

**KATIA CIBELLE MACHADO PIROTTA**

***NÃO HÁ GUARDA CHUVA CONTRA O AMOR***  
**estudo do comportamento reprodutivo e de seu**  
**universo simbólico entre jovens universitários da**  
**USP**

Tese de doutorado apresentada  
ao Departamento de Saúde  
Materno-Infantil da Faculdade  
de Saúde Pública da USP, para  
obtenção do Grau de doutora.

Orientadora:  
Profª Associada NÉIA SCHOR

SÃO PAULO  
2002

*O presente estudo foi integralmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), através de bolsa de doutorado, entre os anos de 1998 e 2002. Processo n° 98/10794-2.*

*Esta tese é dedicada aos alunos da USP que, acreditando na possibilidade de criar um mundo melhor, não tiveram o receio de partilhar sua intimidade, suas dúvidas, suas angústias e também os seus desejos, suas emoções e suas alegrias conosco. Também dedico esta tese aos professores da USP que compreenderam os objetivos deste estudo e, ao ceder espaço em suas aulas para a concretização da pesquisa, inauguraram nosso relacionamento com os alunos.*

## *Agradecimentos*

Muitas foram as circunstâncias que conspiraram favoravelmente para o desenvolvimento deste trabalho e para a minha trajetória no Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. Nesse momento em que encerro este doutorado, inúmeros agradecimentos são devidos:

À **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Néia Schor**, que orientou meus estudos na área de saúde coletiva, desde o ano de 1995, sucessivamente como bolsista de aperfeiçoamento científico e como aluna de mestrado e de doutorado. Minha gratidão pelo seu incentivo para que eu me dedicasse à pós-graduação e pelo entusiasmo que marcou todo o nosso relacionamento. Agradeço, ainda, pela sua amizade e pelo afeto com o qual sempre nutriu este trabalho e nossa relação pessoal. Durante o período em que estive sob sua orientação, muitas foram as mudanças em todos os âmbitos da minha vida, mas certamente a oportunidade de conviver com Néia ensinou-me a acreditar mais em mim mesma e no meu potencial, como mulher, para atuar em todos os campos da vida.

À **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Augusta Thereza de Alvarenga** que tem sido, no decorrer de todos esses anos, uma importante interlocutora do meu trabalho. Nosso contato deu-se, principalmente, nos cursos de pós-graduação que ministra e através de sua participação nas bancas examinadoras a que me submeti, oferecendo-me sempre uma leitura crítica de meu trabalho e o privilégio de contar com um espaço aberto para a discussão acadêmica. O prazer do debate científico aberto, livre, submetido apenas às exigências do método serão sempre uma marca desses momentos. A amizade e o incentivo que a Prof<sup>a</sup> Augusta gentilmente me dirigiu estarão sempre presentes no meu trabalho.

À **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Graciela Gonzales Peres de Morell** participou de minha trajetória desde a primeira banca examinadora que enfrentei na pós-graduação e a partir de então acompanhou todos os demais “*ritos de passagem*” que a pós-graduação exige. A Prof<sup>a</sup> Graciela dividiu comigo sua competência na área dos estudos demográficos sobre a fecundidade, apontando pacientemente as imprecisões conceituais e numéricas na minha aproximação com a demografia, discutindo as orientações teóricas dos diversos estudos e os principais conceitos dessa área. Seu apoio e sua amizade em muito contribuíram para que eu incorporasse o diálogo com a demografia em meu trabalho e em minha formação.

Ao **Prof. Dr. Aluísio A. C. Segurado**, que foi a primeira pessoa a incentivar minha aproximação com o campo da saúde coletiva, sugerindo o tema do comportamento dos jovens em relação ao uso *condom*, numa época em que eu ainda era aluna das Ciências Sociais e não poderia sequer imaginar que esse seria o meu caminho na pós-graduação. Anos depois, ao reencontrarmos num congresso, pude constatar que o seu interesse pelo objeto e pelo trabalho continuava vivo e tive o prazer de contar com sua preciosa contribuição para o desenvolvimento dos temas aqui tratados.

À **Profª Drª Márcia Thereza Couto Falcão**, pela leitura minuciosa da tese, pela presteza em apresentar sugestões e disponibilizar material bibliográfico para consulta e pelas tardes que dedicou à discussão desse trabalho. Nosso encontro foi marcado pela grata surpresa de reconhecermos muitos pontos em comum entre nós e compartilharmos dos mesmos anseios e expectativas.

À **Profª Drª Maria Isabel Baltar da Rocha** pela sua gentileza e simpatia em aceitar o convite para participar desta banca e pelo incentivo que sempre dirigiu ao meu trabalho. Sua atuação como pesquisadora e como ativista na defesa dos direitos da mulher e dos direitos reprodutivos são uma importante referência na minha trajetória pessoal e acadêmica.

Ao **Prof. Dr. Ivan França Junior** pela sua disposição em dividir seus conhecimentos e suas reflexões, contribuindo para o desenvolvimento desta tese, e também por compartilhar interesses comuns em relação à saúde reprodutiva e aos direitos reprodutivos. Agradeço ainda o seu constante incentivo e amizade.

**Aos professores e professoras do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP** com quem, em momentos diferentes, tive a oportunidade de trabalhar e que contribuíram para a minha formação acadêmica. Um agradecimento carinhoso à memória da **Profª Drª Keiko Ogura Buralli**, que sempre estará presente no nosso coração, e aos **Professores Doutores Cornélio Pedroso Rosenburg, Fumika Peres e Paulo Rogério Gallo** que estiveram mais próximos a mim nos últimos tempos.

Ao **Wilson Ricardo B. Pirotta**, com quem partilho meus projetos de vida e cujo apoio, incentivo e cumplicidade foram, muitas vezes, o principal combustível para prosseguir e superar as dificuldades inerentes ao trabalho acadêmico e à pesquisa científica. Agradeço ao seu entusiasmo com o meu trabalho, ao seu constante interesse em compartilhar das minhas descobertas e indagações e ao diálogo sempre renovado.

**Vera Lúcia Machado, Nelma de Fátima Firmiano, Flávia Muramatsu e Yuri Takao Sato** formaram uma equipe de campo a toda prova. **Yuri** e **Flávia**, estudantes de nutrição, estavam iniciando sua formação acadêmica e tiveram sua primeira experiência em pesquisa científica aplicando os questionários nas turmas sorteadas. **Nelma** acrescentou a esse projeto sua formação como jornalista, psicodramatista e eutonista, realizando as entrevistas gravadas em áudio. Sua refinada sensibilidade e sua grande intuição são testemunhadas através da ótima qualidade do material registrado. **Vera**, cientista social, com sua grande experiência na realização de trabalhos de campo na área da saúde coletiva, desembarçou as tramas que envolvem a realização de um campo, fazendo contatos, administrando agendas e supervisionando as tarefas a fim de que tudo corresse bem. Sua dedicação a todas as etapas dos trabalhos de campo foram fundamentais para o andamento deste projeto. Na pessoa de Vera, agradeço também à equipe de transcrição, por ela coordenada. Além de poder contar com a colaboração profissional dessa equipe feminina dedicada e competente, ainda sei que contei com uma torcida sincera e estimulante dessas mulheres maravilhosas que continuam próximas a mim.

Aos colegas da pós-graduação, pela sua amizade e companheirismo no decorrer de todos esses anos: **Kimy O. Stasevskas, Patrícia Montanari, Ideraldo L. Beltrame, Ana Paula França, Maria Tereza Cera Sanches, Patrícia E. Braga, Maria Adelina da Cunha**. Juntos dividimos as alegrias e as preocupações que marcam nossa atividade comum, mas também construímos uma relação baseada na solidariedade e na compreensão que extrapola, em muito, os limites de uma relação de trabalho. E, também, às bolsistas de iniciação científica que trazem o “*frescor dos começos*” para nosso grupo de pesquisa: **Juli, Yuri, Carla, Juliana...**

Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil e da Faculdade de Saúde Pública, especialmente à **Iara, Leandro, Elba, Maria Takishita, Meire, Ivany, Márcia e Renilda** que tornam nossa vida acadêmica mais fácil com sua assessoria nos assuntos administrativos e ainda nos brindam com sua amizade.

À **Mel, Maria Elisa Lippe César de Oliveira**, pela assessoria na língua inglesa, sempre acompanhada pelo seu interesse em debater os assuntos ligados à pesquisa científica na área da saúde coletiva.

À **Jandyra Machado**, minha mãe, e à memória de **Godofredo Machado e Josephina P. Machado**, meus avós, que sempre acreditaram e valorizaram a busca de aperfeiçoamento intelectual e o trabalho científico.

Aos amigos e amigas que fazem desta vida uma aventura mais saborosa: **Eduardo, Elaine, Amir, Dani, Gabriela, Célia, Érica, Pérsio, Fernando, Marly, Pedrinho, Adelita, Sandra, Augusto e todo o pessoal do coral, José Antônio e Jacira e todo o pessoal das aulas de yoga...** Tantos nomes que ecoam alegremente na minha vida e que, certamente, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho com seu apoio e com sua paciência nos momentos mais atribulados.

Às vésperas do início do campo, pesquisar uma estrutura universitária do tamanho e da complexidade da USP pareceu-me um desafio grande demais. Como conseguiria contatar os alunos? Eles iriam receber bem a pesquisa? E os professores iriam acolhe-la, consentindo com a presença dos pesquisadores no espaço-tempo de suas aulas? Ainda mais, como conseguiria dados sobre todos os cursos de graduação que teriam lugar no segundo semestre de 1999, nos diversos *campi* da Cidade de São Paulo, para fazer o sorteio de uma amostra? Se tudo desse certo, seria possível concluir toda a primeira etapa antes do final do semestre letivo, quando todas as turmas iriam se dispersar? Na ocasião, essas eram as principais perguntas que me angustiavam! Foi com enorme satisfação que recebi o apoio tanto dos professores quanto dos alunos para concretizar o presente estudo. As falas dos alunos trouxeram sugestões e críticas que aprimoraram o trabalho e, sobretudo, encorajaram-me a levar o projeto adiante da melhor maneira possível.

Aos alunos que participaram dessa pesquisa e aos professores que permitiram sua realização, o meu mais caloroso agradecimento e o desejo de ter, minimamente, conseguido trazer suas questões para o debate científico sobre saúde reprodutiva e gênero.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) que financiou a realização do presente estudo, através de bolsa de doutorado, durante todo o período de sua duração.

A frase que deu título a esta tese pertence à música *Nem 5 minutos guardados* de Sérgio Britto e Marcelo Fromer, do grupo *Titãs*.

## NEM 5 MINUTOS GUARDADOS

Sérgio Britto e Marcelo Fromer

Teus olhos querem me levar  
Eu só quero que você me leve  
Eu ouço as estrelas conspirando contra mim  
Eu sei que as plantas me vigiam do jardim  
As luzes querem me ofuscar  
Eu só quero que essa luz me cegue  
Nem cinco minutos guardados dentro de cada cigarro  
Não há pára-brisa para limpar, nem vidros no teu carro  
O meu corpo não quer descansar  
Não há guarda chuva contra o amor  
O teu perfume quer me envenenar  
Minha mente gira como um ventilador  
A chama do teu isqueiro quer incendiar a cidade  
Teus pés vão girando igual aos da porta estandarte

Tanto faz qual é a cor da sua blusa  
Tanto faz a roupa que você usa  
Faça calor ou faça frio  
É sempre carnaval no Brasil

Eu estou no meio da rua  
Você está no meio de tudo  
O teu relógio quer acelerar  
Quer apressar os meus passos  
Não há pára-raio contra o que vem de baixo

Tanto faz qual é a cor da sua blusa  
Tanto faz a roupa que você usa  
Faça calor ou faça frio  
É sempre carnaval no Brasil

## **RESUMO**

O presente estudo teve por objetivo investigar as práticas e as representações ligadas à vida reprodutiva entre jovens universitários da Universidade de São Paulo (USP), especialmente aquelas dirigidas à contracepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no âmbito das relações heterossexuais.

A pesquisa foi dividida em duas fases. Na primeira, foi elaborada uma amostra representativa dos estudantes matriculados em cursos de graduação da USP, na Cidade de São Paulo, no ano de 2000, e foram entrevistados 952 alunos e alunas com idade entre 17 e 24 anos. Na segunda, foram gravadas entrevistas em profundidade com 33 estudantes que se ofereceram voluntariamente para continuar participando da pesquisa.

O uso do *condom* é freqüente entre os estudantes universitários, principalmente na primeira relação sexual. No entanto, o uso desse método apresenta descontinuidades. Além da primeira relação sexual, o *condom* é usado especialmente nas relações casuais e no início dos relacionamentos sexuais com um parceiro ou uma parceira novos. Os jovens negligenciam o *condom* no contexto do namoro, tendendo a substituí-lo pela pílula. A contracepção é cercada por descuidos, erros e esquecimentos e os estudantes mencionam que utilizam métodos de baixa eficácia, como o coito interrompido e a abstinência periódica para regular a fecundidade.

Os estudantes manifestam um forte desejo de adiar a fecundidade, mas o uso inadequado de métodos contraceptivos e o recurso aos métodos de baixa eficácia podem levar a uma gestação não planejada. 77% do total de entrevistados afirmou que gostaria de ter até dois filhos e a idade ideal para ter o primeiro filho seria próxima aos 30 anos. Somente 4% dos entrevistados e entrevistadas referiram ter passado por uma gestação. Apesar do pequeno número de gestações referidas, o aborto provocado foi a forma de finalização de uma alta proporção dessas gestações.

Os resultados da pesquisa indicam que uma complexa rede de representações simbólicas subsidia as condutas diante da contracepção e da saúde reprodutiva. Essas representações constróem o sentido da sexualidade, classificando-a, definindo regras e obrigações segundo cada situação e orientando práticas.

Questões de gênero pontuam os discursos sobre os temas tratados. As diferentes concepções sobre o “*ficar*” e o namorar, a opção pelo método contraceptivo, as representações sobre as responsabilidades do homem e da mulher frente à contracepção e, especialmente, os discursos sobre o aborto revelam a importância que os diferenciais de gênero assumem perante a construção do sentido da sexualidade e da vida reprodutiva. Questões de gênero também marcam a busca de orientação médica, no âmbito da saúde reprodutiva. A consulta médica é restrita ao grupo das mulheres e o método mais indicado é a pílula, embora trate-se de jovens mulheres solteiras que estão iniciando a sua vida sexual. Observa-se, por sua vez, que os homens jovens estão totalmente alijados do sistema de saúde, ainda que se trate de um grupo com alta escolaridade que recorre à medicina privada.



O estudo indica que os diferenciais de gênero estão presentes desde o processo de rotulações e significações que dão sentido a vivência da sexualidade e da regulação da fecundidade até o âmbito das políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva dos jovens, revelando uma importante lacuna nos serviços de saúde que necessita ser contemplada por políticas públicas capazes de promover a equidade de gênero na atenção à saúde reprodutiva e de incluir os jovens do sexo masculino nos serviços de saúde.

## ABSTRACT

The present study aimed at investigating the practices and representations linked to the reproductive life of university youths from the Universidade São Paulo (USP) especially those geared at contraception and prevention of STD's in the scope of heterosexual relations. The project was divided into two phases. In the first a representative sample of 952 male and female students between 17 and 24 years old enrolled in under-graduate courses at USP in the city of São Paulo in 2000 was elaborated. In the second phase in-depth-interviews with 33 students that volunteered to continue take part of the research were recorded.

The use of condom is frequent among university students mainly at the first sexual intercourse. However, this method presents discontinuity. Beyond the first sexual intercourse it is used especially in the casual relationships and in the beginning of new sexual relationships with a new partner. Youth neglect the condom in the dating context tending to replace it for the pill. Contraception is surrounded by carelessness, mistakes and neglect and the students mention the use of low efficacy methods such as interrupted copulation and periodic abstinence for fertility control. The students revealed strong will to delay fertility but the inadequate use of contraceptive methods and use of low efficacy methods may lead to an unplanned pregnancy. 77% of the interviewees state that they would like to have up to two children and that the ideal age for the first child would around 30. Only 4% of the interviewees referred having had a gestation. Despite the small number of pregnancies referred the provoked abortion represented a high proportion of pregnancy termination.

The results of the survey indicate that a complex network of symbolic representations accounts for the conducts in terms of contraception and reproductive health. These representations construct the sense of sexuality, classifying it, defining rules and obligations according to each situation and guiding practices. Gender issues mark the discourses on the themes discussed. The different conceptions about non-committed dating and dating proper, the option for the contraceptive method, representations on the male and female responsibilities with reference to contraception and especially the discourses on abortion reveal the importance the gender differentials possess in face of the construction of meaning of sexuality and reproductive life. Gender issues influence the search for medical guidance in the context of reproductive health. Medical consultation is restricted to the female group and the most prescribed contraceptive method is the pill in spite of the fact that they are young single women in the beginning of their sexual life. On the other hand it was observed that young men are totally cast out of the health system notwithstanding the fact that this is a group with high level education with access to private medicine. The study indicates that the gender differentials are present from the process of labeling and signification that attribute meaning to the experiencing of sexuality and the regulation of fertility to the scope of public policies capable of promoting gender equity in the attention to reproductive health of youth. That reveals an important gap in the health services that must be addressed by gender equity promoting public policies that also inscribe male youth in the health services.

## *ÍNDICE*

|  |                  |
|--|------------------|
| <i>Apresentação</i>  | <i>1</i>         |
| <b><i>I. INTRODUÇÃO</i></b>  | <b><i>7</i></b>  |
| I.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA  | 7                |
| I.2 PARADOXOS DA CONTRACEPÇÃO NA<br>SOCIEDADE BRASILEIRA                 | 9                |
| I.3 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS                                      | 20               |
| I.4 JUVENTUDE E ADOLESCÊNCIA   | 26               |
| I.4.1 Onda jovem   | 26               |
| I.4.2 Discutindo o conceito de adolescência                              | 28               |
| I.4.3 Principais agravos à saúde   | 34               |
| I.4.4 Fecundidade e contracepção   | 39               |
| I.5 REFERENCIAL TEÓRICO  | 46               |
| I.6 OBJETIVOS  | 61               |
| <b><i>II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</i></b>                            | <b><i>62</i></b> |
| II.1 ESTRUTURA ACADÊMICA DA GRADUAÇÃO NA<br>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO    | 63               |
| II.2 LEVANTAMENTO QUANTITATIVO: A PRIMEIRA<br>ETAPA DO TRABALHO DE CAMPO | 65               |
| II.2.1 Plano amostral  | 65               |
| II.2.1.1 Dimensionamento da amostra                                      | 67               |
| II.2.1.2 Composição da amostra   | 68               |
| II.2.3 Questionário  | 72               |
| II.2.4 Realização do campo   | 77               |

|   |            |
|---|------------|
| II.3 LEVANTAMENTO QUALITATIVO: A SEGUNDA ETAPA DO TRABALHO DE CAMPO   | 80         |
| II.3.1 Pré-teste do roteiro temático e preparação da equipe de pesquisa   | 82         |
| II.3.2 Seleção dos entrevistados e início dos contatos  | 83         |
| II.3.3 Realização das entrevistas   | 84         |
| II.3.4 Transcrição das entrevistas  | 85         |
| <br>  |            |
| III. FAZ DIFERENÇA SER UM ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO?  | <b>89</b>  |
| <br>  |            |
| III.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS EM ESTUDO  | 89         |
| III.2 OS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, A VIDA REPRODUTIVA E A CONTRACEPÇÃO   | 96         |
| III.3 RELATIVIZANDO AS DIFERENÇAS: A VIDA REPRODUTIVA E A CONTRACEPÇÃO ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS DIANTE DO PANORAMA DEMOGRÁFICO | 119        |
| <br>  |            |
| IV. POR VOCÊ, EU TRANSARIA SEM CAMISINHA  | <b>139</b> |
| <br>  |            |
| IV.1 INTRODUÇÃO   | 139        |
| IV.2 AS PRIMEIRAS RELAÇÕES SEXUAIS  | 142        |
| IV.3 O FICAR E O NAMORAR  | 163        |
| IV.4 SOBRE O USO DO <i>CONDOM</i>   | 176        |
| IV.5 O USO ASSOCIADO DO <i>CONDOM</i> COM A PÍLULA  | 186        |
| IV.6 O ABANDONO DO <i>CONDOM</i>  | 189        |
| IV.7 AS FALHAS NA CONTRACEPÇÃO E NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  | 214        |

|   |            |
|---|------------|
| IV.8 O RECURSO AOS MÉTODOS TRADICIONAIS   | 218        |
| IV.9 DEFININDO PAPÉIS FRENTE À CONTRACEPÇÃO   | 222        |
| IV.10 BUSCANDO ORIENTAÇÃO MÉDICA  | 233        |
| IV.11 O ABORTO PROVOCADO: DA CENTRALIDADE DO CORPO FEMININO NO PROCESSO DA GESTAÇÃO E DO ABORTO                       | 247        |
| IV.11.1 Falas de mulheres. Do medo da banalização do aborto à flexibilização da opinião: compartilhando experiências. | 249        |
| IV.11.2 Falas de homens. Do controle do corpo feminino à construção de um espaço comum de diálogo.                    | 268        |
| <b><i>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS</i></b>   | <b>276</b> |
| <b><i>VI. BIBLIOGRAFIA REFERIDA</i></b>   | <b>286</b> |
| ANEXOS  |            |
| <i>Anexo 1 – Questionário</i>   | <i>i</i>   |
| <i>Anexo 2 – Roteiro temático das entrevistas em profundidade</i>   | <i>vii</i> |

*Comecei a escrever sobre sexo.  
E me deparei escrevendo quase  
outro tanto sobre o amor; e  
sobre os gêneros masculino e  
feminino.*

Anthony Giddens

Seria o amor uma exceção, a  
única, mas de primeira  
grandeza, à lei da dominação  
masculina, uma suspensão da  
violência simbólica, ou a forma  
suprema, porque a mais sutil e a  
mais invisível, dessa violência?

Pierre Bourdieu

## *Apresentação*

Iniciei minha trajetória pessoal no campo de estudos sobre a saúde reprodutiva ao ingressar no Departamento de Saúde Materno-Infantil, da Faculdade de Saúde Pública da USP, ainda no final dos meus estudos de graduação no curso de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. Os meus primeiros contatos com o campo da Saúde Coletiva, especialmente no âmbito da saúde da mulher e da saúde reprodutiva, deram-se por intermédio da Professora Augusta Thereza de Alvarenga, que me recebeu como bolsista de iniciação científica no projeto *“Morbidade e mortalidade maternas, qualidade da assistência e estrutura social: estudo da Região Sul do Município de São Paulo”*, financiado pela FAPESP e pelo CNPq. Estávamos no ano de 1994 e, desde então, minha aproximação com o campo da Saúde Coletiva foi se estreitando cada vez mais.

A punjente questão da mortalidade materna em nosso país foi a primeira grande problemática que chamou minha atenção, a partir da leitura dos relatos de familiares de mulheres que tinham ido à óbito por causas associadas à gravidez, parto e puerpério, no ano de 1989. As altas taxas de mortalidade materna em nosso país expressam um intrincado jogo de fatores que envolvem desde a organização dos serviços de saúde até questões de gênero e de desigualdade social que marcam o campo da Saúde Coletiva.

Posteriormente, já trabalhando sob a orientação da Professora Néia Schor, inicialmente como bolsista de aperfeiçoamento na pesquisa que originou sua tese de livre-docência e, em seguida, como sua orientanda no mestrado e no doutorado, as

grandes questões que envolvem a vida reprodutiva em nossa sociedade foram delineando-se no universo de minhas inquietações.

Sem parar de procurar um enfoque que incorporasse minha formação nas Ciências Sociais, chamava a minha atenção a relação entre a saúde reprodutiva e a saúde da mulher e do adolescente com os direitos humanos. Assim, tendo a colaboração de Wilson R. B. Pirotta, meu marido e, a partir de então, meu parceiro na empreitada intelectual, debruçamo-nos sobre o estudo dos direitos reprodutivos e sexuais no Brasil. Partindo de uma indagação inicial (quais são os direitos das mulheres em relação aos grandes desafios por elas enfrentados no âmbito da saúde reprodutiva?) surgiram os artigos escritos em parceria e deslindaram-se novos temas como os direitos sexuais, os direitos dos adolescentes e das crianças, as relações entre direito e saúde, as relações entre o Poder Judiciário e as questões de gênero, a violência contra a mulher e a criança, a violência sexual, os direitos reprodutivos e sexuais das minorias, entre outros. Algumas dessas idéias tiveram a oportunidade de se consolidar como artigos e apresentações em congressos, enquanto outras ainda são sementes de novos projetos em conjunto.

Ao lado da preocupação com as relações entre Saúde e Direito, ia se configurando para mim a relação entre a esfera da reprodução e o jogo de forças na vida social. Essa relação revelou-se como minha maior inquietação em termos teóricos e cada vez mais se coloca como um desafio para mim: como as classes sociais se apropriam da esfera naturalizada da reprodução para estabelecer um sistema de distinção no corpo social? Qual a relação entre o início da vida reprodutiva, o nascimento do primeiro filho, o início da formação da família, as opções contraceptivas a opção pelo aborto e os projetos individuais ou de grupo



voltados para a ascensão ou a manutenção de uma posição social? Como as opções reprodutivas e contraceptivas são apropriadas no jogo social, estabelecendo fronteiras entre grupos no interior da sociedade? E, até que ponto, as representações de gênero são reproduzidas mesmo tratando-se das classes mais intelectualizadas e com uma inserção mais privilegiada na sociedade brasileira? Essas indagações, cada vez mais presentes no universo de minhas reflexões, marcaram as opções feitas no presente estudo e apresentam-se como um desafio contínuo nessa interessante interface entre as Ciências Sociais e a Saúde Reprodutiva que tive a oportunidade de explorar.

Desenvolvendo pesquisas e realizando minha formação na pós-graduação num ambiente fortemente marcado pela interdisciplinariedade, deparei-me com colegas e professores que tinham diferentes formações: nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, estatísticos, demógrafos... Num primeiro momento, esse cenário representou a oportunidade de interagir com diferentes preocupações, objetos e linguagens. Por outro lado, exigiu uma flexibilização da minha própria linguagem e das minhas próprias preocupações moldadas nos parâmetros de uma formação acadêmica em Ciências Sociais. O desafio e o esforço em interagir com diferentes áreas do conhecimento marcaram toda minha trajetória na pós-graduação. Aprendi a ceder para poder ser mais bem compreendida e ganhei a possibilidade de transitar por outras área do conhecimento. A tensão entre a busca de um aprofundamento teórico numa área específica e o caráter interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva é um enorme desafio para todos os que assumem essa perspectiva. No entanto, dela resulta o alargamento dos objetos

pesquisados, apontando para a complexidade das relações e para as contradições que se apresentam no campo da saúde da população.

Partindo desse contexto, observei que a discussão sobre as relações entre saúde e cidadania é de fundamental importância para a melhoria das condições de vida da população. No início do século XXI, em que pese o grande desenvolvimento da tecnologia na área médica e a esperança de cura para doenças até então consideradas incuráveis, estes recursos são inacessíveis para grande parte da humanidade.

A maioria da população no Brasil, assim como a de outros países na periferia do sistema econômico e político, vivencia a saúde precariamente. Isso decorre do alto custo ocasionado por um modelo baseado na ação curativa somado às desigualdades sociais que repercutem na saúde da população. A saúde é influenciada pela desigualdade econômica, social e política, geradora de tensões que atuam desde o nível individual até o coletivo. No contexto da crise social e das contradições que marcam o modelo econômico vigente – sobretudo a concentração de renda e a exclusão social - diversos agravos à saúde da população estão ligados a esse quadro.

No campo da saúde reprodutiva, também se observam essas relações. Inúmeros exemplos que refletem a interdependência entre a saúde e as condições sociais podem ser citados, como o grande número de mortes maternas que poderiam ser evitadas, o abuso das esterilizações cirúrgicas femininas substituindo um efetivo programa de planejamento familiar, a alta taxa de gestações não planejadas entre os jovens, as consequências do aborto clandestino sobre a saúde da mulher, a prostituição infantil, a violência sexual, entre outros.

O enfrentamento de todos esses problemas exige a implementação de políticas públicas que afirmem a igualdade dos indivíduos perante a sociedade, combatam a exclusão social e promovam a cidadania.

No atual panorama da fecundidade, observa-se a preferência dos casais por formarem famílias menores, com até dois filhos, em intervalos pequenos, iniciando-se a natalidade logo após a união. A cúspide da fecundidade está deslocando-se em direção às idades mais jovens, sobretudo entre a população mais pobre, indicando que as adolescentes e as mulheres jovens engravidam num momento em que elas poderiam ainda estar em formação profissional. Observa-se que, muitas vezes, as adolescentes e as mulheres jovens abandonam a escola em função de atender às necessidades mais imediatas da família, como cuidar dos irmãos mais novos e dos trabalhos domésticos, enquanto a mãe trabalha fora de casa para prover o sustento da família, ou por não encontrarem na escola um espaço de desenvolvimento pessoal e profissional.

Constata-se que as mulheres migrantes, de classe social mais baixa, com poucos anos de instrução, iniciam a carreira reprodutiva mais cedo, tendem a constituir famílias maiores e esterilizam-se mais jovens. Por sua vez, as mulheres que têm mais acesso aos direitos sociais – como educação, saúde, lazer e justiça – tendem a retardar a maternidade em benefício de seu desenvolvimento profissional. Esse fenômeno indica que a exclusão social incide diretamente nas opções reprodutivas.

No campo da vida reprodutiva e da sexualidade, além dos diferenciais ligados às classes sociais, existem importantes diferenças de comportamento que se observam no estudo das transições de idades. Os estudos sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva entre jovens têm apontado para uma separação entre as

informações que referem possuir no campo da anticoncepção e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e as condutas observadas na prática, gerando uma sistemática adoção de práticas de risco pelo grupo. Desse modo, as campanhas preventivas de natureza exclusivamente informativa tendem a não produzir mudanças de comportamento em relação às práticas de risco adotadas pelo grupo. Esse quadro reflete os desafios colocados pela juventude frente à sociedade contemporânea, tendo em vista os desdobramentos que os comportamentos adotados pelo grupo acarretam para o futuro, como o avanço da Aids e das outras doenças sexualmente transmissíveis, a deterioração das condições de vida para mulheres que foram mães na adolescência e para sua criança, o aumento do número de abortos entre jovens, importante causa de morte materna no grupo, entre outros.

Embora existam dados referentes a juventude e saúde reprodutiva no âmbito da população em geral, a pesquisa voltada para os diversos segmentos sociais que constituem a população de jovens é ainda incipiente. Os estudos sobre comportamento sexual e saúde reprodutiva entre jovens e adolescentes devem ter em vista a pluralidade de situações sociais concretas, as quais engendram necessidades, comportamentos e valores peculiares em relação à vida sexual e à regulação da fecundidade. A compreensão dos aspectos que influenciam o comportamento sexual nos diversos segmentos concretos da população é um instrumento importante para a atuação junto aos jovens.

O presente estudo buscou conhecer como jovens com escolaridade elevada vivenciam a vida reprodutiva e sexual, quais as práticas adotadas pelo grupo frente à contracepção e às DST, quais suas expectativas em relação à fecundidade e como as crenças e as concepções de mundo orientam as condutas do grupo.

## ***I. INTRODUÇÃO***

O presente capítulo inicia-se com uma discussão sobre a transição demográfica na sociedade brasileira, prossegue problematizando a queda na fecundidade e a contracepção e introduz o conceito de direitos sexuais e reprodutivos. A seguir, volta-se para a juventude e a adolescência, analisando dados demográficos, problematizando o conceito de adolescência e discutindo o comportamento dessa camada da população diante da fecundidade.

### ***I.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA***

No Brasil, observa-se uma diminuição acentuada nas taxas de fecundidade que, juntamente com o declínio da mortalidade, constituem o processo conhecido como transição demográfica. A transição demográfica iniciou-se nos países que constituem o centro do sistema capitalista e, após a Segunda Grande Guerra, generalizou-se por todos os países cujas sociedades são urbano-industriais, incluindo a periferia do sistema. Tal processo relaciona-se com o desenvolvimento das sociedades industriais e urbanas e acarretou profundas alterações na estrutura etária da população que têm implicações na organização social, econômica e cultural da sociedade, gerando um novo percurso entre o nascer e o morrer e criando novas demandas sociais, que requerem a elaboração de políticas públicas capazes de contemplá-las.

O marco inicial da transição demográfica, no país, remonta à década de 50, quando os avanços no campo da medicina produziram um acentuado declínio da mortalidade, sobretudo no âmbito da mortalidade infantil. Conseqüentemente, uma das características que marcaram o início do processo de transição demográfica foi a explosão populacional de grande porte. Esse traço distintivo tem sido observado nos países que estão na periferia do sistema econômico (*BERQUÓ, 1991; PATARRA, 1995*). Posteriormente, observa-se o declínio da fecundidade. As mudanças na mortalidade e na fecundidade da população produzem um novo padrão na pirâmide populacional: a base tende a se estreitar, indicando a diminuição na proporção de crianças, e o topo a se alargar, indicando o aumento da proporção de idosos na estrutura da população.

A partir da década de 70, a taxa de fecundidade total começou a declinar rapidamente. Assim, até a década de 60, a taxa de fecundidade total girava em torno de 6,3 filhos por mulher, caindo para 5,8 filhos por mulher em 1970 e 4,4 filhos por mulher em 1980. Em 1984, essa taxa atingiu a marca de 3,5 filhos por mulher (*BEMFAM, 1997; ALENCAR & ANDRADE, 1993; BERQUÓ, 1993; MORELL, 1992*). As recém apresentadas tabulações do censo de 2000 indicam que a fecundidade continuou caindo: em 1991, a taxa de fecundidade era de 2,9 filhos por mulher no país e, em 2000, a taxa de fecundidade atingiu o patamar de 2,3 filhos por mulher (*GOIS, 2002*). A taxa de fecundidade total no Estado de São Paulo, em 2000, está estimada em 2,16 filhos por mulher. (*CAMARGO & YAZAKI, 2002*).

O declínio da fecundidade é influenciado por vários fatores, entre eles destaca-se a urbanização, as diferenças históricas, sociais, econômicas e culturais, o desenvolvimento tecnológico na área da saúde reprodutiva, a difusão da

anticoncepção. Em que pese os fatores diferenciais, a fecundidade apresentou uma tendência à homogeneização em níveis baixos (*MORELL et al., 1997*).

## ***1.2 PARADOXOS DA CONTRACEPÇÃO NA SOCIEDADE BRASILEIRA***

Na sociedade brasileira, uma grande porcentagem de homens e mulheres conhece e utiliza métodos contraceptivos. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 1995, 85% dos homens e 73% das mulheres – considerando-se o total dos entrevistados independentemente da situação conjugal – já haviam usado um método anticoncepcional alguma vez na sua vida. Em relação ao conhecimento dos métodos, aproximadamente 100% dos entrevistados, com idade entre 15 e 49 anos, conheciam algum tipo de método, mesmo entre os que não tinham experiência sexual. Entre os entrevistados unidos, 77% das mulheres e 74% dos homens faziam uso de algum método no momento da entrevista, com grande predominância de métodos modernos, levando os pesquisadores a considerarem que a cada 10 homens ou mulheres unidos, usuários de métodos anticoncepcionais, 9 usavam métodos modernos (*BEMFAM, 1997*). Esse breve panorama coloca o Brasil entre os países com maior prevalência de uso de métodos anticoncepcionais modernos, principalmente entre os países que constituem a periferia do sistema econômico.

