cidadania na LOAS, a PNAS e o SUAS: limites e desafios. Caderno Especial n. 21. Edição 26.08.05. Disponível em <<http://www.assistetesocial.com.br>>. Acesso em 03 out. 2006.

LOIOLA, M. Planejamento familiar ou controle de natalidade? Disponível em <<http://www.lainsignia.org>>. Acesso em 06 jun. 2006.

GUERRIERO, I.C.Z. Gênero e vulnerabilidade ao HIV: um estudo com homens na cidade de São Paulo. Mestrado em Psicologia Clínica. 2001. Disponível em <<http://bussp.ciet.fiocruz.br/lildibi>>. Acesso em 06 nov. 2006.

<<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em 03 out. 2006.

<<http://www.benfam.org.br>>. Acesso em 10 maio 2006.

<<http://www.educacional.com.br/noticias>>. Acesso em ago. 2006-11-2006.

<<http://www.ess.ufrj.br>>. Acesso em 18 nov. 2006.

<<http://www.geracaobooks.com/literatura>>. Acesso em 02 out. 2006.

<<http://www.gineco.com.br>>. Acesso em 21 maio 2006.

<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

<<http://www.integracao.fgvsp.br>>. Acesso em 12 ago.2006.

<<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 10 out. 2006-11-20 06

<<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 10 maio 2006.

<<http://www.rio.rj.gov.br>>. Acesso em 13 set. 2006.

<<http://www.unb.br/acs/bcopauta/saudefeminina.htm>>. Acesso em 21 maio 2006.

<<http://www.uniaids.org>>. Acesso em 16 out. 2006.

# ANEXOS

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social

Questionário

1- Idade:

2- Nº de gestações:

3- Nº de abortos (espontâneos e/ou provocados):

4- Nº de filhos vivos:

5- Você usa/já usou algum método contraceptivo?      SIM ( )      NÃO ( )

6- Quem lhe indicou?

---

7- Você foi bem orientada quanto à forma correta de utilizar o método contraceptivo?

SIM ( )      NÃO ( )

8- Qual a sua opinião e a de seu companheiro sobre:

a) Pílula:

---

---

---

b) Camisinha masculina:

---

---

---

c) Camisinha feminina:

---

---

---

d) DIU:

---

---

---

e) Diafragma:

---

---

---

9- Por que escolheu a laqueadura?

---

---

---

10- O que você e seu companheiro acham da vasectomia?

---

---

---

11- Seu companheiro faria a vasectomia? SIM ( )      NÃO ( )

Por que?

---

---

---

12- Você acha que a laqueadura é uma forma de resolver algum problema e se livrar de alguma responsabilidade?    SIM ( )      NÃO ( )

Por quê?

---

---

---

13- Você acha que deixar de ter filhos é uma forma de diminuir a pobreza?

SIM ( )      NÃO ( )      Por que?

---

---

---

---

14- Quem sustenta sua família?

Você ( )    Seu companheiro ( )    Os dois ( )    Filhos ( )

Outros: \_\_\_\_\_

15- Qual o seu nível de escolaridade?

1º grau completo ( )    2º grau completo ( )    3º grau completo ( )

1º grau incompleto ( )    2º grau incompleto ( )    3º grau incompleto ( )

Outros: \_\_\_\_\_

16- Qual o tipo de trabalho?

Carteira assinada ( )    Trabalho Informal ( )    Autônomo ( )

Outros: \_\_\_\_\_

17- Qual a renda familiar?

1 salário ( )    2 salários ( )    3 salários ( )    4 salários ( )    5 salários ( )

6 salários ( )    7 ou mais salários ( )

18- Está inserida em algum programa social do governo?

SIM ( )    NÃO ( )

19- Descreva sua moradia (material, nº de cômodos, como é a rua, como é o acesso):

---

---

---

---



**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**

**ANEXO C – LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**ANEXO D – ENTREVISTA INICIAL REALIZADA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR  
NO IMMFM**

**ANEXO E – ROTINA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO IMMFM**

**ANEXO F – MATERIAL EDUCATIVO DISTRIBUÍDO NOS GRUPOS DE  
PLANEJAMENTO FAMILIAR NO IMMFM**