A diminuição da taxa de fecundidade e a alta prevalência de uso de contraceptivos, no entanto, deram-se ao largo da efetiva implementação de políticas públicas na área da saúde sexual e reprodutiva (*ALVARENGA & SCHOR, 1998; PENA, 1991; BERQUÓ, 1993*). Esse quadro coloca a seguinte questão: é possível

que população assuma espontaneamente todos os ônus do planejamento familiar, sem contar com políticas públicas eficazes voltadas para esse fim?

Um exame mais detalhado do declínio da fecundidade e das práticas contraceptivas em nossa sociedade indica as grandes dificuldades e os paradoxos vivenciados no âmbito da saúde reprodutiva e do planejamento familiar. *PERPÉTUO & AGUIRRE (1998)*, comentando os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, no ano de 1995, afirmam que

*“Considerando o mix dos métodos, a participação da esterilização aumentou de 40% em 1986 para 49% em 1996, período em que a participação da pílula caiu de 38% para 30%, a de outros métodos modernos cresceu de 7% para 13% e a dos métodos tradicionais diminuiu de 15% para 8%.” (P. 3004)*

Na sociedade brasileira, a laqueadura tubária tem sido empregada como um método contraceptivo e 40% de todas as mulheres unidas em idade reprodutiva estão esterilizadas, correspondendo à 27,3% do total de mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Na prática, o leque de opções contraceptivas é restrito basicamente à pílula e a esterilização feminina. A pílula é o método preferido pelas mulheres mais jovens. Conforme as mulheres vão envelhecendo, o uso desse método vai diminuindo gradativamente até ser superado pela esterilização feminina. Pesquisa realizada entre mulheres com idade entre 15 e 49 anos, residentes na Região Sul do Município de São Paulo, no ano de 1992, indicou que o uso da pílula predominava entre as mulheres com idade até 24 anos. Entre as mulheres com mais de 24 anos, o percentual de esterilizadas tendia a aumentar gradativamente e, na faixa etária de 30 a 34 anos, já correspondia a 43% do total dos métodos empregados pelas mulheres. A idade mediana da mulher na esterilização era de 30 anos e a maioria das mulheres



esterilizadas referiu que tinha algum tipo de dificuldade com a pílula (PIROTTA, 1998).

Comentando a opção pela esterilização cirúrgica entre mulheres que buscaram o serviço público para se submeter voluntariamente a esse procedimento, MARCOLINO (1994) observa que

*“A difícil convivência com a pílula, verbalizada pelas mulheres, possibilitou-me entender como a ação diária da contracepção é uma experiência difícil para a mulher, levando-a ao abandono da pílula, partindo para um método mais radical como a esterilização cirúrgica.” (P.48)*

Tratando-se de um método de difícil reversão, a esterilização cirúrgica pode levar ao arrependimento. O principal motivo de arrependimento é o desejo de ter mais filhos, principalmente no contexto de uma nova união conjugal. Algumas mulheres esterilizadas também referem que perderam o desejo sexual, ou que o parceiro se queixa de que elas estão mais “frias”. As mulheres que optaram pela esterilização em idades mais precoces têm mais chance de enfrentar o problema do arrependimento (PIROTTA & SCHOR, 1999).

Discutindo o arrependimento após a esterilização feminina, VIEIRA (1998) conclui que a prática da esterilização freqüentemente viola aspectos da ética médica e dos direitos reprodutivos, tais como:

*“a) O direito de ser informada e entender a irreversibilidade do procedimento; b) O direito de ter o processo de decisão apoiado e orientado psicologicamente; c) O direito de ter acesso legal e grátis ao procedimento; e d) O direito de ter informações apropriadas sobre a cesárea, de ter um parto normal sem dor e de boa qualidade e de ter uma esterilização de intervalo e não associada ao parto.” (P.67)*

A prática da esterilização cirúrgica só foi regulamentada em lei no ano de 1997, quando o cenário descrito acima já estava completamente delineado. Até esse ano, do ponto de vista jurídico, a esterilização voluntária era uma prática controversa. Perante a legislação penal, a esterilização era considerada lesão corporal grave, cabendo uma discussão jurídica sobre as condições em que poderia ser admitida. A partir da Lei nº 9.263/96, a esterilização voluntária passou a ser permitida no Brasil, devendo ser oferecida pelo Sistema Único de Saúde, e também foram estabelecidos os critérios e as condições em que a esterilização voluntária pode ser realizada.

O exame das condições que envolvem o uso de métodos contraceptivos em nossa sociedade indica que o ônus de arcar com o processo de regulação da fecundidade segue incidindo diretamente sobre a mulher. Na percepção das próprias mulheres, a participação do homem revela-se através de atos como discutir com elas o número ideal de filhos, lembrá-la de tomar a pílula ou adquirir esse método para ela, usar eventualmente um método que dependa da sua intervenção direta – como o *condom* ou os métodos tradicionais – nos momentos em que a ela está impossibilitada de tomar a pílula. Sob o ponto de vista das mulheres, a participação masculina na contracepção é vivenciada como o apoio do parceiro no processo da regulação da fecundidade, não se traduzindo em práticas mais efetivas como a ter o *condom* o principal método de contracepção e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (CARVALHO, PIROTTA & SCHOR, 2001).

Debatendo a relação entre perfil reprodutivo e gênero, FONSECA (1990) comenta que

*“Não se pode analisar a determinação do perfil reprodutivo sem considerar as relações existentes entre homens e mulheres, focalizando*

*especificamente as relações de poder que se estabelecem entre eles na nossa sociedade. Neste sentido, mais que uma relação entre dois sexos, examina-se a questão das relações de gênero, no âmbito da qual as diferenças biológicas entre homens e mulheres passam a englobar também diferenças sociais, manifestando-se com nítida subalternidade da mulher ao homem.” (P. 239)*

Os estudos sobre a regulação da fecundidade, notadamente sobre a esterilização feminina, apontam que a mulher está buscando autonomia mas acaba recaindo em relações marcadas pela subalternidade de gênero (PIROTTA, 1998; SERRUYA, 1996; BARROSO, 1984). Num primeiro momento, arcar integralmente com a responsabilidade pela fecundidade pode parecer uma forma da mulher assumir o controle sobre o seu próprio corpo e conseqüentemente sobre o seu próprio destino, libertando-se das determinações impostas pela natureza. Essa conclusão baseia-se na premissa de que o ônus da vida reprodutiva é naturalmente da mulher. No entanto, as diferenças entre homens e mulheres, inclusive no que se refere à vida reprodutiva, são apropriadas pela cultura e são socialmente construídas, resultando no estabelecimento de uma série de regulações sociais, de proibições e de regras morais. Tendo em vista a imbricação do processo biológico com o processo de reprodução, forma-se um campo propício para a naturalização das diferenças que, a partir da operação social, transformam-se em desigualdades.

OSIS (2001) observou que as representações de gênero incidem diretamente sobre a opção pela esterilização feminina. Segundo a autora, a opção pelo método definitivo relaciona-se à importância que a maternidade adquire no projeto de vida das mulheres, levando-as a estender o conceito de maternidade para os cuidados e criação dos filhos já tidos, não se circunscrevendo à capacidade de gerar. Assim, a opção pela esterilização, antes de significar um rompimento a identificação da

mulher com o papel de mãe, reforçaria a centralidade que esse papel adquire na vida das mulheres.

Destaca-se que as tarefas ligadas à contracepção, gravidez e parto e os cuidados com as crianças marcam fortemente a vida da mulher, desdobrando-se em dificuldades de diversas ordens que vão desde a reivindicação por melhores condições de trabalho – como o horário para a amamentação, a estabilidade da mulher gestante, o direito à creche – até a busca de uma melhor assistência ao parto e ao pré-natal – dado que a desarticulação entre os diversos níveis da assistência a mulher grávida incide diretamente no número de mortes maternas (TANAKA, 1995).

Outra ordem de fatores que configuram a relação entre gênero e vida reprodutiva e sexual pode ser encontrada no âmbito da violência contra mulher. Segundo SCHRAIBER & D'OLIVEIRA (1999), a expressão “*violência contra a mulher*” foi cunhada pelo movimento feminista e

*“... refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados.” (P.13)*

Além de produzir conseqüências diretamente associadas às agressões físicas, a violência contra a mulher pode ser associada a diversos problemas de saúde. No âmbito da saúde reprodutiva, destacam-se: baixo peso ao nascer, queixas ginecológicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999). Por tratar-se de um fenômeno onde há uma gama de aspectos de ordem social, cultural e subjetivos envolvidos, sua interface

com a saúde se apresenta obscurecida. As especificidades do fenômeno da violência contra a mulher levam à necessidade de um questionamento sobre as bases em que se erigem a organização e o trabalho de atendimento à saúde da população.

*“A proposta mais divulgada para os serviços, de simplesmente detectar a violência contra a mulher com busca ativa, de rotina, ou screening, pode ter o efeito inesperado de, detectada a violência, a demanda ser rejeitada como ‘não-doença’, porque social, ou por outro lado ser percebida como patologia, o que também levanta questões, por reduzir ao corpo individual aquilo que é por definição das interações humanas.” (P21)*

As iniquidades de gênero não se expressam apenas no âmbito das relações familiares, mas são reproduzidas em diversas instâncias sociais, como a mídia, o mercado de trabalho, o judiciário, a esfera de decisão política. A subalternidade da mulher também se expressa na falta de políticas públicas que contemplem os seus interesses e na dificuldade de aprovar leis que a beneficiem.

Entre as dificuldades que marcam a esfera da fecundidade e da contracepção, também podemos lembrar do aumento da fecundidade entre os adolescentes e do aborto clandestino.

A única faixa etária em que se observa um aumento na taxa de fecundidade é a dos adolescentes. Em todas as outras faixas etárias, que sucedem a adolescência, a taxa de fecundidade apresenta um declínio sistemático (PATARRA, 1995). Por tratar-se de uma etapa do desenvolvimento em que a jovem ou o jovem são dependentes dos adultos e deveriam estar inseridos no sistema educacional, a gravidez na adolescência levanta uma polêmica social. Os adolescentes estariam preparados para assumir a paternidade e a maternidade? A gravidez na adolescência diminuiria a

qualidade de vida da mulher e da criança? Ou tratar-se-ia de um anseio legítimo desses pais jovens e adolescentes?

As pesquisas demográficas também estão indicando que está ocorrendo uma concentração da fecundidade num intervalo mais curto do período reprodutivo das mulheres, com o aumento da presença das mais jovens na fecundidade total. Esse fenômeno tem sido chamado de rejuvenescimento da fecundidade. Comparando a distribuição das taxas de fecundidade entre 1970 e 1995, no Estado de São Paulo, *YAZAKI & MORELL (1998a)* observam que

*“Outro fenômeno importante é a transferência da cúspide das curvas de fecundidade do grupo de 25 a 29 anos para o de 20 a 24 anos, o que ilustra o rejuvenescimento da fecundidade ao longo destes períodos, assim como sua concentração nestas primeiras idades.” (P.106)*

O tema do aumento da fecundidade entre adolescentes será discutido mais longamente no item referente à juventude e adolescência, sub-item “*I.4.4 Fecundidade e contracepção*”, do presente capítulo. A gravidez na adolescência por hora é destacada como um dos aspectos que ao lado da alta taxa de esterilizações femininas e de abortos marcam a esfera da contracepção e da saúde reprodutiva.

O aborto clandestino é responsável pela interrupção de um grande número de gestações indesejadas em nossa sociedade. Por tratar-se de uma prática realizada sem nenhum respaldo legal, muitas mulheres se submetem a realizá-lo em condições precárias, acarretando um expressivo número de mortes maternas evitáveis, bem como infecções e infertilidade, entre outros agravos à saúde. É nesse âmbito que o aborto clandestino deve ser tratado como um problema de saúde pública que afeta a vida de centenas de milhares de mulheres em nossa sociedade.

Embora o aborto provocado seja considerado uma prática ilegal pela legislação vigente, LINHARES (1998) observa que não existe uma efetiva pressão social para a sua punição. Segundo a autora,

*“Para a maioria das pessoas, esse é um assunto da vida privada e muito poucas sairiam de suas casas para denunciar quem o pratica à polícia. Esses diferentes significados e comportamentos em relação ao aborto demonstram, também, que não há uma unidade no Estado em relação ao assunto. O Poder Legislativo o condenou através do Código Penal, mas o Judiciário mostra-se pouco à vontade para puni-lo e o Executivo, através da polícia, ou “fecha os olhos” à existência de clínicas que o realizam ou se torna cúmplice da chamada “indústria clandestina do aborto”. (P. 169)*

LINHARES (1998) refere ainda que a discussão sobre o aborto, no movimento de mulheres, tem avançado em direção a abarcar as preocupações tanto na esfera do direito individual da mulher de decidir sobre seu próprio corpo quanto na esfera dos direitos sociais:

*“Integra essa proposta, particularmente, o direito à saúde, inclusive à saúde reprodutiva, das mulheres pobres impossibilitadas de recorrer às clínicas particulares de boa qualidade – estas oferecem menos riscos à saúde da mulher, e são utilizadas, apesar de ilegais, por aquelas dos setores de média e alta renda.”(P.154)*

A própria condição de ilegalidade do aborto faz desse tema um objeto difícil de ser pesquisado. O aborto provocado está cercado pelo silêncio, pelo medo e por um grande sofrimento das mulheres que passaram por essa situação. Ainda que se trate de um fenômeno de grandes proporções na nossa sociedade, o aborto provocado é um tema invisível para essa própria sociedade. Pouco se conhece sobre as mulheres ou sobre os casais que recorrem a ele, quais suas conseqüências na vida dessas

pessoas, em que condições ele é realizado e qual o número exato de abortos que são praticados.

Buscando superar as dificuldades inerentes ao caráter estigmatizante do aborto provocado, *SILVA (1992)* pesquisou o comportamento de mulheres em relação ao aborto provocado, aplicando a Técnica de Resposta ao Azar. Essa técnica permite “...remover o ‘constrangimento’ da entrevistada, possibilitando, dessa forma, obter-se uma estimativa mais realística do nível de ocorrência do aborto.” (P.49) Os dados dessa pesquisa referem-se às mulheres residentes no sub-distrito de Vila Madalena, na Cidade de São Paulo, com idade entre 15 e 49 anos, no ano de 1987.

Com o aporte da Técnica de Resposta ao Azar, *SILVA (1992)* estimou que 41 a cada 1.000 mulheres ou uma a cada 130 gestações havia sido finalizada através do aborto provocado. Extrapolando-se esse valor para o país como um todo, sugere-se um total de 1.521.619 abortos provocados, no ano de 1985. A autora destaca que esse valor corresponde ao limite inferior da estimativa da OMS, segundo a qual entre 40 e 70 mulheres para cada mil mulheres em idade reprodutiva optam por provocar um aborto anualmente. A autora pondera ainda que esse resultado é perfeitamente plausível, sendo possível ainda compará-lo com estudos que empregaram a mesma técnica em outros países e chegaram a um resultado comum. Outras estimativas apontam para que, na América Latina, uma a cada 3 ou 4 gestações é interrompida através do aborto (*IPPF, 1974*).

Até aqui, tratou-se das contradições que marcam o campo da fecundidade e da contracepção em nossa sociedade. Se, por um lado, o país conta com um número expressivo de usuários e usuárias de métodos contraceptivos modernos e apresenta



sucessivas quedas na taxa de fecundidade, isso se dá ao largo da efetiva presença de políticas públicas capazes de garantir acesso à educação sexual de boa qualidade e ao sistema de saúde no âmbito da saúde reprodutiva para todos.

Nos anos 1994 e de 1995, quando tiveram lugar a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo) e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz (Beijing), foram estabelecidos parâmetros democráticos para a discussão das questões ligadas ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva e reconhecidos os direitos reprodutivos e sexuais<sup>1</sup>. Esse conjunto de direitos afirma que a discussão sobre a reprodução e a sexualidade deve ser orientada a partir de parâmetros democráticos e sociais, recusando-se a perspectiva biologizante ou estritamente demográfica que predominou por muitos anos na visão do Estado e na formulação de políticas públicas.

A despeito dos esforços dos grupos organizados e do movimento de mulheres, a formulação de políticas públicas na área de sexualidade e reprodução ainda encontra resistência em incorporar esses princípios, presentes no conjunto dos direitos reprodutivos e sexuais. Ainda assim, os direitos reprodutivos e sexuais representam um importante marco no desenvolvimento de relações democráticas no âmbito das questões ligadas à reprodução e à sexualidade.

O caráter ilegal de algumas das práticas que a homens e mulheres lançam mão para regular sua fecundidade, chamam atenção para um descompasso entre o sistema jurídico e os usos observados na vida social, acarretando sérias

---

<sup>1</sup> As declarações e plataformas de ação resultantes das Conferências do Cairo e de Beijing podem ser lidas, na íntegra, nos seguintes endereços eletrônicos: Programme of action of the UNICPD. Reproductive rights and reproductive health: basis for action (1994). Disponível na Internet no endereço <http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p07002.html> The Fourth World Conference on Women. Beijing Declaration Platform for Action (1995). Disponível na internet no endereço <http://www.un.org>

conseqüências para a saúde da população – especialmente das mulheres. Chamou-se atenção para o uso abusivo das esterilizações femininas como método anticoncepcional, para o aborto clandestino e para o aumento da fecundidade entre os adolescentes como alguns dos elementos que apontam as graves dificuldades enfrentadas no âmbito da vida reprodutiva.

### ***1.3 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS***

Os direitos reprodutivos e sexuais representam um grande avanço perante as questões ligadas a vida reprodutiva e sexual, do ponto de vista do desenvolvimento das relações democráticas e da cidadania.

O conjunto de princípios que norteiam a noção de direitos reprodutivos e sexuais foi consolidado notadamente em dois momentos: na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, no ano de 1994, e na Quarta Conferência Mundial sobre a mulher, Desenvolvimento e Paz, realizada em Beijing, no ano de 1995.

Em sua gênese, o desenvolvimento da noção de direitos reprodutivos e sexuais tem seu ponto de partida nas reivindicações de mulheres objetivando a conquista da igualdade social e política em torno de questões reprodutivas e nas demandas das minorias sexuais. A Conferência do Cairo e a Conferência de Beijing representam o reconhecimento internacional do caráter público e político dessas reivindicações. A partir desses dois momentos, a comunidade internacional reconheceu os direitos reprodutivos como direitos humanos e os países signatários

comprometeram-se a incorporar os princípios pactados na sua agenda social e política, bem como no seu arcabouço jurídico.

A Conferência do Cairo estabelece que

*“Advancing gender equality and equity and the empowerment of women, and the elimination of all kinds of violence against women, and ensuring women's ability to control their own fertility, are cornerstones of population and development-related programmes. The human rights of women and the girl- child are an inalienable, integral and indivisible part of universal human rights. The full and equal participation of women in civil, cultural, economic, political, and social life, at the national, regional and international levels, and the eradication of all forms of discrimination on grounds of sex, are priority objectives of the international community.” (NAÇÕES UNIDAS, 1994)*

Destaca-se que, na formulação desse princípio, postula-se que cabe à mulher regular a sua própria fecundidade e esse direito deve ser garantido pelos programas e políticas de planejamento familiar. Desse modo, *“No Cairo, em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento introduziu um novo paradigma à temática do desenvolvimento populacional, deslocando a questão demográfica para o âmbito das questões relativas aos direitos reprodutivos e a desenvolvimento.” (LINHARES, 1998. Snp. ).*

O reconhecimento da capacidade da mulher para regular a sua fecundidade representa um grande avanço no sentido da consolidação da cidadania feminina, deslegitimando qualquer tentativa no sentido do desenvolvimento de políticas de caráter controlista ou expansionista em relação à natalidade. O reconhecimento dos direitos das mulheres e da sua autodeterminação perante o processo de regulação da sua capacidade reprodutiva é um importante passo para o desenvolvimento de

relações democráticas e do Estado Democrático de Direito. Ao estabelecer parâmetros democráticos para um tema que tradicionalmente estava relegado à vida doméstica, a noção de direitos reprodutivos também deslegitima as ações baseadas em valores morais ou de caráter religioso no âmbito do poder público.

Em relação à participação masculina no processo de regulação da fecundidade, tem sobressaído que “... os homens têm uma responsabilidade pessoal e social, a partir de seu próprio comportamento sexual e fertilidade, pelos efeitos desse comportamento na saúde e bem-estar de suas companheiras e filhos.” (PIOVESAN & PIROTTA, 1998. 170-171).

O Programa de Ação da Conferência Internacional do Cairo erige o conceito de saúde reprodutiva conforme a seguinte proposição:

*“Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being through preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases.” (NAÇÕES UNIDAS, 1994)*

Como consequência do alargamento da dimensão de saúde reprodutiva, a oferta de serviços de saúde e de métodos e técnicas ligadas à anticoncepção e aos demais aspectos da vida reprodutiva é considerada um elemento importante que incide sobre a qualidade da vida reprodutiva da população. Destaca-se a ênfase que é dada nas condições que os serviços de saúde dispõem para que a mulher passe pela gravidez e parto com segurança. Também é enfatizado o âmbito da saúde sexual, em que se observa o respeito à diversidade sexual.

Na Conferência de Beijing, por sua vez, a noção de direitos reprodutivos proposta na Conferência do Cairo é reafirmada, salientando que a falta de atenção com os direitos reprodutivos limita as oportunidades da mulher na vida pública e privada, bem como no acesso à educação e no exercício de outros direitos sociais e políticos. A comunidade internacional reconhece ainda que a violência sexual contra a mulher deve ser repudiada, incidindo sobre a precarização da saúde reprodutiva e sexual das mulheres e desrespeitando os seus direitos.

O tema do aborto é enfocado pela Conferência do Cairo como um problema de saúde pública. A Conferência de Beijing avança em relação a esse tema recomendando que os governos revisem as leis que estabelecem medidas punitivas contra as mulheres que recorrem ao aborto clandestino, reconhecendo que em muitos países são vigentes políticas de caráter repressivo.

Resumindo os principais tópicos da noção de direitos reprodutivos e sexuais, *PIOVESAN & PIROTTA (1998)* produziram a seguinte síntese:

*“À luz dos preceitos enunciados nos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, pode-se concluir, sem buscar um elenco exaustivo, que os direitos reprodutivos incluem: a) o direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou*

*violência; b) o direito de decidir livre e responsavelmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos; c) o direito a ter acesso a informações e meios seguros, disponíveis, acessíveis e d) o direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva.*

*Por sua vez, os direitos sexuais compreendem: a) o direito a decidir livre e responsavelmente sobre sua sexualidade; b) o direito a ter controle sobre seu próprio corpo; c) o direito a viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência; d) o direito a receber educação sexual; e) o direito à privacidade; f) o direito de acesso às informações e aos meios para desfrutar do mais alto padrão de saúde sexual e g) o direito a fruir do progresso científico e a consentir livremente à experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais.” (P.177)*

A novidade histórica que essa noção encerra está no reconhecimento da autonomia e da capacidade de toda pessoa decidir sobre as questões reprodutivas e sexuais. Os direitos reprodutivos e sexuais representam um conjunto de princípios capaz de promover a solução democrática dos problemas éticos e sociais ligados ao campo da reprodução e da sexualidade.

Sob a ótica dos direitos reprodutivos e sexuais, as questões ligadas à vida reprodutiva e à sexualidade passam a ser enfocadas a partir do conceito de gênero. A discussão sobre gênero, ou seja, sobre as relações de poder estabelecidas socialmente entre homens e mulheres, passa a ser um importante elemento explicativo para a abordagem das dificuldades enfrentadas pelas populações – sobretudo pela mulher e pelas minorias sexuais - no âmbito da saúde reprodutiva, da cidadania, das relações de gênero, entre outras.

Conforme observam *PIOVESAN & PIROTTA (1998)*, ao comentar a Conferência de Beijing:

*“... as relações igualitárias entre homens e mulheres, no que se refere às relações sexuais e à reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade*

*de assumir conjuntamente a responsabilidade das conseqüências do comportamento sexual.” (P.176)*

Ao destacar a importância da compreensão da noção de gênero para o desenvolvimento dos direitos reprodutivos e sexuais, as Conferências do Cairo e de Beijing colocam em relevo o caráter relacional desse conceito. O papel do homem passa a ser considerado perante a questão da reprodução e da contracepção que, desse modo, são redimensionadas pela ótica das relações de gênero.

Entre as recomendações das Conferência do Cairo e de Beijing, observa-se a preocupação dirigida à adolescência e à juventude. A adolescência é momento em que o indivíduo torna-se pronto para a reprodução e em que o exercício da sexualidade passa a ocupar um espaço de destaque na vida de homens e mulheres. A vivência da sexualidade na adolescência e na juventude é cercada por questões de gênero e de saúde reprodutiva, que repercutirão em toda a vida do indivíduo e na construção de sua visão de mundo.

Destaca-se, a partir dos textos das Conferências, a importância do acesso a programas de educação sexual e de saúde reprodutiva, enfatizando-se que os adolescentes devem ser orientados a terem atitudes responsáveis perante a sexualidade, a não discriminarem as mulheres ou tratarem-na de forma violenta, a serem informados sobre os métodos anticoncepcionais e formas de proteção contra o HIV/Aids.

As plataformas de ação resultantes das Conferências constituem importantes fontes de recomendações para os Estados na condução das políticas públicas na área da saúde reprodutiva e de educação (PIROTTA & PIROTTA, 1999).

Finalizamos esse tópico, transcrevendo o 40º Princípio da Plataforma de ação de Beijing pela sua importância perante a questão da relação entre direitos reprodutivos, gênero e adolescentes e jovens:

*“Half the world's population is under the age of 25 and most of the world's youth - more than 85 per cent - live in developing countries. Policy makers must recognize the implications of these demographic factors. Special measures must be taken to ensure that young women have the life skills necessary for active and effective participation in all levels of social, cultural, political and economic leadership. It will be critical for the international community to demonstrate a new commitment to the future – a commitment to inspiring a new generation of women and men to work together for a more just society. This new generation of leaders must accept and promote a world in which every child is free from injustice, oppression and inequality and free to develop her/his own potential. The principle of equality of women and men must therefore be integral to the socialization process.” (NAÇÕES UNIDAS, 1995)*

## **I.4 JUVENTUDE E ADOLESCÊNCIA**

### **I.4.1 ONDA JOVEM**

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1995, os jovens e as jovens brasileiras com idade entre 20 e 24 anos somavam 13 milhões de indivíduos, correspondendo a 8,5% do total populacional. Os adolescentes, de 15 a 19 anos, somavam 15,7 milhões de pessoas, correspondendo a 10,4% da população total do país. Segundo *BERCOVICH, MADEIRA & TORRES (1998)*, *"Estes adolescentes terão entre 20 e 24 anos no ano 2000, devendo constituir uma das maiores proporções de jovens da história demográfica brasileira."* (P.3)

Segundo *OLIVEIRA, PEREIRA, CAMARANO & BAENINGER (1998)*,



*"A dinâmica populacional do contingente jovem reflete os processos que vêm ocorrendo, particularmente nas últimas três décadas, e afetando a estrutura etária da população brasileira. Estes são a queda da fecundidade e da mortalidade. (...) O impacto desse processo resulta num aumento absoluto da população que vai engrossando as faixas etárias seguintes - fenômeno caracterizado como 'onda jovem'..." (P.8)*

A parcela da população brasileira representada pelos jovens e adolescentes na segunda metade da década de 90 teve um pico abrupto e é constituída por um grande contingente de indivíduos, formando assim a *"onda jovem"*.

Trata-se de um fenômeno demográfico conhecido como descontinuidade demográfica, que se refere ao incremento populacional observado através da passagem de uma geração no decorrer de uma série histórica. Os alargamentos ou os estreitamentos ocorridos na base da pirâmide são produzidos pelas mudanças na fecundidade, mortalidade e migrações, fatores que determinam a dinâmica demográfica. Dessa forma, são criados *"ecos"* que se refletem nas sucessivas gerações, que formam a pirâmide etária. A atual onda jovem refere-se ao alargamento da faixa etária que vai dos 13 aos 21 anos (BERCOVICH, MADEIRA & TORRES, 1998; OLIVEIRA, PEREIRA, CAMARANO & BAENINGER, 1998).

O intenso aumento do número de jovens e adolescentes na pirâmide etária brasileira acarreta conseqüências junto ao mercado de trabalho e à política educacional, exigindo a adequação das políticas públicas frente às novas demandas sociais.

#### ***1.4.2 DISCUTINDO O CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA***

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, na Reunião sobre Gravidez e Aborto na Adolescência, em 1974, um conceito de adolescência amplamente reconhecido na área da saúde. Segundo essa definição, a adolescência é caracterizada por ser uma fase do desenvolvimento humano em que

- "a. O indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual.*
- b. Os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta.*
- c. Ocorre uma transição do estado de dependência econômica total a outro de relativa independência."(OMS, 1975 apud REIS, 1993)*

O conceito proposto pela OMS pretende contemplar a adolescência sob diversos aspectos, desde o nível biofisiológico até o psicológico e social. A adolescência é uma etapa da vida humana fortemente marcada por transições tanto no âmbito individual quanto no social. Um dos elementos que caracterizam essa fase de mudanças é o desenvolvimento do aparelho reprodutor, com conseqüentes repercussões tanto sobre a sexualidade quanto sobre a vida social e psicológica do indivíduo. Entre os aspectos sociais que marcam a adolescência e a juventude na sociedade ocidental, destaca-se a busca da independência econômica e de autonomia perante a família.

Assim, a adolescência e a juventude podem ser consideradas como uma etapa de preparação para a vida adulta:

*"A juventude é uma espécie de moratória entre a infância e a vida adulta, um espaço para o aperfeiçoamento individual e para o desfrute do prazer e do lazer antes das responsabilidades da vida adulta. Na realidade, hoje (e certamente a mídia e a imposição de consumo têm grande responsabilidade nisto) ser jovem é mais do que pertencer a uma faixa etária específica, é viver um 'estilo de vida' amplamente valorizado na sociedade." (MADEIRA & RODRIGUES, 1998. P.453)*

A reflexão de MADEIRA & RODRIGUES (1998) chama a atenção para o fato de que há uma elaboração coletiva dos parâmetros aceitos socialmente em relação à conduta dos jovens e dos adolescentes. O processo de criação de identidade e o estabelecimento dos *scripts* socialmente aceitos em relação a “*ser jovem*” são mediatizados por diversas instituições sociais, entre elas a mídia, e orientados pela lógica econômica que preside as relações de mercado. Em certa medida, o pacto social que se estabelece em torno da adolescência e da juventude incide tão fortemente sobre a conduta dos jovens que relativiza o peso universalizante dos limites etários estabelecidos para essa fase da vida.

Comentando a definição da OMS, transcrita no início deste tópico, REIS (1993. P.29) afirma que

*"Esta definição dá por entendido 'que não se impõem limites específicos à adolescência e que este termo corresponde a uma classificação social que varia tanto em sua composição como em suas implicações'. Entretanto, a OMS sugere que se considere o período da adolescência como aquele compreendido, aproximadamente, entre os 10 e 20 anos. O essencial desta definição reside no esforço de contemplar as dimensões biofisiológica, psicológica e econômica ao considerar as transformações que, dos 10 aos 20 anos levariam o sujeito humano do estado infantil ao adulto."*

A seguir, o autor pondera que

*"...raramente encontrar-se-ão pessoas, entre os 10 e 20 anos, cujas transformações estarão ocorrendo simultaneamente e, de modo articulado, tendo em vista os três níveis postulados, a saber, o biofisiológico, o psicológico e o econômico." (REIS, 1993. P.30)*

Discutindo a classificação da juventude e da adolescência por faixas etárias, CALAZANS (1999) menciona que

*"A Organização Mundial de Saúde (OMS), que antes considerava o período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, propôs mais recentemente como população jovem a ampla faixa de 10 a 24 anos. A OMS recomenda, porém, para efeitos práticos de análise, uma divisão dessa categoria em três subgrupos: 10-14 anos, 15-19 anos e 20-24 anos, chamando atenção para o pouco rigor no uso das expressões adolescentes e jovens. Assim, vários autores referem-se, em seus estudos, às faixas de 10-19 anos como adolescentes e de 15-24 anos como jovens."(P.56)*

A literatura na área da demografia tem convencionado, para efeitos comparativos, considerar a adolescência como o período que se estende entre os 15 e os 19 anos e a juventude como o período que se estende entre os 20 e os 24 anos.<sup>2</sup>

No entanto, o esforço de estabelecer parâmetros etários não deve perder de vista as especificidades sócio culturais, econômicas e históricas que estabelecem os contextos concretos nos quais a adolescência e a juventude são experimentadas.

A transição para a vida adulta é influenciada pelo contexto cultural em que o indivíduo se inscreve e pelo grupo sócioeconômico que esteja sendo tratado. Do ponto de vista antropológico, o estudo da adolescência e juventude em diferentes culturas revela que há uma pluralidade de ritos associados à entrada do indivíduo no

mundo adulto. Diversos grupos étnicos realizam cerimônias que marcam esta passagem. Segundo a antropóloga *Ruth BENEDICT (s/d): "A puberdade que elas [as diversas sociedades] consideram é de natureza social e as cerimônias correspondentes são um reconhecimento variável na forma, da nova condição do estado de adulto da criança." (P.37)*

A vertente etnológica, que influenciou fortemente o desenvolvimento da antropologia, busca conhecer como as relações sociais são articuladas em diferentes culturas e também como diferentes sociedades se organizam do ponto de vista material e simbólico. *BENEDICT* é uma das poucas representantes dessa corrente que se debruçou sobre o tema da adolescência – no sentido do ingresso na vida adulta – em suas pesquisas de campo e em seus escritos. A autora chama a atenção para a variabilidade de ritos de iniciação que marcam o ingresso do jovem ou da jovem na vida adulta. Procedendo a uma análise comparativa entre diversas culturas, observa que a “ *...investidura em novas ocupações e obrigações é [...] tão variada e culturalmente tão condicionada como o são aquelas mesmas ocupações e obrigações.*” (*BENEDICT, S/D. P.37*)

Voltando-se para o fenômeno da adolescência no âmbito da sociedade ocidental, *RAKOFF (1995)* afirma que o reconhecimento dessa etapa da vida do ser humano é uma produção do século XX. O reconhecimento social de uma etapa do desenvolvimento humano marcada por características peculiares como a contestação social e a liberdade de escolha, que são atribuídos aos adolescentes e jovens, representa uma construção coletiva, historicamente datada.

---

<sup>2</sup> Essa divisão de faixas etárias é utilizada nas publicações do SEADE e da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd).

A autora segue afirmando ainda que o jovem e o adolescente representam o *herói cultural* da nossa época. Seu argumento baseia-se na hipótese de que o desenvolvimento das correntes de pensamento, que marcaram o final do século XIX e o século XX, transformaram questões ético-morais em problemas médicos que podem ser objetivamente analisados e curados. No processo psicoterapêutico, o paciente se define como “...*un héroe cultural de nuestro tiempo: un explorador de las oportunidades que ofrece la vida, subjetivamente guiado, que se propone descubrir su verdadero yo, desechando la historia.*” (P.60)

A afinidade entre o surgimento desse novo tipo humano – o paciente na psicanálise - e o desenvolvimento histórico da noção de adolescência incidem sobre a construção da imagem do adolescente, levando *RAKOFF (1995)* a comentar que

*"Si no se ha ideado un nuevo tipo humano, se ha puesto nuevo énfasis en algunas capacidades humanas permanentes. Y la noción de la autodeterminación, combinada con las oportunidades económicas y una falta de confianza en las formas históricas recibidas, acompañó el surgimiento y definición de la adolescencia como una época de desarrollo. Lo notable es que el adolescente, como he llegado a describirlo, no es simplemente un adulto joven o un niño mayor, sino que, [como] ningún otro grupo de pacientes, conforma el modelo de héroe cultural de nuestro tiempo: idealista, auténtico, aventurado, que elige entre muchas alternativas, un modelo para todas las etapas de la vida adulta."* (P.60)

Entre os diversos segmentos sociais que constituem nossa sociedade, a juventude e a adolescência adquirem significados diferentes. *MONROY (1995)* afirma que a sociedade rural não identifica nitidamente um período de adolescência, sendo que ao atingir a puberdade a criança já é considerada adulta, devendo assumir as funções que a sociedade reserva a cada sexo. A autora conjectura que a adolescência é um conceito tipicamente urbano e seu desenvolvimento liga-se à

escassez de oportunidades no mercado de trabalho, ao aumento do período de educação formal e às dificuldades que os jovens enfrentam para conquistar a auto-suficiência. Esse quadro estaria aumentando o período da adolescência nas sociedades ocidentais contemporâneas.

Dessas breves considerações, destaca-se que a adolescência não deve ser tomada como um processo que se restringe ao âmbito biofisiológico e psicológico. Conseqüentemente, deve-se evitar uma visão universalizante e naturalizadora desse processo, buscando-se abarcar as origens históricas e as condições sociais que estão na gênese do reconhecimento coletivo de uma etapa da vida marcada pela transição da infância à vida adulta, com características próprias.

O conceito de adolescência é historicamente datado e se relaciona às condições sociais que emergem a partir da urbanização e do aprofundamento das relações econômicas de mercado. A generalização desse conceito está marcadamente associada ao século XX.

A adolescência, em seus aspectos sociais, não é um fenômeno homogêneo, o que leva a considerar diferentes adolescências pautadas por processos sociais distintos. O mesmo raciocínio aplica-se à juventude. A pauta das diversas adolescências e juventudes orienta-se em função de fatores econômicos, sociais e culturais e os próprios parâmetros etários podem ser relativizados em função da inserção sócio-cultural do grupo que está sendo tratado. As condutas que se estabelecem em relação à reprodução e à sexualidade inserem-se um terreno marcado por essa diversidade.

### ***I.4.3 PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE***

Os indicadores de mortalidade apontam que a taxa de óbitos vem mantendo um aumento ininterrupto entre os adolescentes e os jovens brasileiros, ao contrário das demais faixas etárias, nas quais a taxa de mortalidade vem caindo. No Estado de São Paulo, a mortalidade entre jovens e adolescentes aumentou nos últimos anos e o Estado passou a ocupar o segundo posto em relação à mortalidade de jovens no país. Em 1980, o Estado de São Paulo ocupava a nona posição, tendo galgado sete postos em apenas 15 anos. Ao lado do Estado de São Paulo, o Estado do Rio de Janeiro lidera o *ranking* dos Estados com maior mortalidade entre jovens e adolescentes, indicando que o aumento da mortalidade entre os jovens no período recente é um fenômeno tipicamente urbano (VERMELHO, 1994).

Comentando o quadro acima descrito, VERMELHO (1994) observa que

*"O crescimento relativo da população juvenil nos grandes centros urbanos relaciona o alto ritmo da urbanização a um elevado processo de migração interna de jovens, desenvolvendo cinturões de miséria e marginalidade na periferia das grandes cidades, associados à baixa qualidade de vida, adoecimento e morte." (P.169)*

Os estudos sobre a morbimortalidade entre os adolescentes e os jovens do sexo masculino revelam um cenário marcado especialmente pelo alto índice de mortes violentas, sobretudo homicídios, acidentes de trânsito e suicídios.

As causas externas são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade entre os adolescentes e os jovens. A violência é um fenômeno presente no cotidiano das grandes cidades. Acidentes automobilísticos, brigas, homicídios, narcotráfico e assaltos são episódios em que, muitas vezes, os envolvidos são jovens e adolescentes.



Deste modo, as mortes por causas violentas têm incidido largamente sobre esses grupos etários.

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM-MS), no período de 1980 a 1995, os acidentes de trânsito foram responsáveis pela quarta parte dos óbitos por causa externa entre jovens e adolescentes durante todo esse período. Os homicídios, por sua vez, passaram de 25,6%, em 1980, para 44,4%, em 1995, evidenciando o maior peso que este fator passou a assumir na mortalidade de jovens e adolescentes. Lamentavelmente, tanto a taxa de acidentes de trânsito quanto a de homicídios apresentaram crescimento no período, da ordem de 30% e 133,7%, respectivamente (*JORGE, 1998*). O crescimento das mortes por causas externas é mais acentuado entre os jovens do sexo masculino do que entre as mulheres jovens, ocorrendo na razão de 4:1 (*JORGE, 1998; MAMERI, SAAD & MAIA, 1998*).

Analisando o processo histórico de mudança no padrão de mortalidade pelo que o país atravessa desde a década de 50, *VERMELHO (1994)* menciona que "... *as epidemias de doenças infecciosas e parasitárias, no caso dos jovens, principalmente do sexo masculino, foram sendo substituídas pelas violências, o que determinou um novo padrão de mortalidade, que deve ser abordado segundo a multiplicidade de seus elementos...*" (P. 169) O incremento da mortalidade por causas externas que atinge os jovens e os adolescentes é observado concomitantemente com o processo de explosão do crescimento urbano, na década de 70.

Pesquisando o perfil do jovem vitimado pela violência no Município de São Paulo, *SAAD, MAMERI & MAIA (1998)* verificaram que o risco de morte por acidente de trânsito é maior entre jovens com maior nível de escolaridade e entre os

residentes nas áreas centrais do município, enquanto que o risco de morte por homicídio é maior entre os jovens com baixa escolaridade e entre os residentes das regiões periféricas da capital.

No grupo formado pelas mulheres jovens e adolescentes, observa-se que a mortalidade por causas relacionadas à gravidez constitui-se como o principal grupo de causas de morte (MAMERI, SAAD & MAIA, 1998). As causas obstétricas diretas, relacionadas aos problemas da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, representaram um importante grupo de causas de morte entre as mulheres jovens, levando os autores a afirmar que

*"Os dados mostram que, embora decrescente, a mortalidade materna ainda ocorre em níveis muitos elevados. Se hoje as mulheres estão menos expostas ao risco, isto se deve simplesmente ao fato de terem menos filhos que no passado. Mas quando engravidam, a chance de morrer por algum tipo de complicação é igual ou até maior do que há 15 anos." (P.41)*

JORGE (1998) calcula que as gestações terminadas em aborto foram responsáveis por 13% dos óbitos por causas maternas em 1995. Tendo em vista o problema da sub-informação do aborto nas estatísticas, essas mortes podem estar chegando a patamares ainda mais elevados. Atente-se ainda para que, grande parte da expressiva mortalidade materna no grupo decorre da má assistência pré-natal e ao parto.

Em relação à Aids, a população adolescente inicialmente passou ao largo das preocupações ligadas à epidemia. Atualmente, constata-se que um terço dos adultos jovens que desenvolveram a doença adquiriram-na na adolescência, embora o número de indivíduos que a manifestam nessa faixa etária seja pequeno se comparado à infância ou à idade adulta. Em 1982, começou a aumentar a incidência

de Aids no grupo e o Brasil, nas Américas, está entre os países com maior número de casos, ao lado dos EUA e do Haiti. Além da Aids, as doenças de transmissão por via sexual produzem uma elevada morbidade entre os adolescentes (SILBER, D'ANGELO & WOODWARD, 1995; VITIELLO et al., 1988).

Abordando a temática da epidemia da Aids sob o ponto de vista da análise de vulnerabilidade, AYRES, CALAZANS & FRANÇA JÚNIOR (1998) afirmam que : “... os adolescentes são um dos grupos que se encontram mais vulneráveis e, portanto, merecedores de esforços programáticos especiais.” (P.102) Os autores seguem destacando três importantes aspectos de vulnerabilização no grupo dos jovens e dos adolescentes. São eles:

- “1. Há informação, mas **pouca comunicação** efetiva sobre o assunto.
2. Há importantes **barreiras que limitam o acesso a meios de proteção**, de ordem material e cultural.
3. A margem entre satisfação de necessidades e risco tem se tornado extremamente estreita, especialmente entre as camadas mais pobres, configurando um grave quadro de **pobreza de alternativas**.”<sup>3</sup>(P.103)

Os autores acima citados, baseando-se nos dados do Boletim Epidemiológico de 1997, observam que a faixa etária de 20 a 24 anos - que representava o quarto lugar entre os indivíduos infectados pelo HIV, nos anos de 1980 a 1987 - passou para o segundo lugar, em 1996. O total de infectados nessa faixa correspondia a aproximadamente 90% dos casos da faixa etária que apresentava maior incidência (30 a 34 anos).

WALDVOGEL, TEIXEIRA, MORAIS & CASTIÑEIRAS (1998) observam uma tendência declinante na mortalidade por causas relacionadas à Aids, no grupo dos jovens paulistas. Os autores mencionam que

*“A redução da proporção de óbitos por Aids na população jovem masculina resultou, na verdade, da associação entre o aumento das causas violentas, principalmente os homicídios, e a queda observada no número de óbitos por Aids.” (P. 75)*

Ainda segundo esses autores, o peso da Aids no total das causas de morte entre os jovens paulistas é maior na população feminina e, analisando-se os casos notificados entre 1994 e 1995, predominava a transmissão por via sexual, com 56,4% dos casos. Os autores observam que, no início da década de 90, no Estado de São Paulo, a principal forma de transmissão do HIV era o uso de drogas injetáveis. O aumento da transmissão por via sexual, entre heterossexuais, indica a generalização do HIV/Aids por toda a população, perdendo todo o sentido a distinção por grupos de risco.

Na década de 90, observam-se importantes avanços tecnológicos em relação aos diagnósticos e às terapias voltadas para o HIV/Aids. Esses avanços, associados com a política de distribuição de medicamentos, permitiram um declínio da mortalidade devida à doença e a diminuição da ocupação de leitos hospitalares. Um efeito indesejado do avanço das tecnologias no campo do controle do HIV/Aids parece ser a banalização da doença, ou seja, a percepção de que não se trata de um agravo à saúde com sérias conseqüências para os indivíduos. No entanto, o HIV/Aids segue sendo um dos principais e mais graves problemas de saúde coletiva que assolam a população mundial e as práticas de prevenção continuam sendo o mais importante recurso para se fazer frente a essa epidemia em escala global<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Grifos dos autores.

<sup>4</sup> Sobre a política de distribuição de medicamentos, a diminuição de ocupação de leitos hospitalares por pacientes com HIV/Aids e a diminuição da mortalidade por causas associadas ao HIV/Aids, consultar o site <http://www.aids.gov.br>

Conclui-se que as complicações da gravidez, parto e puerpério representam um conjunto de causas ligadas à vida reprodutiva que põe em risco a saúde das adolescentes e das mulheres jovens. Chama ainda atenção a elevada incidência de concepções em idades precoces. A contaminação pelo HIV/Aids preocupa diante da precariedade com que é vivenciada a anticoncepção. Todos esses agravos à saúde podem ser prevenidos, demandando a implementação de políticas públicas na área da saúde voltadas para as necessidades específicas de jovens e de adolescentes. As características que marcam a mortalidade e os principais agravos à saúde entre jovens e adolescentes indicam a estreita relação entre saúde, sociedade e cidadania.

#### ***I.4.4 FECUNDIDADE E CONTRACEPÇÃO***

O grupo dos adolescentes constitui o único grupo em que se está desenrolando um sistemático aumento da fecundidade, ao contrário do que ocorre com os outros grupos etários. *PATARRA (1995)* comenta que:

*"Outra característica importante no declínio da fecundidade da mulher brasileira é que ele não se processou de maneira similar nas diversas faixa etárias. Verifica-se que as mulheres mais jovens constituíram o único grupo que apresentou, no período recente, aumento na sua fecundidade, origem do debate recente sobre gravidez na adolescência. Para os demais grupos etários, as taxas declinam com intensidade progressivamente maior à proporção que aumenta a idade, o que indica diminuição definitiva do tamanho da família e não apenas adiamento dos nascimentos". (P.66)*

Os estudos na área da reprodução têm relatado que as mulheres iniciam sua vida sexual na adolescência, sem praticar a contracepção e a prevenção das doenças

sexualmente transmissíveis. Desse modo, a mulher engravida logo nas primeiras relações sexuais (*PIROTTA, 1998; MORELL & MELO, 1995; MELO, 1993 e 1994; D'ORO, 1992*).

A primeira relação sexual representa um marco no processo de criação de identidade social das adolescentes em relação à vida reprodutiva. O início da vida sexual sem estar acompanhado de práticas contraceptivas eficazes pode levar a uma gestação, assim muitas vezes a adolescente assume a maternidade e o casamento (*SCHOR, 1995*).

Em estudo desenvolvido com mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos), residentes na Região Sul do Município de São Paulo, em 1992, observou-se que a idade mediana do início da vida sexual deu-se aos 18 anos e que 92,2% das mulheres pesquisadas tinham iniciado sua vida sexual antes dos 25 anos (*PIROTTA, 1998*). Desse modo, é na adolescência e na juventude que se inicia a vida sexual da mulher, muitas vezes sem qualquer tipo de orientação sexual ou de acesso aos serviços de saúde. As condições sociais que cercam o início da vida sexual entre adolescentes e jovens revelam que a gravidez não planejada e o risco de exposição ao HIV/Aids e às demais doenças sexualmente transmissíveis apresentam-se como realidades virtualmente possíveis diante da não existência de práticas de prevenção.

*MELO & YAZAKI (1998)* mencionam que, entre 1986 e 1996, observa-se uma antecipação do início da vida sexual entre as mulheres jovens e adolescentes. A antecipação da primeira relação sexual foi maior entre as jovens e adolescentes com menos de quatro anos de escolarização. No entanto esse fenômeno também pode ser observado em alguma medida em todos os estratos sociais e não somente no grupo

das jovens provenientes das camadas menos favorecidas da população, permitindo admitir-se a presença de uma tendência generalizada.

YAZAKI & MORELL (1998a) afirmam que as jovens e as adolescentes que não exerciam atividade econômica, residentes no Estado de São Paulo, em 1991, apresentavam maior taxa de fecundidade do que as ativas. Na Região Metropolitana de São Paulo, as jovens e as adolescentes pertencentes às camadas mais pobres da população estavam mais sujeitas à maternidade precoce. As autoras seguem comentando que

*"O menor número de filhos está estreitamente associado ao maior nível de escolarização da mãe. Além de indiretamente retardar a idade ao contrair o matrimônio e proporcionar à mulher mais acesso ao mercado de trabalho, a instrução assegura maior racionalidade reprodutiva, motivada pelas aspirações de criar e educar melhor os filhos, e amplia suas possibilidades de obter informações sobre métodos anticoncepcionais eficazes e de utilizá-los de forma adequada." (YAZAKI & MORELL, 1998a. P.111)*

BERQUÓ (1998) observa que a proporção de jovens em união conjugal diminui conforme aumenta a escolaridade. Segundo os dados do Censo Demográfico de 1991, tanto na faixa etária de 15 a 19 anos, quanto na faixa de 20 a 24, os percentuais de homens e mulheres unidos, com baixa escolaridade, eram maiores do que entre aqueles com mais anos de escolaridade. Destaca-se ainda que os percentuais de mulheres unidas eram maiores do que os de homens em todas as categorias, marcadamente no grupo com menos idade. Esses dados levam a autora a afirmar que *"Não há dúvida de que a precocidade da união conjugal guarda associação com o nível de escolaridade dos jovens."* (P. 98)

A escolaridade, desse modo, estaria relacionada à entrada tardia das mulheres nas uniões conjugais, preferência por famílias menores, maior aceitação dos métodos anticoncepcionais e tendência a ter menos gestações não planejadas. Também cabe questionar se a opção pelo aborto provocado diante da gravidez não planejada é um fator relevante na diferenciação do perfil reprodutivo entre as jovens e as adolescentes com maior escolaridade.

A relação entre a insatisfação das jovens com as perspectivas profissionais e a maternidade precoce pode ser constatada em vários outros estudos. SCHOR (1995) relata que, em 1992, 72,1% das jovens residentes na Região Sul do Município de São Paulo com idade até 15 anos estavam estudando e apenas 8,2% das mulheres com idade superior a 20 anos permaneciam no sistema educacional. Entre aquelas que ficaram grávidas na adolescência, 61,7% haviam parado de estudar. A autora comenta que

*"Nesse contexto, a gravidez precoce dificulta ainda mais a atuação profissional das jovens. É, então, factível a hipótese de que a própria desmotivação em relação às perspectivas profissionais seja um dos elementos que influenciam o desencadear da gravidez, já que o presente estudo revela-nos, em geral, que o evento da gravidez era desejado". (SCHOR, 1995. P.151)*

Caberia indagar, conseqüentemente, se a maternidade é vivenciada por essas jovens e adolescentes como uma alternativa de vida frente às dificuldades de acesso ao ensino de boa qualidade e às melhores vagas no mercado de trabalho.

As relações entre as expectativas profissionais da mulher, o acesso ao sistema escolar e as preferências reprodutivas merecem maiores estudos, dado à complexa rede de significados, aspirações e expectativas que são definidas no entrecruzamento



dessas esferas. Importantes elementos para a compreensão do comportamento reprodutivo entre jovens e adolescentes podem estar relacionados a esta teia de relações.

Sobre as condições em que se deu o início da vida sexual, *YAZAKI & MORELL (1998b)* observam que, entre jovens e adolescentes entrevistadas pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, no Estado de São Paulo, em 1996, a maioria havia iniciado a vida sexual com um namorado e mais da metade declarou que não fizera uso de nenhum método anticoncepcional na primeira relação. Desse modo, 86,1% das adolescentes com idade igual ou inferior a 19 anos e 75,7% das jovens com idade igual ou inferior a 24 anos tiveram a primeira relação sexual com um namorado e, respectivamente, 53,6% e 62,2% não usaram método anticoncepcional na primeira relação.

Estudando a anticoncepção e a adolescência, *SCHOR (1995)* observou que, quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance dela estar usando algum método anticoncepcional e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ocorrer uma gravidez logo nas primeiras relações. No que se refere ao conhecimento dos métodos anticoncepcionais, os estudos têm constatado um alto nível de conhecimento, de modo que o não-uso não deve ser relacionado diretamente com a falta de informação. Entre os fatores que influenciam o não-uso de métodos anticoncepcionais está a esporadicidade e a falta de planejamento das relações sexuais, os mitos em relação à *performance* sexual, entre outros (*DOMINGUES, 1997; SCHOR et al., 1996*). Nesse contexto, à medida em que o casal de jovens não está consciente em relação à importância dos cuidados com a saúde reprodutiva e

sexual, a mulher engravida logo nas primeiras relações sexuais, desencadeando um processo de mudanças imprevistas em sua vida.

Estudando o perfil das adolescentes gestantes na Cidade de São Carlos, em 1992, *D'ORO (1992)* observa que elas engravidaram enquanto eram solteiras, numa relação de namoro com um parceiro em média cinco anos mais velho. As adolescentes eram, em sua maioria, dependentes economicamente do pai e, após o parto, dependentes do parceiro. Ao engravidar, 90,0% delas já tinham interrompido os estudos, alegando falta de motivação para estudar e necessidade de trabalhar. Embora todas conhecessem pelo menos um método anticoncepcional, muitas não faziam uso de nenhum método antes da gravidez, sugerindo uma exposição voluntária ao risco de engravidar.

*VITIELLO et al. (1988)*, estudando a gravidez entre jovens de alto nível econômico, observaram que 77,1% das adolescentes grávidas usavam algum método anticoncepcional mas, dentre estas, havia um elevado número (57,5%) de usuárias da técnica de abstenção periódica, que consideravam um método mais *natural*. O autor comenta que *"Mesmo entre as que engravidaram apesar do emprego de métodos anticoncepcionais, verificou-se ter sido elevada a freqüência de falhas devidas às pacientes"* (*VITIELLO et al., 1988. P.118*).

Segundo *BRITO & RODRIGUES (1998)*, 78,7% das internações de adolescentes, no grupo dos 15 aos 19 anos, entre os atendimentos realizados pelo SUS, em 1995, relacionavam-se a complicações da gravidez, parto e puerpério. Na totalidade da população feminina, este valor correspondia a apenas 22,5% dos casos, chamando a atenção para o alto peso que a reprodução adquiriu nos atendimentos hospitalares realizados entre as adolescentes.

A *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, realizada no Cairo, em 1994, ressalta a importância da implementação de ações voltadas para a saúde reprodutiva dirigidas aos jovens e adolescentes. Segundo esse documento, os jovens e adolescentes devem ter acesso a informações e serviços que os auxiliem a tomar decisões responsáveis e a se protegerem de gravidezes indesejadas, das doenças sexualmente transmissíveis e do risco de infertilidade. Recomenda-se que as necessidades dos jovens e adolescentes sejam pesquisadas para o estabelecimento de programas de saúde, que devem abordar as relações de gênero, a violência contra adolescentes, o comportamento sexual responsável, o planejamento familiar, a vida familiar e a saúde reprodutiva, entre outros. Há, ainda, uma menção específica à importância de um processo educativo que incentive o homem a respeitar a autodeterminação feminina e a partilhar o processo de regulação da fecundidade com a mulher.<sup>5</sup>

No Brasil, em conformidade com as recomendações das agências internacionais de saúde, o Ministério da Saúde criou o PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente - visando a promoção integral da saúde do adolescente. Embora represente um marco na atenção à saúde dos jovens brasileiros, o programa não se concretizou para a parcela majoritária da população, cujo acesso aos serviços de saúde só acontece quando a gestação é uma realidade ou quando o indivíduo já está doente. (*SCHOR, 1995; COSTA, 1992; ALVARENGA & SCHOR, 1998*)

---

<sup>5</sup> NAÇÕES UNIDAS: PROGRAMME OF ACTION OF THE UNICPD. A. Reproductive rights and reproductive health: basis for action. 1994. [on line] Disponível na Internet: <http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p07002.html>

## ***1.5 REFERENCIAL TEÓRICO***

O século XX foi marcado pelo surgimento de novos atores sociais no debate público e nos espaços políticos. Após a 2ª Grande Guerra, a Declaração dos Direitos Humanos de 1948 reafirmou a noção de igualdade social e política, subsidiando, no campo ideológico, as reivindicações de diversos grupos sociais excluídos da esfera de decisão política. Ao lado de um processo de intensas mudanças sociais, com o respaldo do discurso dos Direitos Humanos, novas demandas foram articuladas, antigas aspirações foram ressignificadas e novos atores sociais consolidaram seu lugar na sociedade.

A luta das mulheres pela igualdade social e política alcançou decisivamente o espaço público, na forma de um movimento social, consolidando-se como um novo e importante ator político no decorrer do século. Do ponto de vista teórico, esse processo desdobrou-se em uma grande produção filosófica e científica, elaborando-se uma crítica aos poderes socialmente instituídos e gerando novos conceitos.

No âmbito desse debate, é formulado o conceito de “*gênero*”. O desenvolvimento desse conceito foi uma decorrência dos movimentos feministas que tiveram lugar na década de 70, no processo de luta social das mulheres por igualdade de direitos, e almejou analisar e explicar a condição de subordinação das mulheres. Essa subordinação deve-se à manifestação de um poder social difuso e múltiplo, que não se limita exclusivamente a alguma instituição ou algum tipo de autoridade.

Segundo *BARBIERI (1991)*, uma primeira abordagem sobre o problema da subordinação feminina identificou a reprodução, na sociedade moderna, do padrão arcaico bíblico marcado pela dominação masculina. O conceito de patriarcado

tornou-se categoria explicativa central nessa corrente. (MILLET, 1975; BEAUVOIR, s/d) Uma segunda postura veio a gerar conhecimento sobre as condições concretas de vida das mulheres, cujas pesquisas ficaram conhecidas como "*estudos sobre as mulheres*" (SCOTT, 1992; PERROT, 1988). Nessa última vertente, os estudos polarizaram-se em torno de duas linhas: uma que se concentrou no estudo das mulheres e de sua condição social e, outra, que se concentrou na sociedade como geradora do processo de subordinação que recai sobre as mulheres.

Segundo COUTO (2001), a partir do final da década de 80, com o desenvolvimento das teorias feministas e com a inserção dessa perspectiva no meio acadêmico, o conceito de gênero passou a apresentar-se como uma categoria que abarca a perspectiva relacional entre a divisão de papéis sexuais.

Por gênero, convencionou-se designar o processo pelo qual a sociedade constrói as diferenças sexuais, classificando-as e atribuindo-lhes valores e obrigações, através da elaboração coletiva de uma série de representações que delimitam os papéis masculino e feminino. O processo de separação dos papéis sexuais e as dicotomias que surgem nesse processo são naturalizadas pelo discurso social. A sexualidade é condicionada pela estruturação dos poderes e, sobre a sexualidade, desenvolve-se um processo de rotulações e criação de identidades.

Segundo HEILBORN (1997)

*"...gênero é um conceito que visa apontar para a não continuidade entre o sexo físico e o sexo social, e que tem sido usado por diversos campos do conhecimento. O comportamento esperado de uma pessoa de um determinado sexo é produto das convenções sociais acerca do gênero em um contexto social específico. E mais, essas idéias sobre o que se espera de homens e mulheres são produzidas relacionalmente,*

*isto é, quando se fala em identidades socialmente construídas, o discurso sociológico/antropológico está enfatizando que a atribuição de papéis e identidades para ambos os sexos forma um sistema simbólico concatenado." (P.108)*

Ao voltar-se para o caráter relacional que marca a divisão social dos papéis sexuais, o conceito de gênero ganha um forte potencial explicativo, pois aponta para a existência de um “*sistema simbólico concatenado*” que organiza a experiência do indivíduo e dos grupos sociais em relação aos papéis sexuais. O sistema simbólico dá sentido e estabelece parâmetros para a ação do indivíduo e dos grupos sociais.

Discutindo o caráter relacional do conceito de gênero e suas relações com as Ciências Sociais, *COUTO (2001)* menciona que

*“Uma área em que se tem observado, nos últimos anos, a tentativa de incorporar o gênero na teoria social é o campo das masculinidades. É certo que as pesquisas recentes sobre masculinidades vêm seguindo a trilha inaugurada pelos estudos de gênero de enfoque feminista que, a partir dos anos 80, passam a considerar que as reflexões teóricas e as pesquisas empíricas não podem acontecer sem que o foco recaia no masculino e no feminino.” (P.35)*

Dando prosseguimento à discussão, *COUTO (2001)* observa que os estudos sobre masculinidades têm se voltado para o campo da reprodução, até então centrados predominantemente no papel da mulher e nos ônus da vida reprodutiva sobre a mulher.

Segundo a autora,

*“...na área da sexualidade e da reprodução, as pesquisas voltam-se à reflexão de alguns aspectos da experiência de ‘ser homem’ em diferentes grupos sociais marcados por características particulares no campo etário, étnico e de classe, lançando um olhar, ao mesmo tempo preocupado e crítico, para o fato de que a temática da reprodução*

*estruturou-se com a ausência das masculinidades. Em outras palavras, que os estudos de gênero que focalizaram as dimensões masculinas, fizeram-na por meio da sexualidade, sobretudo com base na homossexualidade. É então que a área dos direitos reprodutivos e o impacto do papel masculino na reprodução ganham força.” (P.36)*

A partir do seu desenvolvimento inicial, no bojo da luta das feministas pelos direitos da mulher e contra a discriminação sexual, a articulação teórica em relação aos papéis sexuais vai amadurecendo e ganhando espaço no interior das teorias sociais. Nesse sentido, a elaboração do conceito de gênero representa um marco importante para o alargamento das perspectivas teóricas dos estudos sobre os papéis sexuais. O conceito de gênero torna-se um importante elemento explicativo em pesquisas voltadas para outros campos do saber, transcendendo e alargando o seu significado original. A relação entre gênero e os poderes estruturantes da sociedade vai sendo evidenciada, desdobrando-se em novas perspectivas para as Ciências Sociais.

No entanto, no debate em curso sobre o campo de reflexão ligado ao conceito de gênero, novas polêmicas estão continuamente instaurando-se e vale observar que alguns autores chamam a atenção para o caráter etnocêntrico que essas formulações carregam e para a impossibilidade do estabelecimento, em bases sólidas, de uma abrangência universal de um modo de conceber a relação entre o masculino e o feminino e de sua própria existência enquanto princípios gerais abstratos. (PISCITELLI, 1997; SUÁREZ, 1997)

A distribuição do poder pela sociedade é um dos aspectos que marca a discussão sobre os papéis de gênero. BOURDIEU (1999), ainda que não se refira diretamente à construção do conceito de gênero no âmbito das teorias feministas, remete as relações de gênero à esfera da produção simbólica. O autor define o poder

simbólico como “*um poder de construção da realidade*” (BOURDIEU, 1989). Os sistemas simbólicos transcendem a função meramente comunicativa para estruturarem um sistema de relações de poder.

*“É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os ‘sistemas simbólicos’ cumprem sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, segundo Weber, para a ‘domesticação dos dominados’.”*<sup>6</sup> (BOURDIEU, 1989. P. 11)

Trava-se, tanto na esfera da vida cotidiana quanto no âmbito dos produtores simbólicos especializados (como os profissionais da área do saber e da mídia), uma luta simbólica que tem como objetivo “*...impor a definição do mundo social mais conforme aos seus interesses*” (BOURDIEU, 1989. P.11). Os sistemas simbólicos estabelecem divisões e hierarquizações que revelam a luta entre as classes sociais. O poder simbólico que deriva daí define-se como “*... esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou que o exercem.*” (BOURDIEU, 1989. P.8)

A partir da investigação dos sistemas simbólicos de reprodução do poder, BOURDIEU (1999) é levado ao problema da dominação masculina. O autor afirma que

*“As aparências biológicas e os efeitos, bem reais, que um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social produziu nos corpos e nas mentes, conjugam-se para inverter a relação entre as causas e os efeitos e fazer ver uma construção social naturalizada (os ‘gêneros’ como habitus sexuais), como o fundamento*

---

<sup>6</sup> Grifos do autor.



*in natura da arbitrária divisão que está no princípio não só da realidade como também da representação da realidade e que se impõe por vezes à própria pesquisa.” (p.9)*

Na passagem acima, o autor chama atenção para a arbitrariedade da distinção entre as características biológicas dos sexos e suas implicações sociais. Para *Pierre BOURDIEU*, estamos diante de uma operação simbólica, coletivamente produzida, que naturaliza as diferenças sociais. O discurso simbólico inverte a relação entre causas e efeitos, ao tomar a natureza biológica das diferenças como causa da distribuição desigual do poder entre os gêneros, mas essa natureza biológica já é por si uma construção social naturalizada.

Como descreve *BOURDIEU (1999)*,

*“A diferença **biológica** entre os **sexos**, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino e, especificamente, a diferença **anatômica** entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os **gêneros** e, principalmente, da divisão social do trabalho.”<sup>7</sup> (P. 20)*

Nessa passagem, *BOURDIEU* chama atenção para a relação entre a construção social das diferenças de gênero e os corpos masculinos e femininos, que se desdobram em uma distribuição desigual do poder. É a partir dos corpos que as diferenças são justificadas:

*“Embora a idéia de que a definição social do corpo, e especialmente dos órgãos sexuais, é produto de um trabalho social de construção se tenha banalizado de todo por ter sido defendida por toda a tradição antropológica, o mecanismo de inversão da relação entre causas e efeitos, que eu tento aqui demonstrar, e pelo qual se efetua a*

---

<sup>7</sup> Grifos do autor.

*naturalização desta construção social, não foi, a meu ver, totalmente descrito. O paradoxo está no fato de que são as diferenças visíveis entre o corpo feminino e o corpo masculino que, sendo percebidas e construídas segundo os esquemas práticos da visão androcêntrica, tornam-se o penhor mais perfeitamente indiscutível de significações e valores que estão de acordo com os princípios desta visão: não é o falo ( ou a falta de ) que é o fundamento dessa visão de mundo, e sim é essa visão de mundo que, estando organizada segundo a divisão em **gêneros relacionais**, masculino e feminino, pode instituir o falo, constituído em símbolo da virilidade, de ponto de honra (nif) caracteristicamente masculino; e instituir a diferença entre os corpos biológicos em fundamentos objetivos da diferença entre os sexos, no sentido de gêneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas.”<sup>8</sup> (P 32-33)*

*Pierre BOURDIEU* chama atenção para a naturalização da construção social dos corpos masculinos e femininos. Partindo do pressuposto de que o corpo é apropriado e significado pela cultura, o autor destaca que as diferenças entre o corpo masculino e o feminino, especialmente no âmbito das diferenças ligadas à sexualidade, são percebidas e construídas a partir da visão androcêntrica. Assim, é o esquema de percepção androcêntrico, no contexto da luta simbólica, que institui as diferenças biológicas como fundamento da dominação masculina:

*“Longe das necessidades da reprodução biológica determinarem a organização simbólica da divisão social do trabalho e, progressivamente, de toda a ordem natural e social, é uma construção arbitrária do biológico, e particularmente do corpo, masculino e feminino, de seus usos e de suas funções, sobretudo na reprodução biológica, que dá um fundamento aparentemente natural à visão androcêntrica da divisão de trabalho sexual e da divisão sexual do trabalho e, a partir daí, de todo o cosmos. A força particular da sociodicéia masculina lhe vem do fato dela acumular e condensar duas operações: **ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada.**”<sup>9</sup> (P. 33)*

---

<sup>8</sup> Grifos do autor.

<sup>9</sup> Grifo do autor.

*BOURDIEU*, na passagem citada acima, destaca que a “*construção arbitrária*” dos corpos masculinos e femininos, de “*seus usos e suas funções*”, fundamenta o estabelecimento das hierarquias entre os gêneros. O discurso androcêntrico fundamenta a dominação masculina através de sua inscrição na natureza biológica, que a torna legítima. Por sua vez, a própria natureza biológica das diferenças é uma “*construção social naturalizada*”.

As dicotomias estabelecidas entre os sexos impregna todo o mundo social e está objetivada e presentificada na vida social. Essas dicotomias são incorporadas nos corpos e também funcionam como “*...esquemas de percepção, de pensamento e de ação.*” (*BOURDIEU, 1999. P. 17*) As operações simbólicas que fundamentam a percepção e a classificação dos corpos também se revelam nas práticas e nas ações.

*COUTO (2001)* observa que:

*“Seja o discurso ou sejam as práticas sociais – instâncias do social que dizem o que é do âmbito do ‘ser homem’ e o que é do âmbito do ‘ser mulher’ – as categorias de gênero exercem seu efeito sobre a pessoa inteira: do modo de falar ao uso do corpo; das atitudes situacionais ao modo de exercer a sexualidade. Isso porque, enquanto categorização social, os modelos de gênero são incorporados como habitus, estruturando as relações sociais. Embora estas categorizações sejam fruto de construções sócio culturais, elas são percebidas pelos indivíduos como naturais, uma realidade ontológica.” (P.46)*

Destaca-se dessas considerações sobre a obra de *Pierre BOURDIEU* que os sistemas simbólicos, ao conformarem uma visão de mundo, impõem uma relação de dominação; que as relações de gênero formam um sistema simbólico e estruturam a hierarquia social; que as diferenças entre os gêneros são naturalizadas pelo discurso androcêntrico e sua justificativa está inscrita nos corpos; e, finalmente, que as

dicotomias entre os gêneros estão presentes na construção dos corpos, nos gestos, nas coisas e nas práticas.

Outro aspecto que apresenta relevância para o presente estudo é o conceito de “projeto”, conforme foi desenvolvido por *Gilberto VELHO*. Refletindo sobre a heterogeneidade e a variedade de experiências e costumes que marcam a vida metropolitana nas sociedades complexas industriais modernas, *VELHO (1987)* afirma que

*“Tomando-se como referência qualquer sociedade, poder-se-ia dizer que ela vive permanentemente a contradição entre as **particularizações** de experiências restritas a certos segmentos, categorias, grupos e até indivíduos e a **universalização** de outras experiências que se expressam culturalmente através de conjuntos de símbolos homogeneizadores – paradigmas, temas etc.”<sup>10</sup> (P.18)*

As sociedades complexas, que se desenvolveram após a Revolução Industrial, foram marcadas pelo surgimento de grandes metrópoles. Essas metrópoles são “...a expressão aguda e nítida desse modo de vida, o locus, por excelência, das realizações e traços mais característicos desse novo tipo de sociedade.” (P.17) A metrópole é o palco onde coexiste uma diversidade de tradições, costumes, crenças e práticas que tem raízes em origens étnicas, pertencimento a grupos sociais específicos, pertencimento a grupos religiosos, tipos de inserções ocupacionais, entre outros.

*Gilberto VELHO (1987)* debruça-se sobre a questão da unidade e da descontinuidade nas sociedades complexas contemporâneas. Nesse contexto, o autor menciona que “Uma questão interessante em antropologia é, justamente, a procura

---

<sup>10</sup> Grifos do autor.

*de localizar experiências suficientemente significativas para criar fronteiras simbólicas.” (P.16)*

Existindo na vida social uma constante tensão entre a particularização de experiências restritas a determinados grupos e a universalização de outras experiências, *VELHO (1987)* indica que existem temas ou paradigmas culturais especialmente significativos, possuindo “...um potencial de difusão e contaminação maior do que outros.” (P.18)

Entre as experiências significativas, capazes de estabelecer fronteiras simbólicas, as opções e as práticas voltadas para a fecundidade e sua regulação parecem ser um conjunto de valores, de aspirações e de ações que estão diretamente relacionadas com a diferenciação social.

O complexo conjunto de significações ligadas à reprodução e à sexualidade expressa, por um lado, o processo de delimitação de “*fronteiras simbólicas*” entre os grupos sociais. Por outro lado, essas significações são fortemente marcadas pelas dicotomias de gênero.

Segundo *VELHO (1987)*, “*Os indivíduos participam diferencialmente de códigos mais restritos ou mais universalizantes.*” (P.19) A pressuposição básica dessa afirmação é que os indivíduos têm uma relativa liberdade de escolha e que a individualização sempre é possível em maior ou em menor escala em qualquer sociedade.

*VELHO (1987)* argumenta que

*“Em toda sociedade, existe, em princípio, a possibilidade da individualização. Em algumas será mais valorizada e incentivada do que outras. De qualquer forma, o processo de individualização não se dá fora de normas e padrões por mais que a liberdade individual possa ser valorizada.” (P.25)*

A discussão sobre as relações entre sociedade e indivíduo fundamentam o conceito de “*projeto individual*” articulado pelo autor. O projeto individual é uma tentativa consciente de dar sentido às vivências fragmentárias experimentadas na metrópole. Um projeto não é um fenômeno puramente subjetivo, mas se estabelece na pauta de um campo de possibilidades construídas social e historicamente. Além disso, os projetos são sempre comunicáveis e verbalizáveis. Não existe um projeto puro, sendo que os projetos são referidos ao outro e ao social. “*Os projetos são elaborados e construídos em função de experiências sócio-culturais, de um código, de vivências e interações interpretadas*” (VELHO, 1987. P.26) Os projetos não são fixos, podendo ser substituídos e sofrer mudanças. Entre o que foi projetado originariamente e o que os indivíduos verbalizam, sempre haverá uma lacuna. No entanto, o projeto possui um caráter consciente.

Discutindo as relações entre a experiência individual e o repertório de possibilidades culturais e sociais oferecido por uma dada circunstância histórica, ou seja, a relação entre indivíduo e sociedade, o autor observa que a racionalidade de um projeto é relativa, pois alimenta-se de referências culturais. As emoções são a matéria-prima dos projetos individuais, mas mesmo as emoções são toleradas ou condenadas no interior de um grupo e da sociedade. Assim, os desejos, as emoções e os sentimentos são limitados pelas regras e convenções sociais. Mesmo assim, VELHO (1987) afirma que “... a sociologia dos projetos tem de ser, em alguma medida, sociologia das emoções.” (P. 29)

Transcendendo da noção de projeto individual para a de projeto social, VELHO (1987) indica que

*“A possibilidade da formação de grupos de indivíduos com um **projeto social** que englobe, sintetize ou incorpore os diferentes projetos individuais, depende de uma percepção e vivência de **interesses comuns** que podem ser os mais variados, como já foi mencionado – classe social, grupo étnico, grupo de status, família, religião, vizinhança, ocupação, partido político etc.”<sup>11</sup> (P.33)*

O autor segue refletindo sobre a dinâmica do projeto social:

*“A estabilidade e a continuidade desses projetos supra-individuais dependerão de sua capacidade de estabelecer uma definição de realidade convincente, coerente e gratificante – em outras palavras, suas eficácia simbólica e política propriamente dita.”(P.33)*

Sendo possível partilhar e compartilhar dos significados dos projetos, eles atingem a esfera da produção cultural. Os projetos, assim elaborados, implicam relações de poder e conformam uma visão de mundo. Assim, os projetos são “potencialmente públicos” e “...estão diretamente ligados à organização social e aos processos de mudança social.” (VELHO, 1987. P. 34)

O conceito de cultura é aqui tratado como a esfera de uma produção simbólica e de um sistema de símbolos produzidos pelos homens em interação social. A cultura é antes de tudo um sistema de comunicação, que possui um dinamismo próprio, não se restringindo a um mero repositório de tradições e de objetos. Um dos mais importantes defensores dessa corrente é o antropólogo Clifford GEERTZ (1989), que propõe que o antropólogo trabalhe como um hermeneuta dos códigos culturais:

---

<sup>11</sup> Grifos do autor.

*“... há três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o dito num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis.” (P. 31)*

Na perspectiva da antropologia urbana, as atenções têm se dirigido para o processo de construção da subjetividade e para as dinâmicas próprias dos códigos culturais, admitindo-se que os grupos sociais possuem aspirações próprias e que suas ações são pautadas por suas próprias contingências e por sua visão de mundo, mediadas pelas limitações impostas pelas regras e padrões sociais. O desenvolvimento dessa vertente tem como consequência a crítica ao modelo positivista – baseado na dicotomia entre o sujeito e o objeto do saber.

A propósito dos grupos sociais que são estudados preferencialmente pelos pesquisadores, CALDEIRA (2000) comenta que:

*“Os intelectuais brasileiros, inclusive antropólogos, têm estudado preferencialmente grupos sociais subalternos: o pobre, o negro, o índio, o membro de minorias étnicas ou sexuais, e os trabalhadores organizadores de movimentos sociais. Estes têm sido os ‘outros’ a serem conhecidos (e trazidos para a modernidade). Enquanto os subalternos são escrutinados, mantém-se silêncio sobre a elite, da qual os intelectuais fazem parte. A alteridade torna-se, assim, uma questão de relações de poder mas neste caso as relações são intrínsecas à sociedade dos antropólogos.” (P.22)*

A afirmação que Teresa CALDEIRA faz a respeito de estudos antropológicos pode ser estendida ao campo da saúde coletiva. Frequentemente, os estudos sobre a saúde coletiva, destacadamente sobre a saúde reprodutiva, têm-se voltado para as camadas mais pobres da população. Numa sociedade marcada fortemente pela exclusão social, situação que determina diversos agravos à saúde da população, é



compreensível e esperado que as atenções se dirijam para os grupos mais excluídos socialmente.

No entanto, o escrutínio dos grupos excluídos mantém intactos os grupos hegemônicos, o que leva a idealizá-los como um paradigma a ser atingido pelos grupos subalternos. A assimetria construída na produção do saber introduz um preconceito de caráter “*evolucionista*” ou “*etapista*”, colocando os grupos sociais excluídos numa posição de subalternidade e atribuindo às elites um modelo idealizado de comportamento, a ser alcançado pelos grupos excluídos.

Trata-se, mais uma vez, de um sistema de distinção. A esfera da reprodução é um terreno fortemente marcado pela luta por distinção social. As condutas perante a reprodução são carregadas de valores simbólicos, produzindo signos que indicam essa distinção. Esses signos são produzidos, apropriados e reapropriados pelos grupos sociais no processo de interação simbólica. Eles representam a “*moeda de troca*” na luta por distinção social.

Os universitários constituem um grupo social que freqüentemente está à margem das pesquisas sobre saúde reprodutiva e fecundidade. Do ponto de vista da noção de “*projeto*”, este é um grupo privilegiado para o estudo das intenções reprodutivas e para outras questões ligadas ao planejamento da fecundidade. A compreensão da dinâmica com que as opções e práticas contraceptivas é estabelecida no grupo permite entrever que essas práticas e o imaginário que as cercam formam um sistema simbólico capaz de estabelecer “*fronteiras*” no interior de uma sociedade marcada pela fragmentação e pela heterogeneidade de arranjos culturais.

Por outro lado, a compreensão dos valores que articulam as condutas no âmbito da vida reprodutiva entre jovens universitários esbarra em preconceitos de

gênero que possuem raízes históricas e, estando fortemente arraigadas na cultura, marcam estruturalmente a sociedade. Ainda mais, as dificuldades enfrentadas pelos jovens universitários em relação à vida reprodutiva ilumina fortemente as lacunas existentes nas políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva entre a população jovem, sobretudo para que essas políticas não incorporem o jovem do sexo masculino em atividades ligadas à prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, reproduzindo assimetrias de gênero no âmbito da organização dos serviços de atenção à saúde da população.

## ***1.6 OBJETIVOS***

Este estudo teve por objetivos:

1. Caracterizar a história reprodutiva de jovens universitários dos diversos cursos de graduação da Universidade de São Paulo, com idade até 24 anos, através de um levantamento das condutas ligadas à contracepção e à vida reprodutiva.
2. Realizar um estudo do universo simbólico que cerca a vivência da sexualidade e as opções no âmbito da reprodução, objetivando compreender os valores e as crenças que a orientam, e aprofundar o entendimento das condutas e das práticas voltadas para a contracepção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis no grupo.

## ***II. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS***

O propósito do presente capítulo é descrever os procedimentos metodológicos adotados pela pesquisa. O estudo foi marcado pelo desenvolvimento de uma metodologia de caráter quali-quantitativo. A opção por uma metodologia mista deveu-se ao interesse em conhecer como o grupo pesquisado, caracterizado por um alto padrão de escolaridade, comportava-se em relação às variáveis clássicas no campo da saúde reprodutiva, que se apresentam nos trabalhos demográficos e nos trabalhos versando sobre a saúde da mulher, sem perder de vista o forte aspecto subjetivo que marca as práticas ligadas à sexualidade. Optou-se pela realização de entrevistas em profundidade por considerar-se que esse método poderia contribuir para o aprofundamento do conhecimento no campo da saúde reprodutiva e da contracepção.

Os trabalhos de campo foram desenvolvidos em duas etapas: na primeira etapa, foi aplicado um questionário (ANEXO 1) contendo questões fechadas que foram analisadas estatisticamente e, na segunda etapa, foram gravadas entrevistas em profundidade a partir de um roteiro temático (ANEXO 2) com os alunos que se ofereceram voluntariamente para continuar participando da pesquisa.

## **II.1 ESTRUTURA ACADÊMICA DA GRADUAÇÃO DA USP**

A Universidade de São Paulo "...é a maior instituição de ensino público superior e de pesquisa no país, com um porte comparável ao das maiores do mundo. É considerada, ainda uma das melhores universidades da América Latina por organizações internacionais como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)"<sup>12</sup> Trata-se de uma instituição ligada ao governo do Estado de São Paulo que conta com 33 faculdades, escolas e institutos onde estudam 38 mil alunos somente em nível de graduação. A USP conta com uma sede principal localizada na Cidade Universitária "*Armando de Salles Oliveira*", na Cidade de São Paulo, e com outros cinco *campi* distribuídos pelo interior do Estado. Somam-se a tais unidades diversos centros de estudo, institutos especializados, museus e autarquias associadas.

Para as finalidades deste projeto, optou-se por escolher a Cidade Universitária "*Armando de Salles Oliveira*" e as demais unidades situadas na Cidade de São Paulo como as localidades em que foi realizada a pesquisa. Tal opção deve-se à necessidade de delimitar a região a ser pesquisada, evitando que as peculiaridades socioculturais advindas de outras regiões do Estado interferissem nos resultados da pesquisa, repercutindo aleatoriamente nos resultados dos levantamentos. Além disso, os custos e o dispêndio de tempo tornariam inexecutável a pesquisa, em nível de doutorado, diante do tamanho e da complexidade que a estrutura da USP possui.

A Cidade Universitária "*Armando de Salles Oliveira*", localizada no bairro do Butantã, na Cidade de São Paulo, conta com 23 escolas e institutos, além de museus, bibliotecas, conjunto residencial para moradia de estudantes, hospital universitário,

---

<sup>12</sup> Informação obtida *on line* através do site da USP na Internet <http://www.usp.br>, em jun/98.

centro de práticas esportivas, restaurantes e outros serviços. Há ainda outras quatro unidades que se situam fora do *campus* universitário do Butantã, são elas: a Escola de Enfermagem, a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Saúde Pública que formam o chamado *campus* de Pinheiros; e a Faculdade de Direito, localizada no Largo São Francisco, no centro da Cidade de São Paulo, que foram incluídas na pesquisa.

Segundo os dados do *ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA USP (1998)*<sup>13</sup>, no ano de 1997, na Cidade de São Paulo, a universidade contava com 30.910 alunos distribuídos por 47 cursos de graduação. No *campus* do Butantã, estudavam aproximadamente 26.000 alunos em nível de graduação, enquanto que nas demais unidades localizadas na Cidade de São Paulo, encontravam-se outros 5.000 alunos.

Considerando-se a subdivisão por áreas do conhecimento, a área de humanas conta com seis escolas, onde se desenvolvem as atividades de 20 cursos de graduação, que, por sua vez, subdividem-se em diversas habilitações, bacharelados e licenciaturas. No primeiro semestre de 1997, havia 17.010 alunos matriculados nas carreiras da área de humanas, na Cidade de São Paulo.

Os cursos da área de biológicas se distribuem por nove escolas, onde se desenvolvem as atividades de 13 cursos de graduação também subdivididos em diferentes habilitações. Foram identificados 5.666 alunos de graduação matriculados na área de biológicas, no primeiro semestre de 1997.

A área de exatas conta com seis escolas, nas quais são ministrados 22 cursos de graduação, subdivididos em diversas habilitações. Nessa área somavam-se 8.234 alunos matriculados, no início de 1997.

---

<sup>13</sup> Informação obtida *on line* através do *site* da USP na internet <http://www.usp.br>, em mai/99.

## ***II.2 LEVANTAMENTO QUANTITATIVO: A PRIMEIRA ETAPA DO TRABALHO DE CAMPO***

### ***II.2.1 PLANO AMOSTRAL***

Tendo em vista o grande contingente de alunos da USP, foi realizado um levantamento sobre a população universitária ingressante no ano de 1999, tendo por finalidade fornecer subsídios para a elaboração de uma amostra representativa dos alunos da Universidade.

Utilizaram-se os dados do questionário de avaliação sócio-econômica dos alunos chamados para a primeira matrícula, no ano de 1999, disponibilizados pela FUVEST, através da internet.<sup>14</sup> Esses alunos estavam no 1º ano da faculdade no ano seguinte, quando a pesquisa se iniciou. As informações referentes ao conjunto da comunidade acadêmica foram obtidas no Anuário Estatístico da USP.

A distribuição da variável sexo entre o total dos matriculados na Universidade, no ano de 1999, indicou uma ligeira predominância de alunos do sexo masculino (56,3%).<sup>15</sup> A presença de um maior número de homens ou de mulheres em um determinado curso variou segundo especificidades de cada graduação, refletindo aspectos socioculturais do mercado de trabalho e das profissões.

---

<sup>14</sup> Todas as informações sobre os alunos ingressantes no ano de 1999 foram obtidas *on line* através do site da FUVEST na internet <http://www.fuvest.br>, no 1º semestre de 1999.

<sup>15</sup> Informação obtida *on line* através do site da USP na internet <http://www.usp.br>, em maio de 1999.

Em relação ao estado civil, a grande maioria dos universitários (95,2%) era solteira ao ingressar no vestibular de 1999. Apenas 3,3% dos total dos ingressantes no ano de 1999 estavam casados antes de iniciar os estudos universitários.

Por tratar-se de uma população constituída basicamente por indivíduos solteiros, o presente estudo voltou-se para as modalidades que os relacionamentos afetivos e sexuais adquirem fora do contexto de uma união estável<sup>16</sup>.

Em 1999, a maioria dos estudantes universitários ingressantes (68,3%) era proveniente da escola particular. A escola pública vinha em segundo lugar, com 23,6% dos alunos e 7,0% dos alunos cursaram parte de seus estudos na escola pública e parte na particular.

A nota de corte revelou-se um importante indicador do perfil dos alunos, sendo que, nos cursos cuja nota de corte é menor, observou-se maior presença de estudantes provenientes do sistema educacional público e daqueles que trabalhavam para participar das despesas da família.

O levantamento do perfil dos alunos ingressantes na Universidade de São Paulo, no ano de 1999, indicou que os estudantes universitários são oriundos de famílias que possuem diferentes inserções socioeconômicas. Ainda assim, não se deve perder de vista que os jovens universitários possuem uma identidade de grupo, construída a partir da sua condição de estudante.

A partir desse levantamento preliminar, considerou-se que, diante das indagações do presente estudo voltadas para o comportamento reprodutivo e suas representações, os diferenciais que poderiam ocorrer em função da área de

---

<sup>16</sup> Entende-se por união estável, no presente estudo, o casamento e a união duradoura do casal com intuito de formação de núcleo familiar.



conhecimento em que o aluno se inseria não seriam mais significativos do que o perfil sócioeconômico daquele aluno.

Optou-se, por conseguinte, pelo delineamento de uma amostra que contemplasse o conjunto da população universitária. Para a elaboração do plano amostral, foi realizado um sorteio das disciplinas oferecidas em nível de graduação. Solicitou-se à Pró-Reitoria de Graduação da USP uma relação de todas as disciplinas oferecidas pelas unidades que compõem a Universidade, na Cidade de São Paulo, em nível de graduação, com o número respectivo de alunos matriculados em cada disciplina. Os dados referiam-se ao 2º semestre do ano de 1999, quando foi realizado o trabalho de campo. Foram entrevistados todos os alunos presentes em sala de aula, no dia da realização da pesquisa.

### ***II.2.1.1 Dimensionamento da amostra***

Tendo em vista a finalidade do estudo, para o dimensionamento da amostra optou-se por utilizar como parâmetro a variável “*início da vida sexual*” - dados do 2º pré-teste do questionário, realizado por ocasião do 1º semestre de 1999 - já que se torna importante a obtenção de uma amostra onde seja significativo o número de indivíduos que já iniciaram a vida sexual. Pelos dados obtidos no pré-teste, afere-se a proporção de 83,6% de respostas afirmativas à questão escolhida.

Considerando-se a variável escolhida e o fato da população ser finita, calculou-se o tamanho da amostra através da fórmula

$$n = \frac{z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

$z$  = abscissa da curva normal padrão, tendo sido assumido o nível de confiança 95%,  
resultando em  $z = 1,96$ .

$\hat{p}$  = estimativa da proporção de um dos níveis da variável escolhida. No caso,  $\hat{p} = 0,836$ .

$\hat{q} = 1 - \hat{p}$

$N$  = tamanho da população. Adotado o valor de 24.492 indivíduos que, segundo o Anuário Estatístico da USP, referente a 1997, era o número de matriculados nos cursos oferecidos na Cidade de São Paulo, no segundo semestre.

$d$  = erro amostral, tendo sido assumido o valor de  $d = 0,03$ , já que a precisão desejada foi de 3%.

Procedendo-se aos cálculos e arredondando-se o valor obtido para o inteiro mais próximo, obteve-se, para tamanho da amostra, o número de 614 indivíduos.

### ***II.2.1.2 Composição da amostra***

As características da pesquisa, que envolvem dificuldades técnicas e de recursos, impossibilitaram o uso do processo de amostragem aleatória simples.

Assim, foi utilizado o método de amostragem por conglomerados (*FONSECA & MARTINS, 1996; LEVIN, 1987*), realizado em duas etapas.

Num primeiro momento, foram sorteadas as unidades da USP na Cidade de São Paulo através de amostragem sistemática da listagem de disciplinas das mesmas, o que permitiu a cada uma das unidades a probabilidade de ocorrência proporcional ao número de disciplinas que oferece.

Num segundo momento, foram sorteadas as disciplinas de cada unidade que compõe a amostra, pelo método da amostragem aleatória simples. Em cada sala escolhida foram entrevistados todos os presentes.

Tendo em vista a possibilidade de perdas, posto que o aluno poderia ter faltado no dia da entrevista, já ter respondido em outra sala, recusar-se a responder, excluir-se da amostra por sua idade etc, houve a necessidade de sortear-se um número maior de salas para dar conta de tais perdas, sem redução no tamanho da amostra. As perdas foram estimadas em 25%.

Assim, considerando-se a média de 39 alunos matriculados por disciplina - obtida através dos dados fornecidos pela Pró-Reitoria de Graduação - e o dimensionamento da amostra em 614 indivíduos, resultou que foram sorteadas 22 salas de aula.

Para obtenção da maior representatividade possível, dentro dos recursos operacionais disponíveis, tais disciplinas foram sorteadas em 11 unidades distintas, sendo extraídas, portanto, duas disciplinas de cada unidade.

Demonstrando o processo:

1ª etapa: sorteio da amostra de 11 unidades da USP dentre as 26 de São Paulo, por amostragem sistemática:

$$a = \frac{N}{n}$$

Onde:

a = incremento do sorteio

N = número de disciplinas (unidade de coleta) oferecidas pelas unidades da USP em

São Paulo, com pelo menos um aluno matriculado

(N = 3.761)

n = número de unidades escolhidas

De onde se obteve:

$$a = \frac{3761}{11} = 341,9$$

Arredondando-se para o inteiro mais próximo, a = 342.

Número inicial “x”, sorteado aleatoriamente, através de tabela de números randômicos, entre 1 e “a”: x = 039.

Dessa forma, as unidades que compõem a amostra selecionada foram aquelas que corresponderam, na listagem das disciplinas oferecidas no segundo semestre, aos números: 039, 381, 722, 1063, 1404, 1745, 2086, 2427, 2768, 3109, 3450. De cada uma dessas unidades foram sorteadas, pelo processo de amostragem aleatória simples, duas disciplinas, compondo o seguinte quadro:

| Unidade   | Departamento | Código da disciplina | Código da turma | Total de matriculados |
|---|--------------|----------------------|-----------------|-----------------------|
| Escola de Comunicações e Artes                    | CBD          | CBD0247              | 205             | 05                    |
|   | CRP          | CRP0335              | 205             | 28                    |
| Escola de Enfermagem <sup>17</sup>                | ENC          | ENC0135              | 201             | 31                    |
|   | ENP          | ENP0150              | 201             | 40                    |
| Escola de Educação Física e Esportes              | EFP          | EFP0198              | 211             | 40                    |
|   | EFP          | EFP0494              | 205             | 34                    |
| Escola Politécnica                                | PEF          | PEF0405              | 251             | 43                    |
|   | PMC          | PMC0277              | 214             | 25                    |
| Faculdade de Direito                              | DCV          | DCV0227              | 204             | 112                   |
|   | DFD          | DFD0442              | 203             | 118                   |
| Faculdade de Economia e Administração             | EAE          | EAE0112              | 222             | 35                    |
|   | EAD          | EAD0474              | 221             | 52                    |
| Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas | FLL          | FLL0434              | 223             | 37                    |
|   | FLG          | FLG0244              | 202             | 43                    |
| Faculdade de Medicina                             | MSP          | MSP0291              | 2TA             | 01                    |
|   | MPE          | MPE0615              | 201             | 87                    |
| Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia     | VCI          | VCI0513              | 283             | 13                    |
|   | VPS          | VPS0423              | 281             | 15                    |
| Instituto de Ciências Biomédicas                  | BMB          | BMB0111              | 201             | 25                    |
|   | BMI          | BMI0276              | 221             | 56                    |
| Instituto de Matemática e Estatística             | MAE          | MAE0126              | 201             | 87                    |
|   | MAT          | MAT0326              | 243             | 09                    |

Total geral = 936 matriculados

Com a perda estimada de 25%, obter-se-ia, ao final do processo, o número de 702 indivíduos.

### II.2.3 QUESTIONÁRIO

O instrumento para a coleta dos dados referente à primeira fase deste estudo foi construído a partir da realização de dois pré-testes.

Inicialmente foi proposto um questionário contendo 13 questões, versando sobre situação conjugal, namoro, vida sexual, uso de métodos anticoncepcionais e gestações. Este questionário foi distribuído por ocasião da matrícula, entre estudantes do curso de direito. Foram distribuídos 40 questionários, dos quais 26 foram devidamente preenchidos e devolvidos pelos alunos. A devolução dos questionários foi comprometida pelo fato de que muitos dos alunos levaram a ficha de matrícula para preencher em outro momento, devolvendo-a no final do período da matrícula, daí a três dias. Um outro aspecto que dificultou a realização do pré-teste foi a aplicação de outros questionários por pesquisadores de outras áreas, sobretudo um questionário elaborado pelo Núcleo de Apoio aos Estudos de Graduação, ligado à reitoria da Universidade, versando sobre as expectativas acadêmicas e profissionais dos alunos, cuja devolução era obrigatória. Desse modo, muitos dos alunos deram prioridade para preencher o questionário da pesquisa da reitoria.

A análise do primeiro pré-teste revelou a necessidade de se aprofundarem as questões referentes ao uso do *condom*, dado que a maioria dos alunos (54%) referiu fazer uso deste método. A situação sugeria que, diante da questão, os alunos estavam optando pela resposta "*politicamente correta*". Assim, decidiu-se pesquisar as condições em que se dá o uso do *condom* através da introdução de 3 questões: *Em que situação você já deixou de fazer uso da camisinha?; Se surgisse uma*

---

<sup>17</sup> Posteriormente, a Escola de Enfermagem foi substituída pela Faculdade de Saúde Pública.

*possibilidade de relacionamento sexual desejado por você e você não tivesse uma camisinha à mão, o que você faria?; Até que ponto você usaria a camisinha num relacionamento firme/estável?* Nesta fase, as questões ficaram abertas, a fim de conhecer as categorias importantes para os alunos em relação ao uso do condom. Optou-se, ainda, em usar o termo "*camisinha*" por se tratar de uma palavra de uso corrente entre os alunos.

Sentiu-se, também, a necessidade de introduzir uma questão sobre relacionamentos esporádicos, pois muitos dos entrevistados não estavam namorando, mas referiam fazer uso de algum contraceptivo.

Ao final do questionário, foi introduzido um campo para ser preenchido pelos alunos que viessem a aceitar participar da segunda fase da pesquisa. Solicitou-se que os alunos interessados em dar um depoimento sobre as questões ligadas à saúde reprodutiva entre jovens universitários da USP preenchessem um quadro informando o nome, o telefone para contato e o endereço eletrônico.

Foi criada uma breve apresentação para o questionário, indicando o tema pesquisado, os responsáveis pela pesquisa e o departamento no qual a pesquisa estava sendo realizada. Destacaram-se a relevância do tema e a importância da colaboração dos alunos, buscando-se sensibilizar os universitários para a participação na pesquisa. Atendendo aos critérios éticos da pesquisa científica, na apresentação do questionário era explicitado por escrito que a participação não era obrigatória e que o sigilo seria garantido.

O segundo pré-teste foi aplicado em sala de aula, junto a uma turma de ciências biológicas, com o consentimento do professor. Esta versão do questionário

contou com 5 questões abertas e 13 fechadas. Foram devolvidos 61 questionários, com uma perda estimada em 20%.

Considerou-se que a inclusão das questões referentes ao detalhamento do uso do *condom* permitiu uma análise mais apurada das condições em que se dá o uso desse método e das dificuldades que os universitários enfrentam em relação à contracepção.

Buscando aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados foi requisitado aos alunos que avaliassem o questionário. A partir de sugestões dos próprios entrevistados, decidiu-se destinar a primeira folha exclusivamente à capa para garantir a privacidade das respostas e incluiu-se o endereço e os telefones do departamento onde se realiza a pesquisa na folha de apresentação. Também foi feita uma menção ao apoio recebido através da FAPESP.

Para dar mais precisão ao sentido da expressão "*iniciou a vida sexual?*", introduziu-se o termo "*primeira relação sexual*", sugerido por uma aluna na avaliação do questionário.

Foram incluídos, ainda, dois novos tópicos à versão final do questionário. Trata-se de saber se os estudantes usaram algum método na primeira relação sexual e qual o método usado, bem como de conhecer qual o número de filhos é considerado ideal pelos universitários e qual a idade ideal para ter o primeiro filho. Essas duas últimas questões visam permitir a reflexão sobre a hipótese dos jovens universitários protelarem o nascimento do primeiro filho em função da busca de melhores oportunidades de trabalho.

No instrumento definitivo, as questões referentes a maneira como é obtido o contraceptivo, sobre como foi recebida orientação sobre o método escolhido e as



questões específicas para os usuários de *condom* foram fechadas a partir das respostas enunciadas pelos próprios estudantes no segundo pré-teste. As alternativas propostas no questionário contemplam as categorias que emergiram no levantamento feito com os estudantes.

O questionário final, construído a partir do processo descrito acima, foi formado por 26 questões fechadas. Buscou-se proporcionar um preenchimento fácil e rápido, para assegurar um alto patamar de participação dos alunos. As questões foram apresentadas de modo esquemático, através do recurso a quadros e questões de múltipla escolha, para facilitar o manuseio. A diagramação final foi reelaborada a fim de proporcionar uma leitura agradável e direta, objetivando facilitar o preenchimento correto do questionário pelos alunos. A versão final do instrumento de coleta de dados encontra-se em anexo. (ANEXO 1)

As principais variáveis empregadas no presente estudo foram:

**Curso e semestre cursado:** qual o curso em que o aluno está regularmente matriculado e qual o último semestre concluído.

**Período:** período em que o estudante está cursando a faculdade (integral, matutino, vespertino ou noturno).

**Idade com que ingressou na universidade:** idade com que iniciou os estudos universitários, em anos completos.

**Sexo:** masculino ou feminino.

**Data de nascimento:** dia, mês e ano do nascimento.

**Idade atual:** idade no momento da entrevista, em número de anos completos.

**Situação conjugal:** a variável situação conjugal deverá contemplar a situação de fato e a situação legal. Foram propostas 5 alternativas: solteiro(a), casado(a), unido(a) sem vínculo matrimonial, separado(a), divorciado(a), viúvo(a), outros (a ser preenchido pelo entrevistado)

**Namoro:** se está namorando no momento da entrevista.

**Relacionamentos esporádicos:** se mantém relacionamentos sexuais independentemente de uma relação de namoro.

**Início da vida sexual:** se já teve a primeira relação sexual.

**Idade no início da vida sexual:** número de anos completos quando teve a primeira relação sexual.

**Uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual e qual foi o método utilizado:** se foi usado algum método na primeira relação sexual e qual.

**Uso atual de método anticoncepcional:** se está usando algum método anticoncepcional na ocasião da entrevista.

**Tipo de método anticoncepcional utilizado:** qual o método anticoncepcional utilizado na ocasião da entrevista.

**Forma de obtenção do método anticoncepcional:** a partir do levantamento realizado no pré-teste, foram propostas cinco alternativas: (1) farmácia e/ou supermercado; (2) posto de saúde; (3) o anticoncepcional é obtido através do namorado(a) ou parceiro(a); (4) o anticoncepcional é obtido através do médico e (5) outros. Caso o entrevistado respondesse outras formas, ele deveria anotar, em espaço reservado para este fim, qual foi a forma de obtenção do anticoncepcional.

**Forma pela qual recebeu orientação para escolha do método anticoncepcional:** foram propostas nove alternativas, a partir do pré-teste: (1) através de médico particular ou convênio; (2) através do posto de saúde; (3) escolheu por iniciativa própria; (4) através do namorado(a) ou do parceiro(a); (5) através da mídia, TV, imprensa ou campanhas de saúde; (6) através de amigos; (7) através da escola ou dos professores; (8) através da família ou da mãe; (9) outros. Caso o entrevistado respondesse outras formas, ele deveria anotar, em espaço reservado para este fim, de que maneira recebeu orientação para a escolha do método anticoncepcional.

**Se já deixou de fazer uso do *condom* em alguma situação:** resposta afirmativa ou negativa.

**Se teria um relacionamento sexual caso não tivesse o *condom* à mão:** foram propostas quatro alternativas: (1) teria a relação mesmo assim; (2) não teria a relação em hipótese nenhuma; (3) em determinadas situações, teria a relação; (4) não sabe.

**Se usaria o *condom* num relacionamento estável:** foram propostas quatro circunstâncias: (1) sempre; (2) nunca; (3) por algum tempo; (4) não sabe.

**Número ideal de filhos:** número de filhos considerado ideal pelos estudantes.

**Idade em que gostaria de ter o primeiro filho:** idade considerada ideal para ter o primeiro filho.

**Número de gestações:** número de gestações que a entrevistada já teve, independentemente do resultado.

**Resultado de cada gestação:** classificado em nascido vivo, aborto espontâneo, nascido morto e aborto provocado.

**Idade em cada gestação:** idade do homem e da mulher no término de cada gestação, independentemente do resultado.

**Tipo de parto:** se o parto foi normal ou cesáreo.

**Idade na menarca:** número de anos completos quando a mulher menstruou pela primeira vez.

#### ***II.2.4 REALIZAÇÃO DO CAMPO***

A realização da 1ª etapa do campo ocorreu durante o 2º semestre do ano de 1999. A fim de garantir a participação de um alto número de estudantes na pesquisa e considerando-se que essa etapa do campo não deveria exceder a duração do semestre - sob o risco de comprometer a realização da pesquisa, pois ao final das disciplinas seria impossível retomar o contato com os alunos - foi montada uma equipe que contou com a participação de mais três pesquisadoras.

A estratégia de ação baseou-se nas seguintes etapas:

1. Identificação do nome da disciplina, do departamento responsável pela disciplina, do professor responsável, do turno das aulas, do local em que as aulas aconteciam e outras informações relevantes, através das secretarias das unidades.
2. Contato inicial com os professores responsáveis, através do qual a pesquisa era apresentada e era solicitada a autorização do professor para a realização das entrevistas com os alunos. Para facilitar o contato inicial, foi elaborada uma carta dirigida aos professores na qual estavam explicitados os objetivos da pesquisa, as características do processo de coleta de dados, os procedimentos éticos e a identificação dos responsáveis pela pesquisa caso houvesse a necessidade de novos esclarecimentos.
3. Apresentação da equipe de trabalho aos professores e agendamento da realização das entrevistas.

4. Apresentação da equipe de trabalho, dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos éticos aos alunos das disciplinas sorteadas, seguida pela aplicação do instrumento de coleta de dados.

Ao final da realização do campo, foram entrevistados 1210 alunos da graduação da USP, em 11 unidades da universidade. Desse universo, 209 estudantes tinham idade superior a 24 anos e 49 estudantes recusaram-se a participar da pesquisa, devolvendo o questionário em branco. Subtraindo-se esses valores, o número final de estudantes que participaram da pesquisa foi de 952. Além da pequena magnitude da população recusante, considerou-se que não houve nenhum viés na amostra por estar-se tratando de uma população homogênea.

A recusa em participar da pesquisa representou 4,0% do total de alunos entrevistados e as perdas por motivo de idade somaram 17,3% dos entrevistados. Assim, o total das perdas (21,3%) foi considerado adequado ao esperado pelo plano amostral (25%).

Vale destacar o grande apoio que a pesquisa recebeu da maioria dos professores que eram responsáveis pelas disciplinas sorteadas e a receptividade dos alunos da graduação da USP. Em muitos dos questionários, no espaço dedicado aos comentários dos entrevistados, foram encontradas palavras de incentivo em relação ao tema da pesquisa e, em diversas ocasiões, tanto os alunos quanto os professores solicitaram a divulgação dos resultados no meio universitário.

Dos alunos entrevistados, 116 (12,2%) aceitaram participar da 2ª parte da pesquisa.

Um dos aspectos marcantes nessa etapa foi a imprecisão encontrada junto aos dados emitidos pela Pró-Reitoria. Essa imprecisão deveu-se à dificuldade que essa

instância enfrenta no processo de centralização das matrículas semestrais, dado que as matrículas são realizadas nas unidades que compõem a universidade e cada unidade apresenta características próprias. Um outro aspecto que incide sobre o processo de centralização dos dados referentes às matrículas, em desenvolvimento na Universidade, é a dificuldade de atendimento pelas unidades aos prazos que são estabelecidos pela instância central. Desse modo, não era possível afirmar-se com certeza absoluta quantos alunos deveriam encontrar-se em cada sala de aula.

Considerando-se a dinâmica da vida universitária, por outro lado, no decorrer do semestre alguns alunos trancam matrícula ou desistem do curso. Outros, por sua vez, podem estar freqüentando as aulas informalmente, com o aval do professor. Em alguns cursos, dá-se um grande absenteísmo dos alunos, que ocorre de maneira habitual.

A fim de sanar as dificuldades trazidas pela imprecisão do banco de dados da instância centralizadora das matrículas e pela dinâmica própria de cada curso, foram entrevistados os alunos que estavam matriculados em todos os períodos em que se davam as aulas da disciplina sorteada, com o mesmo professor. Também foram incluídas todas as salas, nos casos em que havia uma subdivisão de uma turma maior por vários professores.

Embora tenha sido encontrada uma grande aceitação dos professores em relação à realização da pesquisa, o que trouxe um grande incentivo para a pesquisa, a aplicação do questionário no curso de enfermagem não foi autorizada. Desse modo, foi feita uma substituição por um curso cujas características eram semelhantes. Assim, as duas turmas sorteadas na enfermagem foram substituídas por turmas do curso de nutrição, pertencente à Faculdade de Saúde Pública, em virtude de tratar-se

de um curso da mesma área cuja maioria de estudantes são mulheres e que se realiza em período integral.

### ***II.3 LEVANTAMENTO QUALITATIVO: A SEGUNDA ETAPA DO TRABALHO DE CAMPO***

O forte aspecto subjetivo que marca as vivências relacionadas à vida sexual já estava implícito nos primeiros resultados do trabalho de campo. Assim, na conclusão do levantamento quantitativo, já estava realçada a importância da realização da segunda fase do campo, caracterizada pela metodologia qualitativa. Buscou-se iluminar os dados quantitativos com o desenvolvimento da segunda etapa do campo e, complementarmente, aplicar os resultados do levantamento quantitativo inicial para nortear o desenvolvimento do roteiro de entrevistas. A articulação das duas metodologias teve como ponto de partida a criação de uma continuidade entre as duas fases do campo que permitiu uma melhor compreensão do objeto em estudo.

Para a realização das entrevistas em profundidade foi elaborado um roteiro temático (MEIHY, 1996) sem, contudo, pretender-se criar uma estrutura rígida de questões, obrigatoriamente presentes em todas as entrevistas. O roteiro era, antes, um guia para nortear o contato entre o entrevistador e o entrevistado, havendo a preocupação dele não se transformar em um limite à expressão do entrevistado. A elaboração do roteiro buscou contemplar a diversidade de situações que poderia se apresentar, considerando-se que cada indivíduo tem uma história pessoal com motivações próprias. Assim, as entrevistas puderam transcorrer com fluidez e as questões foram colocadas livremente, independentemente de uma estrutura rígida.

Buscou-se criar as condições para que os entrevistados produzissem um discurso próprio, sem incorrer em preconceitos ou induzir a padrões de respostas.

Assim, no processo de elaboração do roteiro, privilegiou-se a escolha de temas que deveriam ser abordados na entrevistas. Os principais temas destacados foram: o novo papel da mulher na sociedade e as mudanças na família; o casamento; o desejo de ter filhos; as relações afetivo-sexuais; a escolha e o uso de métodos anticoncepcionais e o aborto.

O roteiro incluía questões abstratas – sobre crenças e valores – e específicas. De modo geral, nos diversos tópicos abordados, as questões mais abstratas introduziam as mais específicas, buscando-se criar as condições para propiciar uma reflexão junto ao entrevistado. O roteiro também buscou permitir que as contradições que marcam a subjetividade pudessem se manifestar.

Ao final do roteiro, também foram feitas perguntas visando criar condições para uma avaliação do entrevistado em relação ao processo da entrevista. Essas questões pretenderam proporcionar uma oportunidade para que os entrevistados interagissem junto ao próprio processo de estruturação das entrevistas, fazendo críticas, comentários ou sugestões, ou ainda, resgatando outros aspectos importantes que eventualmente não tivessem sido abordados. Assim, o processo de realização das entrevistas e o roteiro temático estiveram em constante aprimoramento.

Segue, em anexo, uma cópia da versão final do roteiro das entrevistas (ANEXO 2).

### ***II.3.1 PRÉ-TESTE DO ROTEIRO TEMÁTICO E PREPARAÇÃO DA EQUIPE DE PESQUISA***

Foi realizado um pré-teste do roteiro temático preliminarmente ao início do campo. No entanto, tratando-se de entrevistas qualitativas, em que o recorte procurado era o aprofundamento de cada tema e o papel da subjetividade nas opções que marcam a vida reprodutiva, o roteiro foi continuamente avaliado e aprimorado no decorrer de todo o processo de campo. Dada a diversidade de situações que estavam envolvidas, a cada nova entrevista era feita uma discussão com a equipe de trabalho visando o aperfeiçoamento do roteiro. No entanto, os temas que ensejaram a formulação das perguntas e a organização do roteiro não foram alterados em nenhum momento, assim como o espaço dedicado à avaliação do processo de entrevista, que sempre esteve presente.

Para melhor contemplar as necessidades da etapa qualitativa do trabalho de campo, a equipe de trabalho foi redimensionada. Essa equipe que participou dessa etapa da pesquisa contou, inicialmente, com duas colaboradoras experientes na área da pesquisa em saúde coletiva, além da doutoranda e da orientadora.

O grupo manteve reuniões semanais onde foi feito um acompanhamento dos trabalhos de campo. A cada nova semana, era feita uma discussão dos resultados da semana anterior e eram tomadas as decisões em função das situações apresentadas.

O trabalho em equipe permitiu uma troca de experiências e um aprendizado para todo o grupo e em muito contribuiu para a concretização de um número expressivo de entrevistas e para a qualidade do material coletado.



### **II.3.2 SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS E INÍCIO DOS CONTATOS**

A seleção dos entrevistados foi feita a partir das informações referidas nos campos especificamente criados para os alunos voluntários da segunda parte do presente projeto, constantes no questionário aplicado em 1999.

Naquela ocasião, 116 alunos aceitaram participar da 2ª parte da pesquisa. No âmbito da metodologia qualitativa, um número próximo entre 15 e 30 entrevistas em profundidade seria plenamente satisfatório para a pesquisa, tendo em vista a natureza qualitativa dessa incursão. (*BARDIN, 1977*)

Para a seleção dos voluntários, inicialmente, foram selecionados os alunos que não tivessem ultrapassado a idade de 24 anos e que ainda não tivessem terminado o curso de graduação, pois havia decorrido mais de um ano entre as duas fases da pesquisa. A partir daí, foi tentado o contato através do endereço eletrônico que estava registrado no questionário e foi elaborada uma carta de apresentação, remetida através da internet.

Vários alunos não responderam ao contato em função do endereço eletrônico não existir mais. O contato telefônico foi a segunda opção para tentar localizar os alunos. Na segunda tentativa, alguns alunos também não foram localizados em função de mudança de endereço.

No contato inicial com os alunos que deram retorno, a pesquisa era novamente apresentada, era explicado como a entrevista iria transcorrer e as temáticas que seriam abordadas. Também era esclarecido aos alunos que, a

participação era voluntária e seria mantido sigilo absoluto em relação à identidade dos alunos que participassem.

Vários contatos foram necessários até as entrevistas serem marcadas. Entre esses contatos, a idade e o semestre que o aluno estava cursando eram confirmados, a fim de se garantir a observância dos critérios de seleção. Em seguida, era marcada a hora e o local da entrevista.

As entrevistas foram realizadas no local e horário definidos pelos alunos entrevistados. A entrevistadora dirigia-se ao local de encontro para não atrapalhar a rotina dos entrevistados. No entanto, era previamente combinado que o local seria silencioso e que a entrevistadora e o entrevistado ficariam a sós, sem qualquer tipo de interrupção.

### ***II.3.3 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS***

A 2ª etapa da coleta de dados transcorreu entre os meses de abril e julho de 2001. Foram realizadas 33 entrevistas com alunos de 9 cursos de graduação. No grupo entrevistado, haviam 22 mulheres e 11 homens. A elevada quantidade de entrevistas indicou a receptividade dos alunos para com a proposta da pesquisa, na medida em que o número de voluntários e voluntárias entrevistados suplantou o esperado.

Os alunos que participaram dessa etapa demonstraram uma atitude receptiva em relação à pesquisa e, de modo geral, não se inibiram para falar de sua vida sexual. A metodologia qualitativa revelou-se muito interessante para esclarecer diversas questões ligadas ao uso do *condom* e a outras questões ligadas à fecundidade.

Todo o processo apresentou-se muito intenso e rico, desde o conteúdo das entrevistas até o contato com os alunos, suas angústias, preocupações e esperanças. A entrevista colocou-se, para os entrevistados, como um espaço de reflexão que não acontece no dia-a-dia. Ela produziu descobertas e apontou as incertezas de cada um. O momento em que a entrevista acontece não é rotineiro ou mecânico, trata-se de um momento privilegiado de suspensão do cotidiano. A pesquisa devolve para o entrevistado, de imediato, a oportunidade de reflexão crítica.

Os limites da entrevista foram discutidos com a equipe. Tratava-se de reconhecer e aceitar as reservas manifestadas pelo próprio entrevistado em relação a sua intimidade. Apesar da maioria dos alunos não ter inibições em tratar da sua vida sexual, a equipe de pesquisa buscou sempre identificar e acatar os limites impostos por cada um, visando garantir a liberdade dos alunos em se expressar sem criar constrangimentos ou bloqueios.

#### ***II.3.4 TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS***

A transcrição das entrevistas, no âmbito da metodologia qualitativa, é um processo que faz a decodificação da linguagem oral para o texto escrito. A linguagem oral possui características próprias e nem sempre segue as mesmas regras do texto escrito. Um dos recursos da linguagem oral é a repetição, o uso de termos onomatopéicos, a interrupção da frase, privilegiando-se o fluxo das idéias em detrimento das regras que regem o texto escrito. Assim, a transcrição é um processo que exige várias audições da fita gravada para não se distorcer o sentido do que foi dito. Muitas vezes, há trechos sem sentido e nuances sutis.

Para transcrever o extenso material que foi produzido na 2ª etapa do campo, a equipe de campo foi reorganizada, passando a contar com uma coordenadora e quatro transcritoras. Optou-se por buscar a transcrição mais próxima possível do que estava registrado nas fitas, deixando-se para uma segunda etapa sanar as arestas que estivessem presentes. Após a transcrição de cada fita, era feita uma nova audição para corrigir eventuais falhas.

Foram transcritas aproximadamente 20 horas de entrevistas que perfazem um total de aproximadamente 400 páginas de transcrição. Esse registro foi submetido, inicialmente, a várias leituras, nas quais se buscou conhecer como os estudantes vivenciam a esfera da vida sexual e reprodutiva e como articulam as suas idéias a respeito dos temas trabalhados na presente pesquisa.

A partir da leitura inicial das entrevistas transcritas, foi feito um esforço no sentido de padronizar a linguagem empregada no conjunto das entrevistas, buscando a clareza e a concisão textual. Visando a fluidez e a clareza do texto, foram eliminadas repetições excessivas, palavras soltas sem significado, onomatopéias, expressões como “assim...”, “é...”, “né...” repetidas exaustivamente, entre outros vícios de linguagem. Essas expressões são utilizadas correntemente na linguagem oral, sobretudo com função fática, mas não favorecem a intelexção do texto escrito. Destaca-se que a interpretação empreendida no presente estudo não leva em consideração aspectos não verbais da linguagem, como hesitações, risos, etc, atendo-se exclusivamente ao conteúdo verbal do discurso.

Foi feita, ainda, uma padronização da pontuação e uma revisão dos trechos em que a primeira transcrição deixava alguma dúvida quanto ao sentido do que foi dito. Em alguns casos, havia inversões gramaticais que dificultavam a compreensão

do texto e optou-se pela ordem direta. Procurou-se contemplar a concordância verbal, tanto quanto possível. Palavras que foram suprimidas do discurso e estavam subentendidas ou explicações sobre alguma referência indireta aparecem entre chaves. Quando o entrevistado ou a entrevistada usam o recurso ao discurso direto, reproduzindo literalmente o que o personagem a que se referem falou, foram usadas aspas simples para indicar que aquela fala ou aquele pensamento mencionado provém de uma 3ª pessoa. Em geral essa forma é introduzida por um verbo *dicendi*, que denota o ato de falar - como dizer, afirmar, mandar, pedir, perguntar, responder, entre outros.

Tanto no trabalho de transcrição, quanto na sua revisão, houve a constante preocupação em zelar pelo sentido original do que foi dito. A transcrição da linguagem oral para a escrita é um trabalho minucioso que exige a padronização da linguagem, visando a produção de um texto legível e fluente. No entanto, esse processo teve como principal diretriz evitar qualquer alteração do sentido original dos relatos.

Todos os nomes utilizados no presente estudo são fictícios. Os nomes originais dos entrevistados, assim como os nomes porventura referidos nas entrevistas, foram trocados.

As entrevistas em profundidade constituíram um material com grande riqueza de informação e de detalhes sobre a vida sexual e reprodutiva dos jovens e das jovens que participaram desta pesquisa. Esse material oferece diversas possibilidades de interpretação. Visando priorizar a compreensão das práticas e das representações em relação à contracepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis foi feito um recorte dos tópicos que fariam parte da análise. São eles: o contexto em que

a vida sexual e reprodutiva é vivenciada pelo grupo; o namorar e o ficar; o panorama da contracepção junto ao grupo, destacando-se especialmente as condições de uso do *condom*, com suas especificidades e suas vicissitudes; a busca de orientação médica; o adiamento da fecundidade e o aborto entre os universitários.

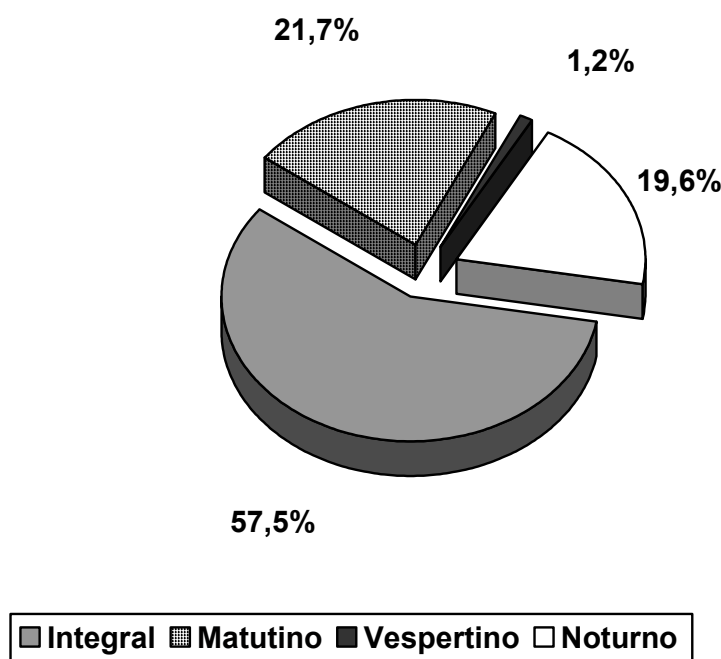
### ***III. FAZ DIFERENÇA SER UM ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO?***

Os resultados do presente estudo são apresentados nos próximos dois capítulos. Inicialmente, os dados da etapa quantitativa são apresentados e comentados. No capítulo seguinte, os resultados da etapa qualitativa são discutidos e interpretados.

#### ***III.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS EM ESTUDO***

Nesta seção será apresentada uma caracterização da população estudada segundo as seguintes variáveis: turno das aulas, semestre cursado no momento da entrevista, idade de ingresso na universidade, idade no momento da entrevista, situação conjugal e sexo do entrevistado.

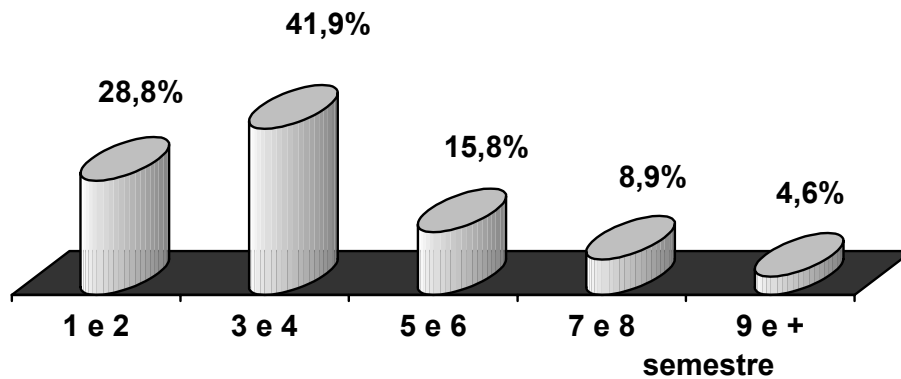
**FIGURA 1 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo turno das aulas. Universidade de São Paulo, 2000.**



Mais da metade dos alunos entrevistados (57,5%) referiu que frequentava o curso universitário em período integral. Os alunos cujo período de aulas era matutino representaram 21,7% da população pesquisada e aqueles cujo período de aula era noturno representaram 19,6%. Somente 1,2% dos alunos respondeu que o turno das aulas era vespertino.

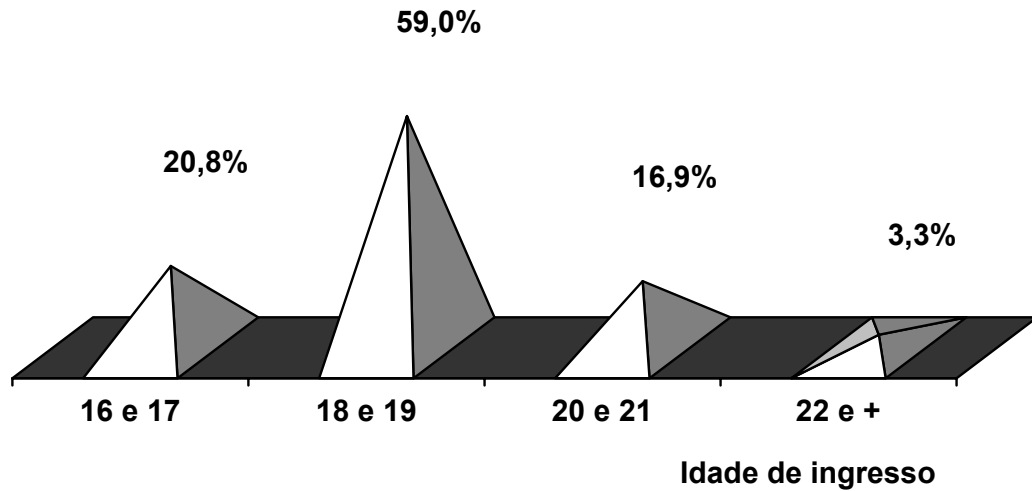


**FIGURA 2 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo semestre cursado no momento da entrevista. Universidade de São Paulo, 2000.**



A maioria dos estudantes entrevistados estava cursando o segundo ano da Universidade, correspondente ao terceiro e quarto semestres (41,9%). O grupo dos estudantes que estavam no primeiro ano vinha em segundo lugar com 28,8% das respostas. Os terceiro anistas representaram 15,8% da população de estudo e os demais estudantes estavam no 7º ou mais semestres (13,5%).

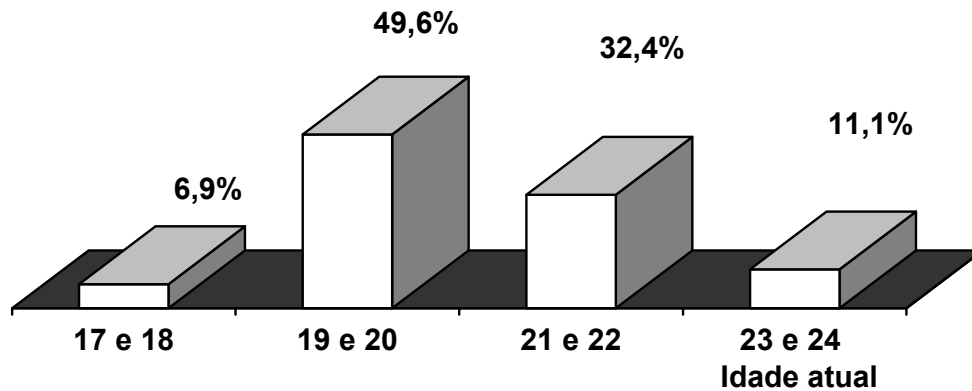
**FIGURA 3 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo idade de ingresso na universidade. Universidade de São Paulo, 2000.**



Entre os estudantes entrevistados, 59,0% afirmou ter ingressado na universidade entre 18 e 19 anos. O grupo dos que ingressaram com idade entre 16 e 17 anos somou 20,8% das respostas. Somente 20,2% dos alunos ingressaram com idade igual ou superior a 20 anos.

Os valores médio, mediano e modal da idade de ingresso na universidade foram, respectivamente: 18,5, 18,0 e 18,0 anos. O desvio padrão foi de 1,3 anos.

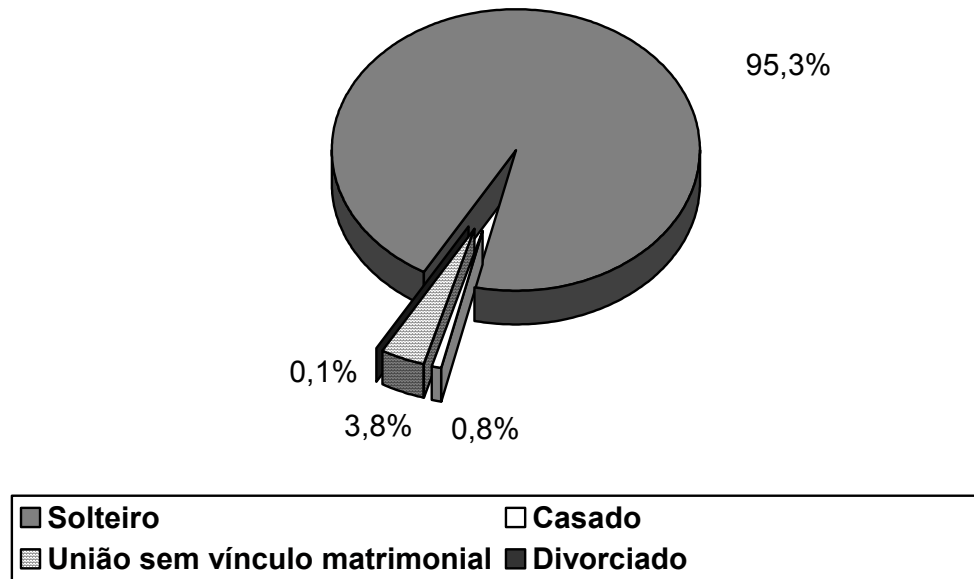
**FIGURA 4 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo idade no momento da entrevista. Universidade de São Paulo, 2000.**



Aproximadamente a metade dos entrevistados (49,6%), estavam na faixa dos 19 aos 20 anos. Em segundo lugar vinha o grupo dos estudantes com idade entre 21 e 22 anos (32,4%). O percentual de alunos com idade entre 23 e 24 anos foi de 11,1% e somente 6,9% dos alunos tinham idade entre 17 e 18 anos.

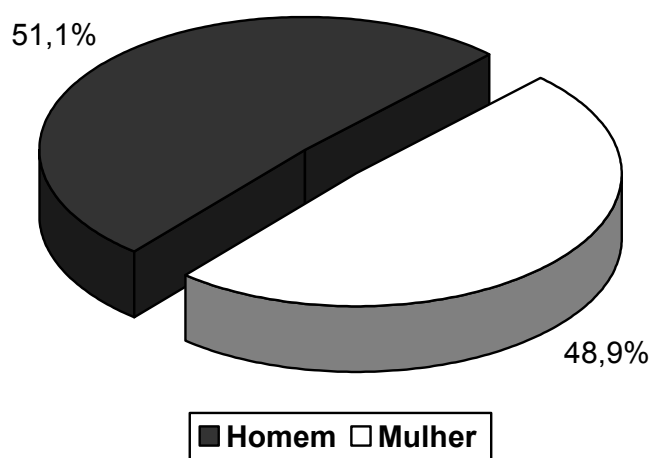
Os valores médio, mediano e modal da idade no momento da entrevista foram, respectivamente: 20,5, 20,0 e 20,0 anos. O desvio padrão foi de 1,5 anos.

**FIGURA 5 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo estado civil. Universidade de São Paulo, 2000.**



A grande maioria dos estudantes (95,3%) era solteira, no momento da entrevista. Entre os entrevistados, 3,8% referiram estar unidos – vivendo em união sem mudança do estado civil - e somente 0,8% referiram ser casados. Um estudante referiu já ter tido uma união e estar separado no momento da entrevista.

**FIGURA 6 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo sexo do entrevistado. Universidade de São Paulo, 2000.**



Em relação à variável sexo, 51,1% dos estudantes entrevistados eram do sexo masculino e 48,9% eram do sexo feminino.

### ***III.2 OS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, A VIDA REPRODUTIVA E A CONTRACEPÇÃO***

Nesta seção, a apresentação dos dados volta-se para as questões ligadas à saúde reprodutiva e à vida sexual, com ênfase no uso dos contraceptivos.

As variáveis em estudo foram cruzadas com o sexo, permitindo uma comparação entre o grupo dos homens e o grupo das mulheres. As próximas tabelas apresentam a distribuição das frequências, iniciando-se com a caracterização da vida sexual e passando-se para as práticas contraceptivas - onde especial atenção é dada para as condições em que o *condom* era usado. Em seguida, são apresentados os dados sobre as aspirações em relação ao número ideal de filhos e à idade ideal para tê-los e, finalmente, discute-se a fecundidade e o recurso ao aborto entre os universitários.

**TABELA 1 - Caracterização da vida sexual dos estudantes universitários segundo sexo. Universidade de São Paulo, 2000.**

| CARACTERIZAÇÃO DA VIDA SEXUAL         | SEXO      |       |          |       | TOTAL |       |
|---------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|                                       | Masculino |       | Feminino |       | N     | %     |
|                                       | N         | %     | N        | %     |       |       |
| <b>Namoro</b>                         |           |       |          |       |       |       |
| Sim                                   | 191       | 41,1  | 221      | 49,9  | 412   | 45,4  |
| Não                                   | 274       | 58,9  | 222      | 50,1  | 496   | 54,6  |
| <i>subtotal *</i>                     | 465       | 100,0 | 443      | 100,0 | 908   | 100,0 |
| <b>Relações esporádicas</b>           |           |       |          |       |       |       |
| Sim                                   | 177       | 88,5  | 66       | 73,3  | 243   | 83,8  |
| Não                                   | 23        | 11,5  | 24       | 26,7  | 47    | 16,2  |
| <i>subtotal **</i>                    | 200       | 100,0 | 90       | 100,0 | 290   | 100,0 |
| <b>Início da vida sexual</b>          |           |       |          |       |       |       |
| Sim                                   | 402       | 82,7  | 293      | 62,9  | 695   | 73,0  |
| Não                                   | 84        | 17,3  | 173      | 37,1  | 257   | 27,0  |
| <i>subtotal</i>                       | 484       | 100,0 | 466      | 100,0 | 952   | 100,0 |
| <b>Idade no início da vida sexual</b> |           |       |          |       |       |       |
| < 10                                  | -         |       | 1        | 0,3   | 1     | 0,1   |
| 10 a 14                               | 35        | 8,9   | 12       | 4,2   | 47    | 6,9   |
| 15 a 19                               | 337       | 85,8  | 231      | 79,9  | 568   | 83,3  |
| 20 a 24                               | 21        | 5,3   | 45       | 15,6  | 66    | 9,7   |
| <i>subtotal ***</i>                   | 393       | 100,0 | 289      | 100,0 | 682   | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>                          | 486       | 100,0 | 466      | 100,0 | 952   | 100,0 |
|                                       | 51,1      |       | 48,9     |       | 100,0 |       |

\* Não inclui os entrevistados casados ou unidos. (n=44)

\*\* Somente foram considerados os entrevistados solteiros que não estavam namorando, mas mantinham relações sexuais.

\*\*\* Foram excluídos 13 entrevistados que não lembravam a idade.

Entre os estudantes universitários, o namoro é uma importante modalidade de relacionamento em que a sexualidade é exercitada. No conjunto dos estudantes solteiros entrevistados, 45,4% responderam afirmativamente a essa questão. No entanto, o namoro não é a única forma de relacionamento. Entre os entrevistados que responderam negativamente em relação ao namoro, a maioria referiu manter relacionamentos esporadicamente (83,8%).

Estudando-se a relação entre o namoro e o sexo do estudante entrevistado, observou-se que houve uma predominância de respostas afirmativas entre as mulheres frente ao grupo formado pelos homens (49,9% e 41,1% respectivamente).

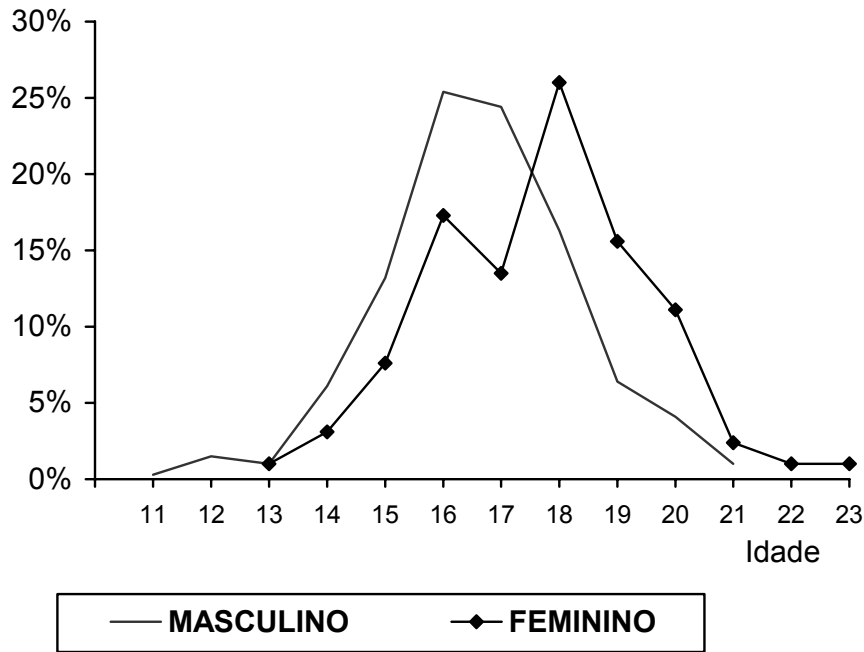
O grupo formado pelos homens, por sua vez, referiu as relações esporádicas com mais frequência do que o grupo formado pelas mulheres (88,5% e 73,3% respectivamente).

Em relação ao início da vida sexual, 73,0% dos estudantes entrevistados referiram ter tido alguma relação sexual. A resposta afirmativa foi mais frequente entre o grupo formado pelos homens do que pelo das mulheres (82,7% e 62,9% respectivamente). Assim, na população estudada, havia maior número de homens que tinham iniciado a vida sexual do que de mulheres.

O estudo da idade na primeira relação sexual indica que ela ocorre na adolescência, entre os 15 e os 19 anos. Nesse intervalo, em torno de 80% dos estudantes - independentemente do sexo - iniciaram sua vida sexual. A figura 7 oferece um detalhamento dessa variável.



**FIGURA 7 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo idade no início da vida sexual e sexo do entrevistado. Universidade de São Paulo, 2000.**



Uma estudante que iniciou a vida sexual aos 9 anos foi excluída do gráfico.

O estudo das curvas das idades no início da vida sexual segundo o sexo dos estudantes entrevistados indicou que a curva do grupo formado pelos homens atingiu o ápice entre os 15 e os 16 anos, declinando suavemente até os 17 anos. A partir desse ponto, a curva declinou com mais intensidade. No grupo formado pelas mulheres, a curva atingiu o ápice perto dos 18 anos e declinou com maior intensidade do que no grupo formado pelos homens. É interessante notar que a curva formada pelas idades das mulheres no início da vida sexual apresentou um ápice intermediário

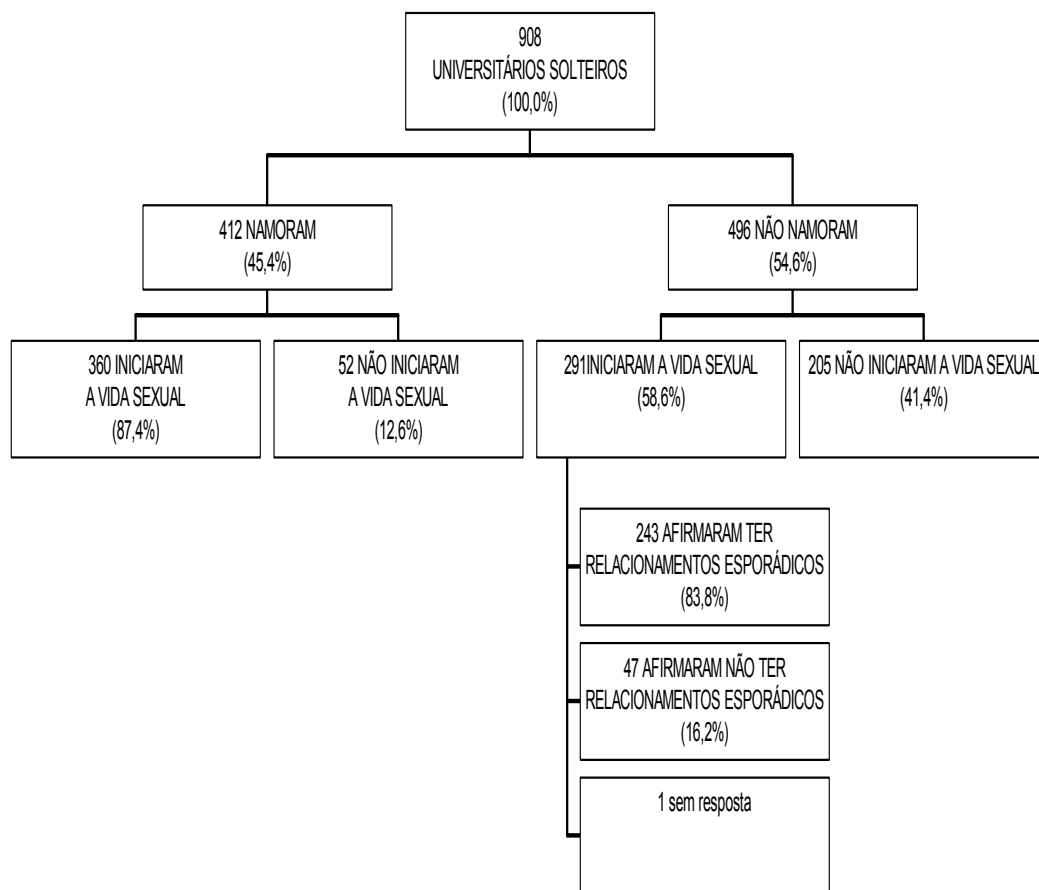
aos 16 anos, idade em que a curva formada pelas idades dos homens apresentou seu ponto máximo, mas a curva arrefeceu e voltou a ter um movimento ascendente a partir dos 17 anos.

Os valores médios, medianos e modais para o grupo formado pelo sexo masculino foram de 16,6 anos, 17,0 anos e 16,0 anos respectivamente. O desvio padrão foi de 1,7 anos. No grupo formado pelo sexo feminino, a média de idade no início da vida sexual foi de 17,6 anos, a mediana e a moda foram de 18,0 anos. O desvio padrão foi de 1,9 anos neste grupo. Assim, considerando-se os valores de tendência central, os homens iniciaram a vida sexual aproximadamente um ano antes do que as mulheres.

Convém salientar que, tomando-se os valores medianos, as mulheres iniciaram sua vida sexual no começo da vida universitária, aos 18 anos. Entre os homens, ao que tudo indica, a primeira relação ocorreu um pouco antes da entrada na vida universitária.

A fim de proporcionar uma visão esquemática da distribuição da variável namoro, relação esporádica e início da vida sexual, a próxima figura ilustra essas relações:

**FIGURA 8 - Distribuição esquemática dos estudantes solteiros segundo namoro, relações esporádicas e início da vida sexual.**



A figura 8 refere-se exclusivamente aos estudantes solteiros. Detalhando-se a situação dos estudantes solteiros frente aos relacionamentos afetivos e sexuais, observou-se que aproximadamente a metade dos entrevistados afirmou estar namorando no momento da entrevista (45,4%). Neste grupo, a maioria referiu ter iniciado a vida sexual (87,4%). No grupo dos que não estavam namorando, 58,6% dos entrevistados afirmaram ter iniciado a vida sexual. Assim, foi mais freqüente encontrar estudantes que tinham iniciado a vida sexual no grupo dos que estavam namorando.

Conforme observa-se na figura 8, entre aqueles que não estavam namorando e já tinham iniciado a vida sexual, 83,8% afirmaram ter relações esporádicas.

A próxima tabela traz dados sobre as práticas contraceptivas entre os estudantes universitários. Os números referem-se àqueles estudantes que manifestaram ter uma vida sexual ativa. Assim, foram excluídos dessa tabela os que não ainda não tinham iniciado a vida sexual, aqueles que não tinham um parceiro ou uma parceira no momento da entrevista e aqueles que não referiram manter uma vida sexual.

**TABELA 2 - Caracterização das práticas contraceptivas dos estudantes universitários segundo sexo. Universidade de São Paulo, 2000.**

| PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS <sup>1</sup>                                | SEXO      |       |          |       | TOTAL |       |
|---|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|   | Masculino |       | Feminino |       | N     | %     |
|   | N         | %     | N        | %     |       |       |
| <b>Uso de contraceptivo</b>   |           |       |          |       |       |       |
| Sim   | 347       | 96,1  | 250      | 95,8  | 597   | 96,0  |
| Não   | 14        | 3,9   | 11       | 4,2   | 25    | 4,0   |
| <i>subtotal</i>   | 361       | 100,0 | 261      | 100,0 | 622   | 100,0 |
| <b>Método contraceptivo usado</b>                                   |           |       |          |       |       |       |
| Condom  | 192       | 55,3  | 73       | 29,2  | 265   | 44,4  |
| Pílula  | 49        | 14,1  | 49       | 19,6  | 98    | 16,4  |
| DIU   | 1         | 0,3   | -        |       | 1     | 0,2   |
| Injeção   | 2         | 0,6   | 4        | 1,6   | 6     | 1,0   |
| Camisinha feminina  | 1         | 0,3   | -        |       | 1     | 0,2   |
| Mais de um método de alta eficácia*                                 | 60        | 17,3  | 90       | 36,0  | 150   | 25,1  |
| Métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia** | 39        | 11,2  | 32       | 12,8  | 71    | 11,9  |
| Métodos de baixa eficácia   | 3         | 0,9   | 2        | 0,8   | 5     | 0,8   |
| <i>subtotal</i>   | 347       | 100,0 | 250      | 100,0 | 597   | 100,0 |

Continua

| <i>Como obtém o contraceptivo</i>    |      |       |      |       |       |       |
|--------------------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| Farmácia ou supermercado             | 303  | 89,6  | 191  | 77,3  | 494   | 84,4  |
| Médico                               | 7    | 2,1   | 11   | 4,5   | 18    | 3,1   |
| Parceiro                             | 3    | 0,9   | 17   | 6,9   | 20    | 3,4   |
| Diversas fontes                      | 25   | 7,4   | 28   | 11,3  | 53    | 9,1   |
| <i>subtotal ***</i>                  | 338  | 100,0 | 247  | 100,0 | 585   | 100,0 |
| <i>Como escolheu o contraceptivo</i> |      |       |      |       |       |       |
| Iniciativa própria                   | 152  | 42,1  | 85   | 28,6  | 237   | 36,0  |
| Mídia                                | 76   | 21,0  | 17   | 5,7   | 93    | 14,1  |
| Médico                               | 56   | 15,5  | 119  | 40,1  | 175   | 26,6  |
| Família                              | 27   | 7,5   | 21   | 7,1   | 48    | 7,3   |
| Parceiro(a)                          | 19   | 5,3   | 34   | 11,4  | 53    | 8,1   |
| Escola                               | 18   | 5,0   | 11   | 3,7   | 29    | 4,4   |
| Amigos                               | 11   | 3,0   | 8    | 2,7   | 19    | 2,9   |
| Posto de saúde                       | 2    | 0,6   | 2    | 0,7   | 4     | 0,6   |
| <i>subtotal ****</i>                 | 361  | 100,0 | 297  | 100,0 | 658   | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>                         | 361  | 100,0 | 261  | 100,0 | 622   | 100,0 |
|                                      | 58,0 |       | 42,0 |       | 100,0 |       |

<sup>1</sup> Inclui somente os entrevistados com parceiro(a) e vida sexual ativa.

\* Métodos de alta eficácia: *condom* e pílula.

\*\* Métodos de baixa eficácia: coito interrompido e tabelinha (abstinência periódica).

\*\*\* Foram excluídos 5 entrevistados usuários de métodos tradicionais - de baixa eficácia - e 7 entrevistados que não responderam a questão.

\*\*\*\* Como os entrevistados referiram mais de uma categoria, optou-se por considerar o número de vezes que cada categoria foi mencionada.

Os estudantes responderam com freqüência que usavam contraceptivos nas relações sexuais (96,0%). Esse valor correspondeu a 95,8% no grupo formado pelos homens e 96,1% no grupo formado pelas mulheres.

No grupo formado pelos homens, o principal método contraceptivo referido foi o *condom* (55,3%). A pílula foi citada por 14,4% dos estudantes do sexo masculino. Outros métodos citados foram o DIU, o método injetável e a camisinha feminina - 0,3%, 0,6% e 0,3% respectivamente. Entre os estudantes, 17,3% referiram mais de um método de alta eficácia. Por sua vez, 11,2% citaram métodos de alta eficácia associados a métodos de baixa eficácia e 0,9% citaram exclusivamente métodos de baixa eficácia. Os métodos considerados de baixa eficácia, no presente estudo, foram a tabelinha e o coito interrompido.

No grupo formado pelas mulheres, o *condom* foi mencionado em 29,2% das respostas; a pílula por 19,6% e o método injetável por 1,6%. Entre as mulheres, 36,0% referiram valer-se de mais de um método de alta eficácia e 12,8% referiram combinar métodos de alta eficácia com métodos de baixa eficácia. Métodos de baixa eficácia foram citados em 0,8% das respostas.

As categorias “*mais de um método de alta eficácia*” e “*métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia*” foram criadas a partir das respostas dos entrevistados. Os métodos de alta eficácia usados em conjunto eram o *condom* e a pílula. O uso simultâneo desses métodos correspondeu a 100% das respostas na categoria “*mais de um método de alta eficácia*” em ambos os grupos.

As variáveis “*como obtém o contraceptivo*” e “*como escolheu o contraceptivo*” foram incluídas a fim de se conhecer melhor os hábitos dos estudantes em relação à contracepção.

A tabela 2 indica que a farmácia ou o supermercado era a principal forma de obtenção de contraceptivos (84,4%). Essa categoria obteve 89,6% das respostas no grupo masculino e 77,3% no feminino. Entre os que referiram o médico, 2,1% eram homens e 4,5%, mulheres. Entre os que referiram o parceiro, 0,9% eram homens e 6,9% eram mulheres. Alguns estudantes responderam mais de uma fonte de obtenção - 7,4% dos homens e 11,3% das mulheres.

Em relação à pergunta “*como escolheu o contraceptivo*”, optou-se por considerar quantas vezes cada categoria foi mencionada dado que muitos entrevistados fizeram menção a mais de uma categoria ao mesmo tempo.

A categoria mais mencionada foi a “*iniciativa própria*” com 36,0% das respostas. Em segundo lugar, o médico foi citado em 26,6% das respostas. A mídia foi referida em 14,1% das respostas.

No grupo formado pelo sexo masculino, a “*iniciativa própria*” foi referida em 42,1% das respostas. A segunda categoria mais citada pelos homens foi a mídia (21,0%) e, em terceiro lugar, o médico (15,5%). A família foi mencionada em 7,5% das respostas; o parceiro em 5,3% das respostas; os amigos e amigas em 3,0% das respostas e o posto de saúde foi mencionado por apenas 0,6% dos entrevistados.

No grupo formado pelas mulheres, a principal categoria citada foi o médico com 40,1% das respostas. Em segundo lugar, a categoria “*iniciativa própria*” foi citada por 28,6% das entrevistadas. O parceiro foi mencionado em 11,4% das respostas. Nesse grupo, a família foi referida em 7,1% das respostas; a mídia em 5,7%; a escola em 3,7%; os amigos e amigas em 2,7% e o posto de saúde por 0,7% das entrevistadas.



**TABELA 3 - Caracterização das práticas contraceptivas dos estudantes universitários na primeira relação sexual segundo sexo. Universidade de São Paulo, 2000.**

| PRÁTICAS<br>CONTRACEPTIVAS<br>NA 1ª RELAÇÃO<br>SEXUAL <sup>1</sup>   | SEXO             |       |                 |       | TOTAL |       |
|--|------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
|  | <i>Masculino</i> |       | <i>Feminino</i> |       | N     | %     |
|  | N                | %     | N               | %     |       |       |
| <b>Uso de contraceptivo na 1ª relação sexual</b>                     |                  |       |                 |       |       |       |
| Sim  | 329              | 82,3  | 240             | 81,9  | 569   | 82,1  |
| Não  | 71               | 17,7  | 53              | 18,1  | 124   | 17,9  |
| <i>subtotal *</i>  | 400              | 100,0 | 293             | 100,0 | 693   | 100,0 |
| <b>Método contraceptivo usado na 1ª relação sexual</b>               |                  |       |                 |       |       |       |
| Condom   | 297              | 90,3  | 158             | 65,8  | 455   | 80,0  |
| Pílula   | 4                | 1,2   | 19              | 7,9   | 23    | 4,0   |
| Camisinha feminina   | 1                | 0,3   | -               | -     | 1     | 0,2   |
| Mais de um método de alta eficácia**                                 | 11               | 3,3   | 33              | 13,8  | 44    | 7,7   |
| Métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia*** | 13               | 4,0   | 18              | 7,5   | 31    | 5,5   |
| Métodos de baixa eficácia  | 3                | 0,9   | 12              | 5,0   | 15    | 2,6   |
| <i>subtotal</i>  | 329              | 100,0 | 240             | 100,0 | 569   | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>   | 402              | 100,0 | 293             | 100,0 | 695   | 100,0 |
|  | 57,8             |       | 42,2            |       | 100,0 |       |

<sup>1</sup> Foram excluídos os entrevistados que não tinham iniciado a vida sexual (n=257).

\* Foram excluídos 2 entrevistados que não responderam à questão.

\*\* Métodos de alta eficácia: *condom* e *pílula*.

\*\*\* Métodos de baixa eficácia: *coito interrompido* e *tabelinha* (abstinência periódica).

Os estudantes universitários referiram uma alta frequência de uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual (82,1%). Tanto o grupo formado pelos homens quanto o grupo formado pelas mulheres referiu a mesma proporção de uso de métodos contraceptivos (82,3% e 81,9% respectivamente).

O principal método referido na primeira relação sexual foi o *condom* (80,0%). Este método correspondeu a 90,3% das respostas no grupo formado pelos homens e 65,8%, no grupo formado pelas mulheres. O uso da pílula foi referido por apenas 4,0% dos entrevistados, que correspondeu a 1,2% dos homens e 7,9% das mulheres. A camisinha feminina foi referida somente por um estudante.

Por sua vez, 13,8% das mulheres e 3,3% dos homens referiram mais de um método de alta eficácia usados em conjunto. Métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia foram referidos por 7,5% das mulheres e 4,0% dos homens. Mencionaram apenas métodos de baixa eficácia, 5,0% das mulheres e 0,9% dos homens.

Observou-se que, a escolha do método dependia do contexto em que a relação se desenrolava. Em que pesem as limitações da análise estatística no âmbito do valor atribuído ao relacionamento afetivo-sexual, um aspecto que se revelou importante em relação às condições de uso do *condom* foi sua relação com a modalidade do relacionamento afetivo-sexual - consideradas como relação esporádica, namoro e união conjugal. A próxima tabela relaciona essas duas variáveis.

**TABELA 4 - Distribuição do número e porcentagem dos estudantes universitários segundo método contraceptivo usado e modalidade do relacionamento afetivo-sexual. Universidade de São Paulo, 2000.**

| MÉTODO CONTRACEPTIVO USADO  | MODALIDADE DO RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL |       |               |       |                       |       | TOTAL |       |
|---|---|-------|---------------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|
|   | <i>Relações esporádicas</i>                 |       | <i>Namoro</i> |       | <i>União conjugal</i> |       | N     | %     |
|   | N   | %     | N             | %     | N                     | %     |       |       |
| Condom  | 149   | 71,0  | 105           | 30,5  | 11                    | 25,6  | 265   | 44,4  |
| Pílula  | 11  | 5,2   | 72            | 20,9  | 15                    | 35,0  | 98    | 16,4  |
| DIU   | -   |       | -             |       | 1                     | 2,3   | 1     | 0,2   |
| Injeção   | 1   | 0,5   | 4             | 1,2   | 1                     | 2,3   | 6     | 1,0   |
| Camisinha feminina  | -   |       | 1             | 0,3   | -                     |       | 1     | 0,2   |
| Mais de um método de alta eficácia*                                 | 29  | 13,8  | 110           | 32,0  | 11                    | 25,6  | 150   | 25,1  |
| Métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia** | 17  | 8,1   | 51            | 14,8  | 3                     | 7,0   | 71    | 12,0  |
| Métodos de baixa eficácia   | 3   | 1,4   | 1             | 0,3   | 1                     | 2,3   | 5     | 0,8   |
| <b>TOTAL</b>  | 210   | 100,0 | 344           | 100,0 | 43                    | 100,0 | 597   | 100,0 |
|   | 35,2  |       | 57,6          |       | 7,2                   |       | 100,0 |       |

\* Métodos de alta eficácia: *condom* e *pílula*.

\*\* Métodos de baixa eficácia: *coito interrompido* e *tabelinha* (abstinência periódica).

Na tabela 4, pode-se observar que o *condom* foi o principal método referido pelos estudantes que não estavam namorando e afirmaram ter relações esporádicas (71,0%). Um outro aspecto presente nesse subgrupo foi a pequena referência à pílula (5,2%) e a praticamente inexistente referência a outros métodos contraceptivos.

Apesar de a pílula ser um método que depende da ação feminina para sua efetividade e dele ser pouco referido no contexto de relações esporádicas, a metade dos alunos que referiram ter relações dessa natureza usando pílula eram homens. Esse resultado indica que, os homens podem delegar para a mulher a tarefa de regulação da fecundidade, mesmo no contexto das relações esporádicas e que, nesse caso, não há nenhuma prática de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

O uso de mais de um método de alta eficácia foi citado em 13,8% das respostas; métodos de alta e baixa eficácia combinados foram citados em 8,1% das respostas e os métodos tradicionais, de baixa eficácia, em 1,4% das respostas.

É importante ressaltar que 56,2% (n= 149) do total dos usuários do *condom* estavam no grupo dos entrevistados que tinham relações esporadicamente.

No subgrupo dos estudantes que estavam namorando no momento da entrevista, a frequência do uso do *condom* foi reduzida aproximadamente na metade (30,5%) e a da pílula aumentou em quatro vezes (20,9%). O uso de mais de um método de alta eficácia assim como o de métodos de alta e baixa eficácia combinados aumentaram para 32,0% e 14,8% respectivamente.

No grupo dos estudantes unidos, o uso do *condom* decresceu ainda mais, passando para 25,6% das respostas. O declínio desse método no grupo dos unidos também foi acompanhado pelo aumento dos usuários de pílula (35,0%). A referência

ao DIU e à injeção bem como aos métodos de baixa eficácia foi mínima (2,3%). Mais de um método de alta eficácia foram citados por 25,6% dos entrevistados e métodos de alta e baixa eficácia combinados, por 7,0%.

Considerando-se a distribuição dos universitários segundo as variáveis estudadas para cada método contraceptivo, os dados indicaram uma relação do *condom* com as relações esporádicas, ao passo que o uso da pílula cresceu entre os que estavam namorando ou estavam unidos.

Em relação ao uso do *condom*, o aprofundamento da análise buscou examinar a frequência com que ele era usado e em quais condições o uso foi abandonado.

**TABELA 5 - Caracterização das práticas dos estudantes universitários em relação ao uso do condom segundo sexo. Universidade de São Paulo, 2000.**

| PRÁTICAS EM<br>RELAÇÃO AO USO<br>DO CONDOM <sup>1</sup>                                | SEXO      |       |          |       | TOTAL |       |
|--|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|  | Masculino |       | Feminino |       | N     | %     |
|  | N         | %     | N        | %     |       |       |
| <i>Atitude em relação ao condom num relacionamento estável</i>                         |           |       |          |       |       |       |
| Usaria sempre  | 105       | 36,6  | 90       | 48,4  | 195   | 41,1  |
| Usaria por algum tempo   | 116       | 40,3  | 61       | 32,8  | 177   | 37,4  |
| Não usaria nunca   | 7         | 2,4   | -        |       | 7     | 1,5   |
| Não sabe   | 60        | 20,8  | 35       | 18,8  | 95    | 20,0  |
| <i>subtotal ***</i>  | 288       | 100,0 | 186      | 100,0 | 474   | 100,0 |
| <i>Atitude em relação ao condom caso não fosse possível usá-lo numa relação sexual</i> |           |       |          |       |       |       |
| Manteria a relação   | 14        | 4,8   | 4        | 2,1   | 18    | 3,8   |
| Em algumas situações manteria a relação  | 135       | 46,6  | 85       | 45,2  | 220   | 46,0  |
| Não manteria a relação em nenhuma hipótese   | 100       | 34,5  | 77       | 41,0  | 177   | 37,0  |
| Não sabe   | 41        | 14,1  | 22       | 11,7  | 63    | 13,2  |
| <i>subtotal **</i>   | 290       | 100,0 | 188      | 100,0 | 478   | 100,0 |
| <i>Já teve relação sexual sem usar o condom</i>  |           |       |          |       |       |       |
| Sim  | 149       | 51,6  | 124      | 66,0  | 273   | 57,2  |
| Não  | 140       | 48,4  | 64       | 34,0  | 204   | 42,8  |
| <i>subtotal *</i>  | 289       | 100,0 | 188      | 100,0 | 477   | 100,0 |
| <b>TOTAL</b>   | 291       | 100,0 | 193      | 100,0 | 484   | 100,0 |
|  | 60,1      |       | 39,9     |       | 100,0 |       |

<sup>1</sup> Somente para usuários do *condom* (uso exclusivo ou combinado com outros métodos). \* Foram excluídos 7 entrevistados que não responderam à questão. \*\* Foram excluídos 6 entrevistados que não responderam à questão. \*\*\* Foram excluídos 10 entrevistados que não responderam à questão.

Observou-se que, no grupo formado pelos homens, 40,3% dos entrevistados afirmaram que usariam o *condom* por algum tempo num relacionamento estável, 36,6% responderam que o usariam sempre e 2,4% se recusariam a usá-lo. 20,8% dos entrevistados não souberam responder essa questão. No grupo formado pelas mulheres, 48,4% afirmaram que o usariam sempre e 32,8% que o usariam por algum tempo. Neste grupo, 18,8% não souberam responder a questão.

A próxima questão exigia do entrevistado um esforço de imaginação sobre uma situação virtual: sua atitude frente a uma oportunidade de relacionamento sexual desejado na falta do *condom*. Os resultados ilustram as ambigüidades que cercam a esfera do dever ser e as ações objetivas que os sujeitos desencadeiam na prática, frente a cada vivência específica.

No grupo pesquisado, 46,6% dos homens e 45,2% das mulheres admitiram que prescindiriam do uso do preservativo em algumas situações. 34,5% dos entrevistados do sexo masculino e 41,0% das entrevistadas do sexo feminino, por sua vez, afirmaram categoricamente que optariam por não levar o relacionamento adiante. 14,1% do grupo formado pelo sexo masculino e 11,7% pelo feminino não souberam responder a questão e 4,8% dos homens e 2,1% das mulheres afirmaram que levariam o relacionamento adiante mesmo assim.

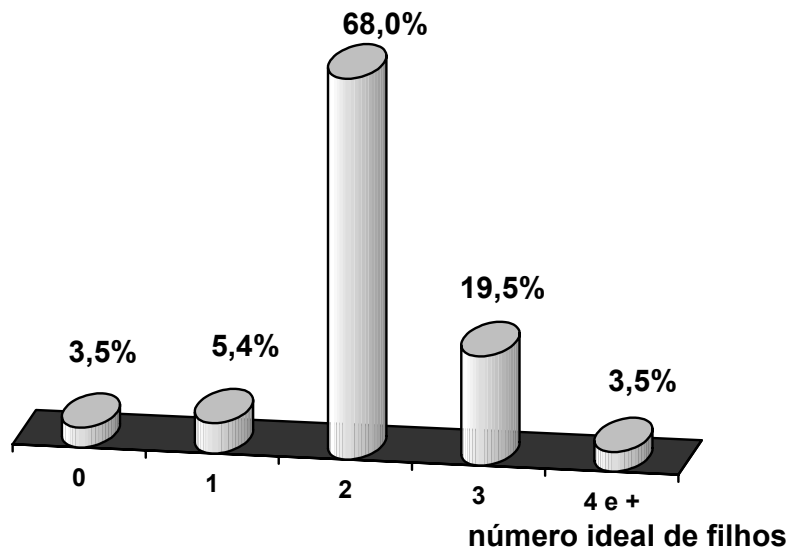
Entre os usuários do *condom* (57,2%) já haviam tido relação sexual sem usar o método. Aproximadamente a metade dos estudantes do sexo masculino, afirmou ter deixado de usá-lo em algum momento (51,6%). No grupo formado pelas mulheres, esse valor foi de 66,0%.

O percentual de estudantes que não soube responder as duas primeiras questões esteve próximo de 20%. Esse resultado não deve ser ignorado, pois ilustra as indecisões frente ao uso do *condom*.

As próximas figuras referem-se às aspirações dos estudantes em relação ao tamanho da família e ao momento de iniciar a fecundidade.



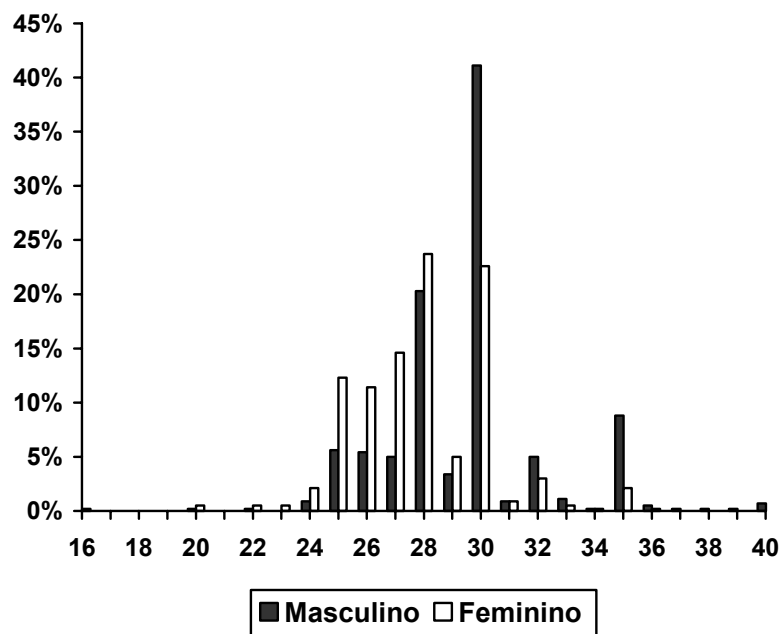
**FIGURA 9 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo número ideal de filhos. Universidade de São Paulo, 2000.**



Independentemente do sexo do entrevistado, a maioria dos estudantes afirmou que o número ideal de filhos seria dois (68,0%). Por sua vez, 19,5% dos estudantes afirmaram que esse número corresponderia a três filhos. É curioso notar que o mesmo percentual de estudantes referiu nenhum e quatro e mais filhos (3,5%). Entre os entrevistados, 5,4% responderam que um filho seria o ideal.

Os valores médio, mediano e modal do grupo formado pelos homens foram de 2,1; 2,0 e 2,0 filhos. O desvio padrão no grupo foi de 0,8. No grupo formado pelas mulheres esses valores corresponderam a 2,2; 2,0 e 2,0 filhos, respectivamente. O desvio padrão encontrado foi de 1,1.

**FIGURA 10 - Distribuição em porcentagem dos estudantes universitários segundo idade ideal no primeiro filho e sexo do entrevistado. Universidade de São Paulo, 2000.**



A maioria dos estudantes entrevistados considerou que a idade ideal no primeiro filho estaria os 28 e 30 anos, sendo que 31,9% referiram a idade pontual de 30 anos. No grupo formado pelos homens, houve uma grande concentração em torno dos 30 anos (41,1%). Em segundo lugar, os homens responderam que a idade ideal seria aos 28 anos. No grupo formado pelas mulheres, as respostas não foram tão concentradas em torno de uma idade na faixa etária. Mas, a idade de 28 anos foi a mais referida com 23,7% das respostas.

Os valores de tendência central, no grupo do sexo masculino, foram: média igual a 29,6 anos; mediana e moda iguais a 30,0 anos. O desvio padrão foi de 2,8 anos. No grupo formado pelo sexo feminino, os valores encontrados foram: média igual a 27,9 anos; mediana e moda iguais a 28,0 anos. O desvio padrão foi igual a 2,4 anos.

Do total dos entrevistados com vida sexual, 27 estudantes afirmaram que já haviam sido gestantes ou que a parceira havia sido gestante. Dentre esses, 48,1% eram homens ( $n = 13$ ) e 51,9% eram mulheres ( $n = 14$ ).

A maioria dos estudantes referiu uma única gestação: entre os 13 homens que responderam afirmativamente quanto a parceira ter ficado grávida, somente dois indicaram duas gestações; e, entre as mulheres, duas afirmaram terem ficado grávidas duas vezes.

Na próxima tabela, apresenta-se o resultado das gestações referidas pelos estudantes:

**TABELA 6 – Distribuição do número e porcentagem das gestações referidas pelos estudantes, segundo ordem de gestação, resultado e sexo. Universidade de São Paulo, 2000.**

| Resultado         | Ordem de gestação <sup>1</sup> |       |          |       |          |       |             |       |          |       |          |       |
|-------------------|--------------------------------|-------|----------|-------|----------|-------|-------------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                   | 1ª gestação                    |       |          |       |          |       | 2ª gestação |       |          |       |          |       |
|                   | SEXO                           |       |          |       |          |       | SEXO        |       |          |       |          |       |
|                   | Masculino                      |       | Feminino |       | Subtotal |       | Masculino   |       | Feminino |       | Subtotal |       |
| N                 | %                              | N     | %        | N     | %        | N     | %           | N     | %        | N     | %        |       |
| Nascido vivo      | 3                              | 25,0  | 4        | 36,4  | 7        | 30,4  | 2           | 100,0 | -        | -     | 2        | 66,7  |
| Aborto espontâneo | 3                              | 25,0  | 1        | 9,1   | 4        | 17,4  | -           | -     | -        | -     | -        | -     |
| Aborto provocado  | 6                              | 50,0  | 6        | 54,5  | 12       | 52,2  | -           | -     | 1        | 100,0 | 1        | 33,3  |
| <b>TOTAL*</b>     | 12                             | 100,0 | 11       | 100,0 | 23       | 100,0 | 2           | 100,0 | 1        | 100,0 | 3        | 100,0 |

<sup>1</sup> Refere-se à ordem em que as gestações sucederam-se.

\* Excluído um dos entrevistados que não informou o resultado da gestação.

Na tabela 6, observa-se que da primeira ordem de gestações referidas pelos homens e mulheres, 52,2% foram finalizadas através do aborto espontâneo e 30,4% resultaram num nascido vivo. Na segunda ordem de gestações, no subgrupo dos homens, todas as duas gestações referidas resultaram num nascido vivo e, no subgrupo das mulheres, a única gestação referida em segunda ordem foi finalizada através do aborto provocado.

Havia três estudantes gestantes na ocasião em que o questionário foi aplicado.

O número de abortos, entre o grupo pesquisado, poderia ser ainda maior, dado que 23 homens não souberam responder se alguma parceira já tinha ficado grávida e três mulheres não quiseram responder se já haviam ficado grávidas. Outros dois estudantes, embora tenham referido a gestação, não responderam qual foi o resultado da gestação.

### ***III.3 RELATIVIZANDO AS DIFERENÇAS: A VIDA REPRODUTIVA E CONTRACEPÇÃO ENTRE JOVENS UNIVERSITÁRIOS DIANTE DO PANORAMA DEMOGRÁFICO***

A caracterização da população pesquisada realizada indica tratar-se de uma população jovem, que iniciou os estudos superiores antes dos 19 anos e que se dedica integralmente à carreira universitária - o que se observa diante da grande maioria de estudantes em período integral. Um outro aspecto que marca a população em estudo é o fato de que a maioria dos estudantes entrevistados estava iniciando a vida universitária, concentrando-se nos quatro primeiros semestres das carreiras universitárias.

As características da população estudada contrastam com a situação da população no país. Tomando-se como referência o Estado de São Paulo - que se destaca no contexto nacional pelos seus indicadores econômicos, apesar da grande desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres, característica da sociedade brasileira - a situação do grupo pesquisado diferencia-se, sobretudo em relação à

continuidade dos estudos e à exclusividade com que se dedica a esta fase de preparação para a vida profissional.

No Estado de São Paulo, em 1994, 18,1% dos adolescentes e 34,1% dos jovens haviam abandonado o ensino no nível fundamental, ou seja, eles encerraram a carreira escolar logo no seu início. Em torno de 40% dos adolescentes, com idade entre 15 e 17 anos, ainda estavam freqüentando o 1º grau, revelando o peso do problema do atraso escolar. Entre a população jovem, com idade entre 18 e 24 anos, 15,2% haviam cursado o 2º grau, encerrando os estudos neste patamar, e apenas 13,8% freqüentavam o 3º grau. Somente 2,0% dos jovens do Estado de São Paulo haviam, efetivamente, concluído os estudos superiores (*CARVALHO, BELLUZZO, FERREIRA & NERY, 1998*).

Esse panorama aponta, por um lado, para as dificuldades que o sistema escolar apresenta, acarretando o seu abandono por parte dos adolescentes e dos jovens. Por outro lado, um dos fatores que contribui para a evasão escolar é a dificuldade que o estudante encontra em conciliar o estudo com o trabalho remunerado, necessário para a sua própria sobrevivência e da sua família. Em 1994, entre os estudantes jovens do Estado de São Paulo, somente 20,3% eram inativos (*CARVALHO, BELLUZZO, FERREIRA & NERY, 1998*).

Entre os jovens entrevistados no presente estudo, observa-se o desenho de uma outra realidade social que permitiu a eles apresentarem uma continuidade no processo de escolarização e dedicarem uma parcela expressiva de seu tempo aos estudos universitários. Considerando-se que as condições sociais exigem um nível de informação e de formação escolar cada vez maior, cabe às políticas públicas na área de educação propiciar as condições para que todos os jovens tenham acesso à

educação de qualidade. Em que pese o atual panorama do ensino superior que alija as classes populares das universidades de melhor qualidade, seja pela dificuldade de ingresso no vestibular, seja pelo alto investimento econômico que uma faculdade representa, observa-se que a universidade pública é a maior esperança daqueles jovens que têm condições de ingresso no vestibular. A moradia estudantil, a possibilidade do estudante prover sua subsistência através do trabalho nas diferentes atividades da universidade, a garantia de alimentação a baixo custo, entre outros benefícios que a universidade pública oferece, garantem a muitos jovens a perspectiva de concluir um curso superior.

A distribuição por sexo ocorreu de maneira equilibrada entre os estudantes entrevistados, acompanhando a proporção de homens e mulheres entre os estudantes da Universidade de São Paulo. Segundo os dados do *ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA USP (1998)*<sup>18</sup>, no ano de 1997, a Universidade contava com uma ligeira predominância de estudantes do sexo masculino (56,3%) na Cidade de São Paulo.

A dinâmica da variável sexo nas carreiras universitárias envolve aspectos históricos, sociais e culturais. Esses aspectos são ligados à construção social da identidade de gênero, dado que determinadas profissões são socialmente atribuídas às mulheres e outras são consideradas masculinas. No entanto, a caracterização de uma carreira como masculina ou feminina modifica-se no decorrer do tempo.

O estudo da saúde reprodutiva entre um grupo de jovens estudantes universitários deve levar em conta as peculiaridades que marcam essa população. Sendo assim, um dos principais aspectos a ser levado em consideração é o fato de que se trata de uma população predominantemente solteira. Ao lado da grande

---

<sup>18</sup> Informação obtida *on line* através do *site* da USP na internet <http://www.usp.br>, em maio de 1999.

maioria de solteiros, um pequeno número de jovens estudantes, por sua vez, estão iniciando uma união conjugal.

Nas pesquisas que abarcam a população como um todo, a discussão relativa à anticoncepção está mais enfocada nas mulheres unidas. Tratando-se, no entanto, de um grupo de jovens solteiros, faz-se necessário dirigir o olhar para as formas pelas quais os relacionamentos entre os sexos são estabelecidos. Nesse sentido, tanto o "*namoro*" como outras formas de relacionamentos ganham destaque frente às questões ligadas à saúde reprodutiva.

A fim de contemplar outros arranjos de valor afetivo e sexual que caracterizam as relações entre os sexos numa população universitária predominantemente solteira, foi inserida a categoria "*relações esporádicas*" no questionário. Essa categoria só foi considerada nos casos em que o estudante era solteiro, não estava namorando e tinha iniciado a vida sexual. A inclusão dessa variável teve por objetivo levar em consideração a atividade sexual e, conseqüentemente o uso de contraceptivos, pelos estudantes que responderam que não estavam namorando, mas tinham relações esporadicamente, independentemente do grau de estabilidade do parceiro. No universo de uma população universitária solteira, as relações afetivas e sexuais são estabelecidas através de uma série de gradações, desde um relacionamento mais breve até um relacionamento em que os parceiros reconhecem mais marcadamente um compromisso entre eles.

Nesse momento da análise, por se tratar de um levantamento quantitativo, buscou-se conhecer qual seria o peso dessas relações entre os estudantes.

Observou-se que o "*namoro*" era a principal forma de relacionamento entre os entrevistados. Aproximadamente a metade do grupo entrevistado afirmou estar



namorando. Considerando-se a relação entre o namoro e o início da vida sexual, 87,4% dos que afirmaram estar namorando no momento da entrevista também afirmaram ter iniciado a vida sexual. Entre os que não estavam namorando, por sua vez, aproximadamente 40% não tinham iniciado a vida sexual. Os dados não permitem inferir que a 1ª relação sexual se deu no contexto de um namoro, mas sim que era mais provável encontrar um estudante que iniciou a vida sexual entre os que estavam namorando. Assim, provavelmente, essa era a principal modalidade de relação em que o exercício da sexualidade se desencadeava.

A atividade sexual deve ser considerada também entre os que não estavam namorando, mas tinham iniciado a vida sexual, pois 84% desse grupo referiu manter relações esporadicamente. No entanto, as relações afetivas e sexuais adquirem vários significados e são interpretadas de diferentes maneiras, exigindo uma análise mais aprofundada. Retomaremos essa discussão com o aporte dos dados qualitativos.

O estudo das variáveis “*namoro*” e “*relação esporádica*” sugere que as relações afetivas e sexuais adquirem significações divergentes entre homens e mulheres, podendo indicar a presença de um diferencial de gênero que deve ser mais bem compreendida na medida em que pode estar influenciando as práticas contraceptivas e a saúde reprodutiva junto ao grupo. Desse modo, o grupo formado pelas mulheres referiu o namoro com mais frequência do que o grupo dos homens. Este, por sua vez, indicou com mais frequência o relacionamento esporádico.

Os dados sobre a população jovem, coletados pela BEMFAM em 1986 e 1996, indicam que diminuiu o peso do casamento como um fator preponderante para o início da vida sexual nessa década. Segundo a pesquisa do ano de 1986, 77,8% das adolescentes e 49,5% das jovens haviam iniciado a vida sexual com um namorado.

Em 1996, 86,1% das adolescentes e 75,7% das jovens referiram que tinham iniciado a vida sexual com um namorado (*MELO & YAZAKI, 1998*).

As pesquisas têm observado que é comum que a 1ª relação sexual ocorra na adolescência e que está havendo uma diminuição da idade na 1ª relação sexual entre adolescentes e jovens. Analisando dados das pesquisas citadas da BEMFAM, *MELO & YAZAKI (1998)* constatam que houve uma diminuição no número de mulheres sem relação sexual em todas as coortes de idade. A diminuição foi maior entre as mulheres mais jovens: no grupo das adolescentes o percentual de mulheres que não tiveram relação sexual caiu de 84,4% para 64,5% e no grupo das jovens, caiu de 34,4% para 24,0%.

A idade na 1ª relação sexual também segue concentrando-se na adolescência, tendendo a ocorrer cada vez mais cedo. Em 1986, 8,7% das adolescentes tinham iniciado a vida sexual até os 15 anos e, em 1996, esse valor subiu para 22,6%. No grupo das jovens, em 1986, 38,5% tinham iniciado a vida sexual até os 18 anos e, num período de 10 anos, esse valor subiu para 56,4%.

A antecipação da 1ª relação sexual é um processo demográfico que se mostra visível nas pesquisas. Trata-se de uma tendência generalizada que está presente em todos os estratos sociais. Uma das principais dificuldades ocasionada pela antecipação da 1ª relação sexual é o aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes. A gravidez que ocorre na adolescência é, muitas vezes, uma gestação não planejada que decorre do não uso de contraceptivos nas primeiras relações ou do seu uso inadequado. Além da gravidez não planejada, existe também o risco da transmissão do HIV e dos demais agentes causadores de doenças sexualmente

transmissíveis em virtude da falta de práticas preventivas, sobretudo do não uso do *condom*.

A diminuição da idade no início da vida sexual e o aumento da fecundidade entre as adolescentes chamam atenção por se darem no contexto da transição demográfica. Um dos pilares básicos desse processo é a queda da fecundidade. Conforme já foi discutido na introdução, na sociedade brasileira, a fecundidade tendeu à diminuição a partir da década de 70 e essa diminuição ocorreu com uma velocidade vertiginosa. No entanto, observa-se que, diversamente das mulheres cujas faixas etárias são mais elevadas, a fecundidade aumentou entre as mulheres mais jovens – notadamente no grupo das adolescentes (YAZAKI & MORELL, 1998a; CAMARANO, 1998; BERQUÓ, 1998; PATARRA, 1995).

O aumento da fecundidade entre adolescentes é um fenômeno que gera polêmicas. Um dos aspectos do debate em torno desse tema deve-se ao fato de que as relações sociais, principalmente na esfera do trabalho, exigem cada vez maior escolarização e especialização da mão-de-obra. Ao engravidarem, as mulheres jovens diminuem as chances de obter uma melhor posição no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade de vida da jovem mãe e de seu filho tende a diminuir. Por outro lado, muitos adolescentes têm admitido que o nascimento de um filho e a mudança de papel social que advém da nova situação é um estímulo para a luta por uma situação de vida com mais qualidade, numa sociedade altamente excludente, em que a maior parte da população está alijada dos direitos sociais básicos como educação e saúde.

A polêmica sobre as vantagens e desvantagens da gravidez na adolescência não deve ofuscar a realidade social em que a juventude se insere. Tanto os jovens

quanto os adolescentes têm direito a vivenciar a sua sexualidade de maneira saudável e direito a receber educação sexual e orientação quanto aos métodos contraceptivos. Os jovens e adolescentes também têm direito a receber atenção quanto à sua saúde reprodutiva e devem ser dirigidos a eles programas e políticas de saúde nessa área. O que se observa, nas pesquisas sobre saúde reprodutiva, no entanto, é que a utilização de métodos contraceptivos está fortemente relacionada com o nível de instrução e também se observa que a taxa de fecundidade é maior entre a população com menos escolaridade (MELO & YAZAKI, 1998; YAZAKI & MORELL, 1998b).

Em relação ao uso dos contraceptivos, o grupo universitário destaca-se pela frequência em que a resposta foi positiva. Praticamente todos os estudantes entrevistados que tinham vida sexual referiram o uso de algum tipo de contraceptivo, tanto no grupo formado pelos homens quanto no formado pelas mulheres. O uso do *condom* foi referido por mais da metade dos homens entrevistados e por aproximadamente um terço das mulheres. O segundo principal método citado pelos estudantes foi a pílula. Um número expressivo de entrevistados, sobretudo no grupo feminino, referiu mais de um método de alta eficácia usado em conjunto.

Ao analisar-se o número de estudantes que referiu ter feito uso de contraceptivos na 1ª relação sexual, também se encontrou um valor expressivo de usuários (mais de 80% nos dois grupos). O *condom* foi citado por nada menos do que 90,3% dos homens e 65,8% das mulheres que usaram algum tipo de método anticoncepcional.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 1996, 53,6% das adolescentes e 62,2% das mulheres jovens no Estado de São Paulo não usaram nenhum contraceptivo na 1ª relação sexual (MELO & YAZAKI, 1998). Entre as que

usaram algum método, mais da metade das adolescentes mencionaram o *condom* (59%) e, no grupo das mulheres jovens, diversamente, a pílula foi mencionada em primeiro lugar (47,3%) seguida pelo *condom* (32,7%).

Entre as mulheres sexualmente ativas, cuja idade variava entre 15 e 24 anos no Estado de São Paulo, em 1996, 68,2% eram usuárias de métodos anticoncepcionais (MORELL & YAZAKI, 1998). O principal método utilizado era a pílula (40,1%) e o *condom* havia sido citado em 12,0% das respostas. Tendo-se em vista os diferenciais de instrução, as autoras mencionam que

*“O que distingue o comportamento das adolescentes e jovens em relação ao uso do condom – quando passam a utilizá-lo – é que, entre as primeiras, não há diferenças por instrução, enquanto para o grupo de 20 a 24 anos há uma variação de quase 100% entre os dois cortes de instrução. O grande aumento da incidência total do condom decorreria, principalmente, da incorporação deste método à prática anticoncepcional das jovens com menor instrução, indo este comportamento também ao encontro da diminuição de diferenciais ou convergência de condutas preventivas.” (p140)*

A difusão da informação sobre as formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo frente ao avanço da epidemia de Aids, é uma condição importante para a saúde reprodutiva. A incorporação do *condom* na vida sexual é um instrumento de grande importância para a proteção contra o HIV. Esse método oferece dupla proteção: tanto contra a transmissão do HIV por via sexual quanto contra a gravidez não planejada. Para garantir a efetiva proteção proporcionada pelo *condom*, ele deve ser usado em todas as relações sexuais, mesmo nos relacionamentos considerados mais “*estáveis*”. Destaca-se que, no atual estágio da epidemia de Aids, um dos grupos onde tem havido maior incidência é o das

mulheres unidas. No entanto, as mudanças de hábitos que são exigidas fazem com que haja uma resistência dos casais em relação a esse método.

MORELL & SILVA (2002) observam, a partir dos dados da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PSMIPF) de 1986 e da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, que houve um aumento uso de métodos anticoncepcionais. As autoras afirmam que

*“O aumento no uso de métodos se verifica nos dois recortes de instrução, mantendo-se o diferencial de sobre-prevalência das mulheres mais instruídas. Também esse grupo mantém o comportamento diferencial de maior uso da pílula e menor prática de esterilização feminina. A opção pelo condom, embora revele a mesma tendência crescente nos dois grupos, revela a seguinte diferença: enquanto das mulheres mais educadas, 5% o utilizavam já em 1986, chegando a 9% em 1996, as menos escolarizadas se declaram usuárias com proporção igual a 5% apenas em 1996.”(P.3)*

Ainda que o uso de contraceptivos seja alto no grupo de estudantes universitários pesquisado, uma análise mais detalhada das práticas contraceptivas e das condições em que o *condom* é usado deixa entrever que, mesmo entre os estratos sociais com mais instrução, a contracepção é vivenciada de modo problemático e até precário.

Analisando-se o panorama da contracepção junto à população estudada, observa-se uma pequena variabilidade em relação aos métodos empregados - sendo praticamente reduzidos ao *condom*, à pílula e aos métodos de baixa eficácia. Ainda que os métodos de baixa eficácia, como a abstinência periódica e o coito interrompido, tenham sido referidos com exclusividade por apenas 0,8% dos entrevistados, o grupo que referiu métodos de alta eficácia combinados com métodos de baixa eficácia somou 11,9% das respostas. Esse dado indica que o uso dos

métodos de alta eficácia, sobretudo do *condom* e da pílula, pode não ser constante, havendo uma oscilação entre eles e os métodos tradicionais.

Embora haja um percentual de usuários e usuárias do *condom* no grupo pesquisado bem mais elevado do que entre a população como um todo, esse valor não deve desviar a atenção da existência de muitas condutas de risco no grupo pesquisado. O simples fato do entrevistado considerar-se um usuário ou uma usuária do preservativo masculino nem sempre garante que ele está assumindo condutas seguras em relação às práticas sexuais.

Um outro aspecto que vem ao encontro dessa hipótese é o fato de que o uso do *condom* na primeira relação sexual foi muito mais expressivo do que o seu uso habitual como método anticoncepcional tanto no grupo dos homens, quanto no das mulheres: o uso do *condom* decresceu de 90,3% para 55,3% entre os homens e de 65,8% para 29,2% entre as mulheres. Assim, o *condom* pode não estar sendo usado adequadamente nas práticas sexuais. A diminuição desses percentuais no desenrolar da vida sexual dos universitários e universitárias ocorre ao lado do aumento do percentual da pílula. A responsabilidade pela contracepção parece tender ser incorporada pela a mulher, em detrimento da participação masculina, mesmo nos grupos com mais instrução.

Os dados do presente estudo indicam que o *condom* vai sendo gradativamente substituído pela pílula a partir da 1ª relação sexual e que ele é mais freqüente nos relacionamentos esporádicos. A pílula ganha importância entre os estudantes que estão namorando, assim como o uso de mais de um método de alta eficácia e o uso conjunto de métodos de alta e baixa eficácia. Deve-se alertar para que o uso conjunto de mais de um método pode estar indicando antes a substituição de um método por

outro ou até uma negligência no uso do *condom*, do que um excesso de cuidado com a anticoncepção. Observa-se ainda que quanto mais o relacionamento está consolidado, introduzindo-se na análise o grupo dos unidos, menor o peso do uso do *condom* e maior a presença da pílula, conforme indica a tabela 4.

O conjunto de questões específicas ao uso do *condom* revelou que somente 40% dos entrevistados consideram que usariam sempre o método, mesmo num relacionamento estável; 46% reconheceram que, em determinadas situações, manteriam um relacionamento sexual ainda que não fosse possível usar o *condom* e 57% afirmaram que já tiveram alguma relação sexual sem usá-lo.

Essas questões apontam os paradoxos que cercam o tema do uso do *condom*. As respostas tenderam a ser mais favoráveis em relação ao uso nas situações hipotéticas do que nas situações que foram efetivamente vivenciadas. Considerando a dupla proteção oferecida por esse método, a oscilação das respostas diante das situações apresentadas indica uma consciência risco, mas também demonstra as falhas, erros e negligências que têm lugar nas vivências concretas.

Esse breve detalhamento das circunstâncias que cercam as práticas dos estudantes universitários em relação ao *condom* indicou que, embora os estudantes estejam conscientes do risco de manter relações sexuais desprotegidos, na prática, a maioria já teve relações sexuais sem usar esse método.

Um dado revelador sobre as oscilações que cercam a opção pelo *condom* é o grande número de estudantes que responderam não saber qual atitude tomariam nas situações propostas pelas perguntas. Mais do que uma prática contraceptiva e de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, a decisão de usar ou não o



*condom* carrega uma série de significações ligadas ao significados sociais que orientam as práticas sexuais.

O diferencial de gênero está presente nesse conjunto de questões. Se, por um lado, as mulheres responderam com mais frequência do que os homens que usariam sempre o *condom* num relacionamento estável, elas também referiram mais vezes que tiveram relação sexual sem usar o *condom*.

Esse dado indica uma ambivalência quanto ao significado da utilização do *condom*: as mulheres universitárias manifestam uma consciência do risco, mas não incorporam esse método em todas as relações sexuais. O estudo qualitativo permitiu que as discussões sobre as significações do uso do *condom* e as condições de uso desse método fossem aprofundadas e essa temática voltará a ser desenvolvida no capítulo seguinte.

Outros aspectos que marcam as práticas contraceptivas são a forma de obtenção do método e a indicação para escolha do método.

O setor privado, em 1996, era responsável pelo fornecimento de 63% dos métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo (MORELL & YAZAKI, 1998). As autoras observam que, entre os anos de 1986 e 1996, o setor público aumentou a sua participação na oferta de contraceptivos. Ainda assim, 81,6% dos jovens e adolescentes pesquisados pelas autoras, com idade entre 15 e 24 anos, citaram a farmácia como a fonte de obtenção mais recente do método anticoncepcional usado. No presente estudo, 84,4% referiram a farmácia ou o supermercado como fonte de obtenção dos métodos contraceptivos.

A ausência de políticas públicas efetivas no âmbito da vida reprodutiva e sexual junto aos jovens e aos adolescentes fica mais ressaltada considerando-se que,

mesmo entre a elite do sistema educacional do país, mais de 40% dos homens e quase um terço das mulheres afirmaram ter escolhido o método anticoncepcional por “*iniciativa própria*”. A escola e o posto de saúde foram lembrados por menos de 1% dessa população.

Num grupo em que, por suposição, o acesso à medicina privada seria economicamente viável, o médico foi referido em apenas 26,6% das respostas. Nessa questão, observa-se um diferencial de gênero, pois em 40,1% das respostas das mulheres, o médico foi citado na escolha do método anticoncepcional. Entre os homens, esse valor correspondeu a 15,5%. Provavelmente, isso se deveu ao fato das mulheres buscarem orientação médica para usarem a pílula. Esses dados apontam que o sistema de saúde, seja no âmbito do setor público ou do privado, não está atuando preventivamente em relação às doenças sexualmente transmissíveis, nem oferecendo alternativas para a regulação da fecundidade, além disso, não se vislumbra nenhum tipo de atenção especial às necessidades das jovens em relação à vida reprodutiva e sexual.

O pequeno percentual de homens jovens que referem o médico na escolha do contraceptivo usado indica ainda a falta de acolhimento do homem junto aos serviços de saúde. Mais do que isso, indica a ausência de políticas públicas efetivas no âmbito da prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis entre jovens e adolescentes, capazes de identificar quais são as necessidades específicas dessa população e de responder às suas demandas.

As questões que versam sobre o número ideal de filhos e idade ideal no nascimento do 1º filho visam conhecer as intenções reprodutivas e o planejamento da fecundidade entre a população. Segundo *MORELL & YAZAKI (1998)*, “As

*informações sobre as intenções ou preferências reprodutivas permitem estabelecer o nível de fecundidade que prevaleceria na população se nenhum nascimento indesejado ocorresse” (p.143). Segundo as autoras, o número de mulheres que não quer ter mais filhos cresce conforme aumenta a idade. Em relação à faixa etária das jovens e adolescentes, as autoras comentam que “... embora os primeiros nascimentos se mostrem, em geral, mais desejados no transcorrer do período, para as adolescentes passa a ser crescente a parcela dos não planejados...” (p.145).*

Observa-se uma convergência entre o número ideal de filhos e a taxa de fecundidade total. Em 1996, 71% das mulheres declararam que o número ideal de filhos seria igual a 2. Esse valor não é diferente entre as jovens e adolescentes, revelando a incorporação do desejo de uma família pequena entre todas as faixa etárias.

*MORELL & SILVA (2002) observam que o número ideal de filhos vem apresentando uma queda, entre as mulheres do Estado de São Paulo: em 1986, ele era de 2,84 e, em 1996, cai para 2,22. Segundo as autoras, “As proporções do ideal de nenhum e um filho se incrementam em mais de 100% e, as de dois, 11%; em todas as outras ordens as proporções diminuem de forma drástica.”(P.5)*

*CAMARANO (1998), estudando a fecundidade e anticoncepção entre o segmento populacional com idade entre 15 e 19 anos, a partir dos dados do Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil da BEMFAM, dos anos de 1986 e 1996, observa que o número ideal de filhos reportado pelas adolescentes caiu de 2,5 para 2,1 naquela década, apesar de, no mesmo período, a fecundidade ter aumentado no grupo.*

Segundo CAMARANO (1998), 86% das adolescentes que não tinham filhos gostariam de tê-los após um intervalo de apenas dois anos. Conforme os dados do presente estudo, os universitários projetavam o nascimento do primeiro filho para aproximadamente dez anos à frente, considerando que a idade mediana no grupo era de 20 anos e a idade mediana com que os universitários desejavam o nascimento do primeiro filho era de 28 anos entre as mulheres e de 30 entre os homens.

Analisando a relação entre a idade na 1ª relação sexual e a entrada na união e o nascimento do 1º filho, YAZAKI & MORELL (1998b) observam que o início da vida sexual frequentemente está dissociado da união conjugal e do 1º filho. As autoras comentam que

*“A associação entre o início das relações sexuais, a nupcialidade e a maternidade também é mais presente entre as menos instruídas, pois as proporções de adolescentes nestes três fenômenos são mais próximas entre si, nos dois períodos (referindo-se aos anos de 1986 e 1996). Com isso, no grupo das adolescentes mais instruídas, a prática da anticoncepção ou do aborto, assim como o adiamento das uniões, parece mais significativa que entre as menos instruídas.” (p.152)*

O descolamento entre o início da vida sexual, a união conjugal e a 1ª gestação indicam que as adolescentes e as mulheres jovens praticam a contracepção e, nos casos em que isso não ocorre, a gestação é interrompida através do aborto. Por sua vez, a proximidade entre a idade na união conjugal – seja ela consensual ou legal – e o nascimento do 1º filho indica que há uma relação mais estreita entre as núpcias e a maternidade. Entre as adolescentes e jovens mais instruídas nota-se um adiamento das uniões e, conseqüentemente, da maternidade.

Segundo dados da PNDS, em 1996, 14% das adolescentes que residiam no Estado de São Paulo eram mães. Entre as jovens, o percentual de mulheres que já

estavam na condição de mãe era de 52%. As pesquisas têm indicado que a fecundidade tendeu a concentrar-se num período cada vez mais curto e precoce da vida reprodutiva das mulheres. Assim, as mulheres de 15 a 24 anos respondem por 47,5% da taxa de fecundidade total para o Estado de São Paulo, em 1995 (YAZAKI & MORELL, 1998a).

No Município de São Paulo, a cúspide da fecundidade ocorre entre os 20 e 24 anos. Um estudo detalhado sobre a fecundidade no Município de São Paulo, indicou que a fecundidade era maior nas regiões em que os indicadores de desenvolvimento humano eram menores – traduzindo-se pela presença de populações com renda mais baixa e menor acesso à educação formal. Ao lado da fecundidade mais elevada, nessas regiões era observada também uma maior contribuição de adolescentes à taxa de fecundidade. Por sua vez, a cúspide da fecundidade, nas regiões em que os índices de desenvolvimento eram melhores, apresentava-se mais tardiamente, correspondendo ao intervalo entre 25 e 29 anos (MARTINS & ALMEIDA, 1998).

Esses dados reforçam a tese de que as mulheres mais instruídas tendem a retardar o casamento e a maternidade. PAIVA (1996) observa que “*Ter filhos parece ter um sentido e um valor diferente em grupos de diferentes status, nessa faixa etária.*” (P. 220) Assumindo uma perspectiva comparativa entre estudantes de 1º grau e universitários, com idade entre 17 e 21 anos, a pesquisadora observou que era mais comum que os jovens que estavam cursando o 1º grau desejassem ter filhos num prazo de até dois anos, enquanto que isso não ocorria com os universitários.

Apesar da baixa fecundidade observada entre os universitários entrevistados, quando a gravidez acontece, ela é, muitas vezes, interrompida através do aborto provocado. No grupo em estudo, 54,5% das gestações referidas em primeira ordem

foram finalizadas através de um aborto provocado. Tratando-se de um tema que é subinformado nas pesquisas, e considerando que vários estudantes não responderam essa questão, provavelmente esse percentual era maior.

O aborto, em nossa sociedade, não é considerado meramente uma questão de saúde reprodutiva, havendo sanções para quem o pratica no âmbito penal. Diante das dificuldades que o cercam, sabe-se que o número das pessoas que o informam é bastante inferior ao daquelas que realmente passaram por essa experiência.

No presente estudo, o silêncio e o segredo em torno do tema do aborto se manifestaram através dos entrevistados que não responderam integralmente as questões que versavam sobre esse tema. Por vezes, indicando a gravidez, mas deixando de responder as questões específicas sobre o tema e, por outras, não respondendo sobre a própria ocorrência de gestação. Considerando-se que as pesquisas têm dificuldade de conhecer o número real de abortos que são praticados à revelia do sistema legal, deve-se admitir a hipótese de que, entre os entrevistados que recorreram ao aborto provocado, alguns até tenham negado a própria ocorrência da gestação que levou ao aborto.

O alto número de homens que não sabiam afirmar se uma parceira já engravidara indica que a responsabilidade pela contracepção segue incidindo diretamente sob a mulher. Se, por um lado, ela vivencia o aborto sem contar com o apoio do parceiro, por outro lado, essa situação indica uma autonomia da mulher em relação ao seu próprio corpo.

*PINTO (1998)* menciona que um fato merecedor de destaque na fala de mulheres sobre o aborto é que os homens não estão presentes, mandando-as abortar. *“Os homens se omitem e desaparecem. Como elas dizem: ‘Eles não querem saber’.*

*Sozinhas, fazem o aborto, restando-lhes a mágoa e o sentimento de abandono.”*  
(P.109)

A precariedade com que a própria elite do sistema educacional vivencia a saúde sexual e reprodutiva remete às conseqüências da falta de uma efetiva política pública, que abarque a todos, e de uma verdadeira educação sexual. O preconceito quanto à vida sexual dos jovens e dos adolescentes e a permanência das relações assimétricas de gênero são elementos que se opõem ao pleno desenvolvimento de uma política que promova a saúde reprodutiva com alto grau de eficiência.

Comentando a experiência com a Oficina de Sexo Seguro, Reprodução e Aids, realizada com estudantes de escolas públicas de 1º grau e com universitários, no início da década de 90, *PAIVA (1999)* faz a seguinte reflexão:

*“Não será possível pensar que nosso objetivo foi alcançado se nos limitarmos a informar estudantes sobre o novo risco, a Aids, e sobre sexo seguro, tornando-os individualmente responsáveis. Entendemos que a percepção do risco e o compromisso com a mudança estão emaranhados no tecido das regulações sociais e culturais.”* (P. 267)

A etapa quantitativa do presente estudo apontou para diversas questões que indicam a complexidade da abordagem do *“tecido das regulações sociais e culturais”* no âmbito da saúde reprodutiva e da sexualidade. Na etapa qualitativa, outras questões emergiram das entrevistas, bem como outras abordagens sobre as questões suscitadas pela etapa quantitativa.

O aparente paradoxo entre o marcante uso do *condom* na primeira relação e sua diminuição no decorrer da vida sexual; as condições em que o *condom* e a pílula aparecem combinados e a substituição do *condom* pela pílula; o desejo de adiar a fecundidade; as visões paradoxais sobre o aborto provocado; a relação entre o

namoro e a primeira relação sexual e as diferentes interpretações sobre o significado das relações esporádicas são importantes elementos explicativos das condutas no âmbito da regulação da fecundidade e da saúde reprodutiva entre os jovens universitários pesquisados.

Na etapa qualitativa da pesquisa, aprofundaram-se as discussões sobre essas questões, com a contribuição dos novos elementos surgidos nas entrevistas em profundidade. Um outro aspecto que se evidenciou a partir das entrevistas em profundidade é a dificuldade de jovens do sexo masculino terem acesso ao setor saúde para tratar de questões ligadas ao planejamento da fecundidade e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, mesmo tratando-se de um grupo de classe média com acesso à medicina privada e com mais opções em termos de acesso ao setor saúde.



#### ***IV. POR VOCÊ, EU TRANSARIA SEM CAMISINHA***

*Por você eu dançaria tango no teto  
Eu limparia os trilhos do metrô  
Eu iria a pé do Rio a Salvador*

*Eu aceitaria a vida como ela é  
Viajaria a prazo pro inferno  
Eu tomaria banho gelado no inverno*

*Por você eu deixaria de beber  
Por você eu ficaria rico num mês  
Eu dormiria de meia pra virar burguês*

*Eu mudaria até o meu nome  
Eu viveria em greve de fome  
Desejaria todo dia a mesma mulher*

*Por você, por você  
Por você, por você*

*Por você conseguiria até ficar alegre  
Pintaria todo o céu de vermelho  
Eu teria mais herdeiros que um coelho*

Versos da música *Por Você*, de Frejat, Maurício Barros e Mauro Sta. Cecília, do Grupo Barão Vermelho.

#### ***IV.1 INTRODUÇÃO***

No presente estudo, buscou-se conhecer o comportamento reprodutivo e o universo simbólico dos estudantes universitários em relação à contracepção e à vida reprodutiva. Para esse fim, foram gravadas entrevistas com universitários e universitárias que se ofereceram voluntariamente para participar da segunda etapa do trabalho de campo. Os discursos dos universitários foram tomados como fontes de informação a respeito dos costumes desse grupo em relação à vida sexual, ao uso do

*condom* e outros métodos anticoncepcionais, às suas preocupações com a saúde reprodutiva e com a gravidez não planejada e ao aborto provocado.

A interpretação das entrevistas orientou-se no sentido de produzir um relato sobre a conduta em relação à contracepção e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os universitários. Buscou-se compreender como essa esfera da vida é vivenciada pelo grupo: quais são as dificuldades e quais são as soluções que jovens universitários e universitárias encontram para elas. Considerando-se que muitos aspectos que marcam esse processo são subjetivos, buscou-se apreender como a subjetividade é construída e quais são os valores e as normas que a orientam.

Emerge dos discursos dos estudantes e das estudantes entrevistadas o tema da dupla prevenção que o *condom* oferece. O *condom*, além de ser um método contraceptivo, também permite proteger a saúde do usuário em relação às doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais a Aids se destaca. Desse modo, o estudo do universo simbólico que cerca o comportamento reprodutivo entre os estudantes demonstrou a relevância da questão da dupla prevenção oferecida pela *condom*. Mas, se por um lado os estudantes apresentam um alto grau de percepção do risco do HIV, por outro existem importantes fatores que ofuscam essa percepção.

Os resultados da etapa qualitativa foram subdivididos em onze tópicos. Esses tópicos contemplam, inicialmente, o contexto em que as relações sexuais acontecem entre os estudantes universitários – considerando-se as especificidades da situação de vida de um grupo de jovens universitários, suas expectativas em relação à vida sexual, suas dificuldades, trazendo uma discussão sobre o “*ficar*” e o “*namorar*”. Essas duas categorias, o “*ficar*” e o “*namorar*”, expressam importantes modalidades em que as relações de caráter afetivo e as escolhas sexuais são estabelecidas no

grupo, influenciando diretamente nas opções contraceptivas. A seguir, passou-se para a apreciação do complexo quadro que envolve a opção pelos métodos contraceptivos, sobretudo a opção pelo *condom*. Aprofundando-se a análise, observou-se que esse método é usado sob determinadas condições e que o uso é negligenciado, tendendo a ser substituído pela pílula nos relacionamentos mais estáveis. Observou-se também que as práticas contraceptivas são cercadas por uma série de erros, falhas e esquecimentos. Além disso, averiguou-se a opção pelo emprego de métodos de baixa eficácia – como o coito interrompido e o método da abstinência periódica .

Entre os aspectos destacados na apresentação dos resultados da etapa qualitativa de pesquisa, o adiamento da fecundidade revelou-se como uma característica marcante do grupo pesquisado. A preocupação com a regulação da fecundidade entre os alunos e alunas entrevistados, a visão sobre o papel dos homens e das mulheres frente à responsabilidade sobre a anticoncepção e a busca de orientação médica constituiu um segundo conjunto de temas.

Finalmente, observou-se que quando a contracepção falha e a gestação torna-se presente, é freqüente os estudantes e as estudantes universitárias optarem pela interrupção voluntária da gravidez. O discurso sobre o aborto provocado abarcou três dimensões: a opinião sobre o aborto, as experiências compartilhadas com pessoas próximas que fizeram essa opção e a própria experiência com o aborto provocado.

É possível desvelar, na narrativa dos estudantes e das estudantes entrevistadas, a influência de questões de gênero sobre as opções que cercam a vida reprodutiva e a anticoncepção. Essas questões são especialmente visíveis nos discursos sobre o aborto e, assim, optou-se por subdividir esse tópico em outros dois

subtópicos: falas de mulheres e falas de homens. No entanto, as questões de gênero pontuaram toda a discussão presente neste estudo.

#### ***IV.2 AS PRIMEIRAS RELAÇÕES SEXUAIS***

O grupo de alunos e alunas que participaram da pesquisa qualitativa foi formado por 33 estudantes da Universidade de São Paulo, sendo 12 homens e 21 mulheres. Os estudantes pertenciam a diferentes cursos de graduação da Universidade, que participaram da primeira etapa da pesquisa. A seguir, apresenta-se um quadro esquemático com informações elementares dos alunos e alunas entrevistados. O propósito desse quadro é oferecer uma visão geral do grupo entrevistado.

| Nome <sup>19</sup> | Idade   | Curso                    | Situação Conjugual |
|--------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| Vanessa            | 23 anos | Educação Física          | Solteira           |
| Lívia              | 22 anos | Nutrição                 | Solteira           |
| Pedro              | 23 anos | Politécnica              | Solteiro           |
| Sandra             | 20 anos | Letras                   | Solteira           |
| Helena             | 22 anos | Educação Física          | Solteira           |
| Lucas              | 24 anos | Medicina                 | Casado             |
| Marília            | 22 anos | Letras                   | Solteira           |
| Cíntia             | 20 anos | Fisioterapia             | Solteira           |
| Márcia             | 22 anos | Fisioterapia             | Solteira           |
| Mariana            | 21 anos | Nutrição                 | Solteira           |
| Marilene           | 22 anos | Medicina                 | Solteira           |
| Teresa             | 21 anos | Letras                   | Solteira           |
| Marcelo            | 22 anos | Medicina                 | Solteiro           |
| Fabiana            | 23 anos | Geografia                | Solteira           |
| Patrícia           | 22 anos | Fisioterapia             | Solteira           |
| Fernanda           | 22 anos | Publicidade e propaganda | Solteira           |
| Célia              | 21 anos | Nutrição                 | Solteira           |
| Marcos             | 24 anos | Geografia                | Solteiro           |
| Flávio             | 23 anos | Direito                  | Solteiro           |
| Celso              | 23 anos | Politécnica              | Solteiro           |
| Érica              | 22 anos | Fisioterapia             | Solteira           |
| Elaine             | 22 anos | Publicidade e propaganda | Solteira           |
| Daniel             | 23 anos | Politécnica              | Solteiro           |
| Nívea              | 22 anos | Direito                  | Solteira           |
| Carlos             | 22 anos | Politécnica              | Solteiro           |
| Irene              | 20 anos | Direito                  | Solteira           |
| Simone             | 21 anos | Letras                   | Solteira           |
| Amir               | 23 anos | Nutrição                 | Solteiro           |
| Eduardo            | 21 anos | Educação física          | Casado             |
| João               | 21 anos | Publicidade e propaganda | Solteiro           |
| Antônio            | 21 anos | Direito                  | Solteiro           |
| Iara               | 20 anos | Letras                   | Solteira           |
| Ana Paula          | 24 anos | Letras                   | Solteira           |

<sup>19</sup> Todos os nomes empregados no presente estudo são fictícios.

Conforme a análise dos dados quantitativos já indicou, a maioria dos alunos que participaram dessa pesquisa é solteira e está iniciando a sua vida sexual. As entrevistas qualitativas não permitiram precisar outros elementos, como a idade na primeira relação, o método usado, o número de parceiros, entre outros, para “*todos*” os entrevistados, dado que as respostas estão impregnadas pela subjetividade e mesmo a temporalidade é vivenciada subjetivamente. Destaca-se, no entanto, que o grupo está tendo as primeiras relações sexuais, que o início da vida sexual frequentemente ocorre no início da vida universitária e que o *condom* é o método preferido na primeira relação sexual.

A análise qualitativa contribuiu para elucidar o contexto em que a primeira relação sexual aconteceu, como a decisão de ter a primeira relação sexual foi tomada, quais os valores a orientaram e em que cenário ela se deu. Nos discursos, alguns alunos e alunas fizeram uma retrospectiva da sua vida sexual. Essas histórias, que são transcritas logo abaixo, informam algumas circunstâncias que marcam a vida sexual de jovens universitários.

- *Você e seu parceiro têm relações sexuais?*

- *Temos. Até quando eu respondi o questionário [referência ao primeiro questionário da pesquisa, aplicado um ano antes], eu nunca tinha tido relação sexual. A gente tem, a gente começou recentemente.*

- *Ele foi o seu primeiro parceiro sexual?*

- *Foi meu primeiro parceiro. Meu primeiro parceiro. Não é uma coisa muito freqüente, mas a gente já tem as relações.*

- *Não são freqüentes, por quê? Vocês não querem?*

- *Não são freqüentes acho que por oportunidade. Também é coisa recente, coisa de um mês que a gente começou a ter relação. Tivemos poucas vezes, três vezes ou o quê. Por oportunidade. Por exemplo, eu estou na minha casa, mas meus pais estão na minha casa. Então, não é na minha casa que a gente vai fazer. Ou na casa dele, que também tem gente e tal. A gente nunca foi, nunca chegou a freqüentar motel. Então só teve oportunidade quando a gente estava sozinho, ou na*

*minha casa ou na dele. Mas, é uma questão de oportunidade. Não de vontade. Acho que é mais por oportunidade. E quando a gente vê que não pode e não dá, a gente não faz. A gente também tem que respeitar as pessoas que estão ao seu redor.*

*(LÍVIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)*

A narrativa acima descreve a primeira relação sexual de uma entrevistada, que aconteceu nos primeiros anos da vida universitária. Essa é uma experiência comum a muitas jovens universitárias. Conforme ela informa durante a entrevista, o primeiro parceiro sexual foi um namorado, também estudante, só que de outra universidade. As relações sexuais não acontecem com frequência, pois, tratando-se de um casal de jovens estudantes, eles não possuem autonomia e dependem dos pais para atender às necessidades básicas, como a moradia.

*- E quando você começou a seu namoro, você começou também a ter relações sexuais com o seu namorado?*

*- Então... esse é um outro fator. A gente começou a namorar, eu demorei, nós demoramos, cerca de um ano e meio, prá rolar e... efetivamente como relação sexual. Foi uma coisa muito complicada, porque até hoje é uma coisa que eu trabalho muito, porque isso dentro da minha casa, isso sempre foi a morte. Isso sempre foi proibido. Então, eu nunca ouvi a palavra sexo dos meus pais, dentro da minha casa. Então, acho que isso foi tão reprimido na minha vida inteira, desde cedo, que reprimi isso, mesmo. 'Meu Deus', eu falo, um ano e meio a gente demorou. Coisa de confiança. Porque, sabe poderia ter sido antes? Sim, poderia. Poderia ter passado um tempo, não! Confio nele. Mas não rolou por quê? Porque não rolou. Então, eu coloco muito disso pela coisa dos meus pais. Hoje, eu vejo com a terapia, que foi muito... eu sempre reprimi muito. Tanto meus desejos quanto as minhas vontades. E por isso eu segurei sem problemas, sem crise esse um ano e meio. Isso foi um processo que foi aos pouquinhos me liberando. E eu digo que isso ocorre até hoje e pelo resto da minha vida vai acontecer. Porque não é de um dia pro outro que você solta essas coisas.*

*(PATRÍCIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

O relacionamento com a família e o diálogo com os pais marcam a vivência da primeira relação sexual. DOMINGUES (1997) observa que a falta de diálogo com os pais sobre questões ligadas à sexualidade gera um constrangimento entre pais e filhos no tocante à vivência da primeira relação sexual, que não é encarada abertamente pela família. Apesar de, no grupo pesquisado, parecer existir mais espaço para o diálogo do que entre os adolescentes entrevistados pela autora citada, ele ainda é incipiente e os tabus em relação à sexualidade dos filhos permanecem. Nesse contexto, as questões ligadas à sexualidade são mais compartilhadas com os amigos e amigas do que com a família e as primeiras relações sexuais não assumidas perante à família.

*- E como foi sua primeira relação sexual? Foi com seu namorado na época?*

*- Era meu namorado, mas eu tinha quanto? Eu tinha 18 anos. Foi meio às escondidas e tal. (...)*

*- Vocês namoravam há algum tempo?*

*- Já fazia uns 6 meses que a gente namorava, né. Mas o que me levou mais a fazer, a realizar o ato mesmo, foi a minha idade. Eu achava que 18 anos, e ninguém... Tá curiosa, sabe?! Eu acho que tava me sentindo preparada, porque nunca fui muito influenciável. As minhas amigas: “fui...”, “Ah! Já fui também, é legal” e num sei o que. Não foi isso que me fez parar e pensar: eu vou hoje ou amanhã. Mas sim porque eu gostava dele, isso foi uma grande questão.*

*- Foi seu primeiro namorado?*

*- Foi meu segundo namorado. Segundo. Não foi o primeiro. Eu tava curiosa, eu gostava dele, eu queria ver como é que era. Eu acho que foi legal por causa disso, por causa do sentimento. Ele também era a primeira vez, então é isso que me deixou mais corajosa.*

*- E vocês combinaram? Conversaram?*

*- Combinamos... Conversamos e combinamos.*

*(VANESSA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*



Vanessa relata que sua primeira relação sexual aconteceu aos 18 anos de idade, coincidindo com a idade mediana no início da vida sexual entre o grupo de mulheres pesquisadas. A estudante teve sua primeira relação sexual no contexto de um namoro, mais especificamente, com o segundo namorado. A tendência de ter primeira relação sexual nessa fase, no âmbito de um relacionamento afetivo com o namorado, parece ser compartilhada com o grupo de amigas. Vanessa menciona o desejo de ter as primeiras experiências sexuais, que são combinadas e planejadas com o parceiro.

O início da vida sexual está relacionado com a passagem para a vida adulta. As jovens mulheres entrevistadas freqüentemente referiram que tiveram sua primeira relação sexual no início da vida universitária, que representa um outro importante marco no projeto que o grupo entrevistado compartilha em relação ao ingresso no mundo adulto e na conquista de autonomia. Assim, essas duas passagens representam importantes marcos no projeto de vida dos jovens universitários.

Segundo *VELHO (1987)*, a noção de “*projeto*” carrega em si a tentativa de articular e significar as vivências fragmentárias experimentadas na sociedade moderna. Uma das características de um projeto é ser comunicável e pertencer ao nível da consciência, mas a racionalidade de um projeto é relativa, pois ele é estabelecido a partir das referências culturais do indivíduo. Os desejos, as emoções e os sentimentos formam a base do projeto. Apesar do seu caráter individual, os desejos, as emoções e os sentimentos também são modelados pela cultura. Dessa forma, os projetos são sempre construídos a partir das referências culturais e sociais de um grupo.

- Como são as suas relações atuais? Você disse que tem uma namorada?

- Sim. Já namoro há 3 anos. Praticamente 3 anos, 2 anos e uns sete/oito meses. Você diz em termos de relações sexuais ou como todo?

- Um pouco da sua história afetiva.

- Bom, eu já estou com ela praticamente há 3 anos. Tenho como única parceira desde então. Sempre quando namorei, fui fiel às minhas namoradas em relação a isso. Não namorei muito, namorei umas 3 pessoas basicamente. E sempre fui fiel e acredito que é uma das formas de estar passando tranquilidade, sinceridade, estar conquistando, estar retribuindo. Se você exige, você também tem que ser da mesma forma.

- Desses relacionamentos que você teve, a sua primeira namorada foi com quem você teve a sua primeira relação sexual?

- Foi, foi. Eu tinha como objetivo fazer amor com a pessoa que eu gostasse. Foi um pouco tarde, perto do que todo mundo conhece. Eu tive a minha primeira relação sexual com 18 anos e muita gente com 13 ou 14 anos já tá aí. Mas, eu falei: não, não quero ser que nem todo mundo, que nem a maioria, fazer com prostituta ou alguma coisa do tipo. Não. Eu queria que fosse com a pessoa que eu gostasse. Esperei e consegui. Não é a minha namorada atual, não é a pessoa com quem estou, mas busquei isso.

*(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

Pedro também teve sua primeira relação sexual aos 18 anos. Entre os homens pesquisados, a idade mediana neste evento foi de 17 anos. Assim, embora o aluno entrevistado considere que a sua primeira relação sexual ocorreu mais tarde do que entre outros homens, ele estava num patamar bem próximo ao grupo pesquisado. A primeira relação sexual aconteceu com uma namorada, no âmbito de um relacionamento com um vínculo afetivo. No decorrer de sua vida sexual, ele teve 3 parceiras e o relacionamento atual se iniciou há 3 anos atrás. Pedro afirma que as relações sexuais são vivenciadas no contexto de um namoro com uma parceira estável.

Entre os estudantes e as estudantes entrevistadas, havia o desejo de ter a primeira relação sexual com um “*namorado*” ou com uma “*namorada*”: a vivência da sexualidade aparece diretamente ligada ao desenvolvimento de um vínculo afetivo e à formação de um casal, que passa a mediar a relação com o mundo social: a família, os amigos, a faculdade.

No grupo pesquisado, diversamente de outros estudos, observou-se que o desejo de iniciar a vida sexual num relacionamento aonde prevalecesse o vínculo afetivo era presente entre os jovens do sexo masculino. No estudo de *DOMINGUES (1997)*, observa-se que o significado da primeira relação entre os homens estava mais relacionado ao aprendizado e ao desejo de perder a virgindade, sendo pouco relevante o envolvimento afetivo. O desejo de iniciar a vida sexual com uma parceira com a qual exista um forte vínculo afetivo, entre os universitários, indica a busca de relações mais igualitárias e uma aproximação com o universo simbólico feminino, no qual a sexualidade está associada com a afetividade e com o estabelecimento de relações mais estáveis, marcadas pelo compromisso e pela reciprocidade (*BARBOSA, 1999*). Segundo *HEILBORN (1992)*,

*“A parceria marcada pelo ideal de simetria, que se manifesta no englobamento do feminino pelo masculino, acaba por tornar-se uma espécie de instituição feminina se confrontada ao casal hierarquicamente constituído.”(P. 153)*

No discurso das mulheres, a relação entre a afetividade e a sexualidade é evidente:

*- E como é que são as suas relações atuais?*

*- Minhas relações atuais? Eu estou namorando fazem onze meses. É uma das melhores relações que eu já tive. Ele é bastante disso que eu falei agora: ele é companheiro, ele é carinhoso, é atencioso.*

*Lógico, não é o homem perfeito. Nem espero encontrar um homem assim. Mas a gente se dá muito bem e eu espero passar bastante tempo ainda com ele. A gente não pensa em casamento, nada disso... morar junto... mas a gente está muito bem um com o outro e está querendo desenvolver isso.*

*(FERNANDA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

O desejo de vivenciar um relacionamento marcado pelo companheirismo e pela divisão igualitária de papéis está presente nos projetos dos estudantes e das estudantes entrevistadas. Esse parâmetro é levado em consideração na avaliação que os entrevistados fazem do seu relacionamento afetivo. A confiança no parceiro ou na parceira é freqüentemente referida como um valor central na construção do namoro. Observa-se que a confiança é uma categoria central também em relação à vivência da sexualidade e incide diretamente na opção de ter relações sexuais com um parceiro ou com uma parceira. No entanto, a relação entre a confiança e a vida sexual é mais presente entre as mulheres do que entre os homens. *BARBOSA (1998)* observa que as mulheres valorizam o “...homem-companheiro, o homem que conversa, que é sensível, que valoriza a comunicação entre o casal e que, portanto, estabelece relações de confiança mútua.” (P.156)

Comentando a questão da confiança na estruturação do relacionamento afetivo, *BARBOSA (1999)* afirma que

*“É como se fosse muito difícil pensar uma sexualidade que, ao se desatrelar do amor e do compromisso afetivo, respeitasse o outro. Durante muito tempo a sexualidade feminina teve, e ainda hoje tem, como referências normativas a sua prática como dever conjugal e o prazer como direito dos homens, de tal forma que a defesa de uma ética amorosa que vincula afeto a sexo pode significar simplesmente o desejo de uma sexualidade não obrigatória e mais igualitária.”(P. 83)*

A busca de relações afetivas de caráter mais igualitário marca o universo simbólico em relação ao amor e a sexualidade entre os entrevistados:

*- E como são as suas relações atuais. Você disse que está namorando. Como é a história dos seus relacionamentos afetivos?*

*- Eu conheci ele através de uma amiga nossa. Ela acabou nos apresentando e a gente veio... E foi até engraçado, que a gente veio aqui prá psicologia, porque eu estava procurando atendimento vocacional. Esqueci de como chama o nome. E ele me trouxe, porque ele estudava aqui. E aí, a gente foi e 'pá'! Foi no primeiro dia que a gente saiu e começou a conversar, aí a gente já ficou aquela coisa assim... de ... Nossa! Uma ligação muito diferente. Tanto o que eu senti, quanto ele. E aí, naquele mesmo dia, a gente ficou junto. E a partir dali, a gente começou a se ver. E dali prá cá, estamos juntos, firmes e fortes! A gente... Eu posso dizer que a gente tem uma relação bem estável, muito saudável. Tem cinco anos que a gente está junto. Tiveram lá seus momentos de... Mas, acho que tudo faz parte do crescimento, tanto meu quanto dele, juntos.*

*(PATRÍCIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

No discurso de Patrícia, evidencia-se a busca de um modelo de relação afetivo-conjugal pautada pelo caráter igualitário, pela reciprocidade, pelo companheirismo. O aprendizado e o amadurecimento são vivenciados em conjunto, no interior do relacionamento.

*HEILBORN (1992)* comenta que

*“Fundado em nome do amor, o casal moderno está comprometido com a idéia de que se estrutura em função de um encontro psicológico singular, sendo-lhe estranha a idéia de transcendência e sujeição a regras sociais. Em consonância com valores do individualismo, apresenta-se ordenado internamente por um princípio da igualdade, rejeitando qualquer diferença estatutária entre os gêneros.” (P.145)*

O relato transcrito abaixo aponta para as relações entre a busca de um relacionamento conjugal de caráter igualitário, conforme definido por HEILBORN (1992), e a vivência da sexualidade, no universo simbólico feminino.

- *Como você acha que é o parceiro ideal?*

- *Meu parceiro ideal é uma pessoa que trabalha, que vai me ajudar em casa, que vai fazer tudo o que eu faço. Se eu tiver que lavar uma louça, ele também vai ter que lavar, se eu tiver que fazer um almoço, ele também vai ter que fazer um dia. As obrigações e os direitos vão ser os mesmos. E vejo ele como uma pessoa liberal mesmo, não muito conservadora, mas que respeite os valores de... tenha respeito, fidelidade. Tenha esses valores éticos, embora seja liberal. Mas que não seja conservador por ter valores de fidelidade, de respeito. Eu não atrelo isso a uma pessoa conservadora. Por exemplo, que não deixa a mulher sair, ou mesmo a mulher [que] não deixe ele sair à noite prá tomar um chopp com os amigos. Não vejo problema nisso. Mas eu acho que ele tem que ser fiel, tem que ter respeito, tem que ter amor. Os princípios básicos que sempre teve e deveria ter, mas com a mentalidade mais de futuro mesmo. Até por esses valores estarem tão consolidados, você pode dar liberdade para outras coisas.*

- *E como é que são as suas relações atuais, você tem um namorado, você fica?*

- *Eu tenho um namorado.*

- *Que você namora há quanto tempo?*

- *4 anos e meio.*

- *E como é seu relacionamento?*

- *A minha relação eu diria que é uma relação estável, como eu disse. Nós, na verdade, tudo o que eu falei é que eu espero que ele seja também, embora não seja completamente, porque ninguém é perfeito. Mas é uma pessoa que tem seus valores, que eu enxergo esses valores nele. E que não me prende e que também não prendo. Basicamente isso.*

- *Com esse seu namorado você tem relações sexuais?*

- *Sim.*

- *Esse namorado foi a pessoa com quem você teve a sua primeira relação?*

- *Sim.*

- *E você chegou a combinar com ele como é que seria esse momento de iniciar a vida sexual? Vocês conversaram?*

- *Sim.*

- *Me conta um pouco como é que era isso?*

- *Assim, na verdade por ser a minha primeira relação, não foi uma coisa imediata. Foi uma coisa que demorou um tempo maior e até prá que eu me sentisse mais à vontade de ir. Para iniciar com certeza e convicção. Porque é uma coisa que não se deve fazer com todo mundo, com qualquer um, por assim dizer. E aí, já que eu decidi que eu queria, eu comecei a tomar pílula. E ele...daí eu exigi e ele também... não foi uma exigência minha, acho que foi nossa de usar camisinha.*

- *E aí como é que foi esse momento de você saber que aquela era a hora dessa relação acontecer?*

- *Olha, na verdade, para mim ainda não tava na hora. Para mim eu esperava um pouco mais. Mas [era] uma coisa que ele necessitava, muito mais do que eu. Por até ele já ter tido outras experiências. Então, o que eu tinha era a convicção de que eu estava com uma pessoa honesta e que gostava de mim e que me respeitava. Assim, por mim eu esperava um pouco mais, porque achava que tinha que esperar até por eu sentir culpa de estar fazendo alguma coisa errada e porque eu também tinha medo de engravidar. Como eu ainda eu não estava formada, essas coisas, eu queria esperar um pouquinho. Mas não tanto pelo relacionamento, mas por mim. Se acontecesse alguma coisa, eu estaria mais preparada. Mas no fim aconteceu antes do que eu imaginava, mas não tive problema.*

*(ELAINE, 22 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

No discurso de Elaine, transpira o desejo de encontrar um parceiro que compartilhe com ela todos os momentos da sua vida, desde as tarefas na vida doméstica até o sustento da família. Elaine afirma que tanto o homem quanto a mulher devem ter os mesmos direitos e as mesmas obrigações, predominando o princípio da igualdade entre o casal. Por sua vez, fidelidade e respeito aparecem como valores fundamentais na relação afetiva. A decisão de iniciar a vida sexual é vivenciada como a conseqüência de estar “...com uma pessoa honesta, que gostava de mim e que me respeitava”.

O início da vida sexual é vivenciado por Elaine como um coroamento do namoro. A opção de ter uma relação sexual com o parceiro inscreve mais

marcadamente a vida de Elaine no universo do namoro, com suas normas e obrigações definidas.

Apesar da noção de igualdade e de liberdade impregnar os discursos sobre as relações afetivas, conforme a primeira parte do discurso de Elaine, a opção por ter relações sexuais baseia-se numa necessidade atribuída ao parceiro. Elaine atende ao pedido do parceiro, que deseja ter relações sexuais com ela. No entanto, ela cede ao desejo do parceiro mediante a contrapartida da segurança e da confiança – ou seja, o estabelecimento de um pacto de compromisso e a formação de uma nova identidade conjugal e social. No universo feminino, o início das relações sexuais consagra o estabelecimento de uma aliança social, com papéis previamente estruturados.

*PAIVA (1999)* comenta, a respeito de jovens com baixa escolaridade, que “... a responsabilidade das garotas diante do sexo é a de serem ativas, no que diz respeito à escolha da pessoa certa e no momento certo...” (P. 258) A autora segue afirmando que

*“A responsabilidade feminina é colocada muito antes do encontro sexual. A única habilidade de que a garota precisa é a de dizer **sim** ou **não** para este ou aquele parceiro, e as conseqüências de uma escolha errada são naturais e esperadas. É destino feminino ser responsável por esse tipo de escolha, e não pela segurança nas práticas sexuais.” (P. 258)<sup>20</sup>*

Apesar do grupo social envolvido no presente estudo ser radicalmente diferente, em termos de escolaridade, daquele que se encontra no estudo de *PAIVA (1999)*, observa-se que os papéis de gênero entre as jovens entrevistadas por essa autora e os universitários guardam certa similitude no tocante à opção por iniciar ou

---

<sup>20</sup> Grifos da autora.



não uma vida sexual em comum com o parceiro, principalmente tratando-se da primeira relação sexual.

*- E vocês planejaram a primeira relação?*

*- Ah, mas sem dúvida! Por isso que eu falo do diálogo, que é a melhor coisa que existe. A gente sempre conversou muito, desde o início. Desde... nem um mês de namoro. Como a gente conversava bastante, foi um assunto que a gente falava e isso que era uma coisa legal. Ele já tinha tido relação sexual na vida dele com outras pessoas e tal. Mas prá mim, foi uma coisa muito boa, porque [foi] 'meio que', como se quebrasse um pouco. Então, a gente sempre conversou bastante. E quando aconteceu, foi iniciativa dele. A gente tava no cinema juntos, namorando, nem assistindo o filme, nada. Ele pegou e falou 'Meu! a gente vai ter que ir prá algum lugar Domingo, para gente poder ficar junto'. E eu falei, vamos! Sabe foi assim. Foi dele, mas eu falei, vamos!*

Nas entrevistas, a primeira relação sexual é planejada pelo casal. Nesse contexto, nota-se a presença de um diálogo sobre a sexualidade, através do qual o sentido dessa vivência é articulado em conjunto pelo homem e pela mulher.

Comentando a importância atribuída ao diálogo e à comunicação em relação à sexualidade, sobretudo entre as mulheres, *BARBOSA (1999)* observa que através dele é estabelecido um espaço de negociação que transcende a vivência estritamente ligada à sexualidade e espalha-se para outros aspectos importantes da vida.

No entanto, a iniciativa para ter relações sexuais ainda parte do homem.

*- E como é que foi isso? Você perceber que precisava de um tempo até começar a ter relações com ele?*

*- É porque... é um negócio de confiança, né!? Se você se entrega dessa maneira para uma pessoa, isso quer dizer que você tem uma, pelo menos no meu entender, uma confiança irrestrita. Aí eu achei, eu senti que eu podia, que eu realmente podia manter relacionamento sexual com ele. Porque eu sentia aquela confiança nele. E ele tem demonstrado isso muitas vezes, tanto é que nós estamos juntos até hoje.*

*-Como você soube que aquele era o momento? Era o momento depois de um tempo juntos?*

*-Não sei te explicar viu? Complicado. Foi meio que uma conclusão, uma coisa que me veio muito certa na hora de que eu tinha... a gente tinha estabelecido um vínculo muito grande e, justamente por conta desse vínculo, eu não via... não é que eu não via razão, mas eu achava que eu queria dizer... Não é que não tinha mais razão porque ficar se guardando, não é isso. É porque eu acho que ele merecia a minha total e irrestrita confiança e eu queria demonstrar isso por meio de um relacionamento sexual.*

*(NÍVEA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)*

*-E como você soube que era ele com quem você queria transar sexualmente e que era esse o momento?*

*-Não sei. Eu acho que por isso, por ter tido uma intimidade maior, por ter conhecido a família, por me sentir segura. Tem gente que não liga muito prá isso sabe. Eu tinha medo de ter uma pessoa que não ficasse comigo, do meu lado no dia seguinte. E ele, eu sabia que ia ficar, porque eu já estava a três meses com ele. E tanto que eu tive um caso assim com um menino antes desse, que durou uns 3 anos, mas era um casinho que eu ficava e às vezes não ficava... e ele queria transar comigo e eu não quis sabe. Falei: 'não! esse não vai dar, porque eu não vou ter ele sempre do meu lado'.*

*(SIMONE, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Em ambos os relatos citados acima, a relação entre a confiança no parceiro e a opção de iniciar a vida sexual aparece claramente delineada no universo feminino. A confiança e a intimidade são construídas no contexto de uma relação estável, na qual o comportamento do outro é previsível. Segundo HEILBORN (1992), a intimidade “...é um processo de inversão e um conjunto de regras que demarcam a distância física e psicológica”. (P. 147) Ela é experimentada como um processo de proximidade emocional e de conhecimento entre os parceiros.

Segundo GIDDENS (1993), a perda da virgindade é experimentada como um ganho para os homens, enquanto que para as mulheres é considerada uma entrega. A primeira relação sexual, para as mulheres, significaria um teste para verificar se “...

*um futuro enredo romântico pode ou não ser alcançado.” (P.62)* A sexualidade adquire outros significados além da busca do prazer e do desejo sexual. Ela é um dado importante na estruturação dos projetos das mulheres jovens.

Refletindo sobre a experiência de mulheres perante a infidelidade do parceiro, *SOUZAS (2000)* ressalta que

*“Ao manter relações com outra mulher o parceiro rompe com as bases estabelecidas para o compromisso da união conjugal e com uma relação de comprometimento e solidariedade entre os pares. É importante ressaltar que a união conjugal não se baseia unicamente em trocas sexuais, mas se amplia em trocas de outra natureza, como o cuidado mútuo, tornando a união conjugal um espaço, por exemplo, de solidariedade.” (P. 131)*

Embora as mulheres entrevistadas por *Raquel SOUZAS* estejam vivendo em união conjugal com seus parceiros, diferentemente dos universitários, destaca-se a importância que o valor da confiança adquire, sobretudo perante o receio da infidelidade do parceiro. O compromisso, estabelecido a partir da troca sexual, estende-se para outros campos da vida das mulheres. A infidelidade solapa as bases do compromisso, rompendo com as relações de reciprocidade que orientam o relacionamento.

Segundo *GIDDENS (1993)*

*“A confiança implica a confiabilidade do outro – conferindo um **crédito** que não requer uma verificação contínua, mas que, se necessário, pode ser aberto periodicamente para uma inspeção. Ser considerado confiável por um parceiro é um reconhecimento de integridade pessoal, mas em um ambiente igualitário tal integridade significa também revelar, quando solicitado os motivos para as ações – e na verdade ter boas razões para quaisquer ações que afetem a vida do outro.” (P.208-209)<sup>21</sup>*

---

<sup>21</sup> Grifos do autor.

A confiança no parceiro é um elemento central para o estabelecimento do vínculo entre os membros do casal. Sobre a confiança, estabelece-se o compromisso. Mais do que uma relação pautada pelo momento, o compromisso indica a construção de um projeto de vida em comum, onde são depositados os desejos, as esperanças e as expectativas em relação à vida.

A questão da confiança e o temor da infidelidade também estão presentes no universo de significações masculinas em relação à relação com a mulher, no contexto de um vínculo amoroso.

Refletindo sobre a construção do significado da masculinidade entre homens heterossexuais que conviviam com suas companheiras, em Santiago do Chile, OLAVARRÍA (1999) observa que

*“... o homem interpretaria que, para a mulher amada, o desejo surge do laço amoroso com seu homem. A origem do desejo, para a mulher, estaria no amor e não no **instinto**, como para o homem. Ela se **entregaria** e faria amor apenas com quem amasse. Se a companheira de um homem fizesse sexo com outro homem, isso seria interpretado como a mais clara evidência de que já não o ama; a infidelidade da mulher seria considerada a máxima prova de desamor...” (P.167)<sup>22</sup>*

GIDDENS (1993), por sua vez, afirma que os homens têm estado atrasados em relação às transformações pelas quais a construção da intimidade e do amor têm passado. Para o autor,

*“A época atual é o primeiro período em que os homens estão descobrindo que eles próprios são homens, ou seja, possuem uma **masculinidade** problemática. Em épocas anteriores, os homens*

---

<sup>22</sup> Grifos do autor.

*assumiram que suas atividades constituíam a **história**, enquanto as mulheres existiam quase atemporalmente, fazendo a mesma coisa que sempre fizeram.” (P. 70)<sup>23</sup>.*

A discussão sobre o tema das masculinidades está fortemente influenciada pelo desenvolvimento dos estudos de gênero. Um dos principais pressupostos que sustentam essa vertente, afirma-se no caráter relacional dos enredos de gênero. Os papéis masculinos podem adquirir diferentes significações e é possível que diferentes valores contraditórios atribuídos ao significado de “*ser homem*” estejam presentes num mesmo discurso.

Em relação à iniciativa para ter relações sexuais com a parceira, os entrevistados afirmaram que esperariam até a parceira estar segura para esse momento:

*- Aí, a gente começou a namorar. E, bom, pelo que já contei, deu para pegar aquelas entrelinhas da minha namorada. Tem uma família super conservadora. Ela é catequista. E também cheia de tabus na cabeça. Eu acho bem legal porque quando você é namorado, quando você gosta de uma pessoa, fica fácil você forçar a barra né? Fácil você jogar com o sentimento da pessoa. Você fazer chantagem emocional né? Legal porque eu... eu falo isso prá ela, fico muito contente porque com ela não precisou nada disso. Eu sosseguei. Eu sosseguei meu facho. Fiquei calmo durante um tempo até ela estar preparada sabe?*

*- Isso já no namoro ou no ficar?*

*- Isso no namoro. No ficar, eu estava dando só uns toques do tipo dizer que sexo não era bobagem, porque um beijo era sexo. Já é parte, já faz parte. Se você considerar sexo só a penetração, já era! Sexo não é nada. Uma bobagem do mundo. Então, isso ajudou a minar as resistências dela digamos assim e quebrar esse tabu, esses preconceitos, o medo e tal. Depois, a gente começou a namorar. Acho que demorou um mês e meio, por aí. Um mês e meio. E assim, eu só vendo a cada duas semanas. Um mês e meio ou dois meses, alguma coisa assim. E aí ela já queria, ela já tinha certeza. Eu falei prá ela: ‘Não, a gente só vai fazer quando você tiver certeza’. Acho que aí a gente vê a coisa do*

---

<sup>23</sup> Grifos do autor.

*amadurecimento. Outro relacionamento que eu tive, eu acho que eu fui um pouco antes do que seria o ideal e depois chegou lá na frente a menina sentiu culpa, se sentiu culpada e acabou estragando a relação. Não por ela se sentir culpada, depois. Por não estar claro no coração dela e na cabeça que aquilo era uma coisa legal ou não de se fazer. No caso da minha namorada acho que está claro, pelo menos prá ela.*

(...)

*- Olha, eu sempre falo prá ela um negócio: que eu não quero ela pela metade nem aos pedacinhos. Eu quero tudo. Sou egoísta mesmo, o amor é egoísta. Eu quero que ela goste de mim no coração. Eu quero que ela me ame de coração. Eu quero que ela, na cabeça dela, pense que goste de mim, que sinta racionalmente que eu sou bom para ela e eu quero que o corpo dela esteja louco de tesão, entendeu! Eu quero que as três coisas completem.*

*(JOÃO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

Se o início da vida sexual, seja no âmbito da primeira relação sexual ou no início de um novo relacionamento, é marcado, no universo feminino, pela confiança no parceiro e pela segurança de não vir a ser “*abandonada no dia seguinte*”, nos discursos masculinos observa-se uma contrapartida que pode ser denominada aqui como uma “*instância do convencimento*”. O discurso masculino articula argumentos para convencer a parceira a iniciar a vida sexual.

No entanto, apesar da construção de uma concepção da relação afetivo-conjugal, baseada na idéia de igualdade e de compartilhar as tarefas e as responsabilidades, os papéis sociais em relação à sexualidade estruturam-se de maneira dicotômica, cabendo ao homem tomar a iniciativa em relação à vida sexual.

*PAIVA (1999)*, confrontando os papéis de gênero entre homens e mulheres jovens de baixa escolaridade, menciona que

*“Os garotos, ao contrário (das garotas), não podem decidir ou escolher antes da consumação do encontro sexual; pensar e escolher é algo que pertence ao futuro. A tarefa primeira é **aliviar**, ser ativo e conquistar, e ser um **ganhão** não é simples.”<sup>24</sup> (P. 259)*

Os papéis de gênero masculinos entre os universitários seguem a mesma tônica descrita por Vera PAIVA, cabendo aos homens a iniciativa para as relações sexuais se realizarem. No entanto, diversas masculinidades parecem coexistir, havendo diferenças em relação ao que se considera como o papel do homem. Destaca-se que, no presente estudo, os discursos masculinos enfatizam a busca de argumentos para convencer a parceira a desejar ter relações sexuais, mesmo que a primeira relação seja protelada em função dela estar insegura. Nesse processo, configura-se a contrapartida masculina na construção de espaço de diálogo sobre a sexualidade.

*- Como seria essa parceira ideal?*

*- Bom, eu penso numa pessoa que tem que ser muito companheira, uma pessoa que esteja aberta a conversar [sobre] todos os assuntos, discutir. Que esteja aberta a ter um relacionamento a dois. Eu acho que, mais do que duas pessoas tendo uma opinião, eu acho que são duas pessoas achando uma opinião em comum. Eu acho que a pessoa ideal para mim seria basicamente isso, que tivesse aberta a conversar, a entender não só sobre o lado dela, mas como saber o meu também. Saber chegar no meio termo. Quando ela tem razão numa coisa ou acha que a idéia dela é válida, saber lutar pelo lado dela. Mas quando souber também [que] a minha posição também é muito boa, saber ceder. Eu acho que é o ideal que todo mundo tem.*

*- E como são as suas relações atuais?*

*- Desde que eu entrei na faculdade, eu tive uma namorada fixa, que é agora. A gente começou a namorar faz uns dois ou três meses e está nessa etapa meio inicial do relacionamento. A gente está junto, a gente sai bastante.*

*(...)*

*- Você e sua parceira têm relações sexuais?*

---

<sup>24</sup> Grifos da autora.

- Ainda não. A gente não começou com isso. Eu acho que é um pouco pelo fato dela estar meio preocupada, meio centrada no negócio da OAB. (...) Ela me passa uma imagem de que ela é muito segura. Desde o começo ela falou: 'vamos devagar'. Tem que se conhecer. Ela me passou essa imagem de menininha fofinha, que antes de dar cada passo num relacionamento, ela pensa que quer estar segura da coisa. Eu acho que foi um dos motivos pelo qual não aconteceu ainda. Eu sinto vontade, mas se ela ainda não teve essa vontade dela ou se ela não está segura, então acho que não vale a pena forçar. Sei lá, eventualmente, pode comprometer um negócio que tá bom, tá legal no começo, por uma bobagem. Ainda não é um negócio absolutamente fundamental na relação. Ainda tem muito tesão, muita vontade de chegar, encontra-la, vê-la, e sair, e conversar, saber como foi a semana e tal. Eu acho que ainda não rolou, não sei se vai demorar muito mais tempo prá rolar ou não, mas não é a minha preocupação atual.

(DANIEL, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

Nos relatos masculinos, observa-se que o homem adia o início das relações sexuais com a namorada visando o engajamento da parceira na vida sexual. Os entrevistados referem que, no contexto de um envolvimento afetivo, a predisposição da parceira diante da opção de iniciar uma vida sexual em comum melhora o relacionamento do casal.

Enquanto que as mulheres referem a confiança e a segurança como valores centrais para embasar a vivência da sexualidade com um parceiro, valores que expressam o desejo de que o vínculo entre o casal prolongue-se e torne-se oficialmente reconhecido, os homens articulam argumentos para convencer a parceira a iniciar as relações sexuais. O desejo sexual e a fruição do prazer, de caráter mais imediato, estão mais presente no discurso dos homens do que no das mulheres jovens.

Na passagem para o início das relações sexuais são negociadas as bases do relacionamento e o compromisso entre o casal. O início das relações sexuais parece ser a moeda de troca entre o desejo sexual e o desejo de estabelecer uma relação de



compromisso com o parceiro, atendendo aos diferentes sentidos que a sexualidade adquire nas relações de gênero.

*OLAVARRÍA (1999)* refere que

*“O namoro, a relação amorosa, ensinaria ao homem o que é o amor; nessas vivências entrariam em jogo os sentimentos, haveria riscos; os jogos amorosos seriam sérios e pressuporiam compromissos, ainda que não se prolongassem por muito tempo; aprender-se-ia a conversar com a mulher amada, a estabelecer uma amizade com a companheira; a mulher amada exigiria/mereceria fidelidade, a mesma que ele exigiria dela...”  
(P.166)*

Apesar da iniciativa para as relações sexuais freqüentemente partir dos homens, a construção do vínculo afetivo e do compromisso envolve a necessidade de dialogar com a parceira e de estabelecer uma relação marcada pela amizade, sobre a qual se depositará a confiança e a expectativa de fidelidade.

#### ***IV.3 O FICAR E O NAMORAR***

Considerando que o grupo estudado é formado predominantemente de jovens solteiros, que estão tendo suas primeiras experiências sexuais, as relações que os casais estabelecem são, muitas vezes, instáveis. Observa-se que existe um gradiente entre um nível mais provisório – relações esporádicas em que não há um compromisso entre os parceiros – até um nível mais estável - como o namoro, no qual os parceiros estabelecem parâmetros capazes de orientar o relacionamento. No

namoro, há uma série de normas de conduta que são negociadas entre os parceiros. Essas normas serão tratadas no desenvolvimento do presente capítulo.

Nas próximas narrativas transcritas, os entrevistados e as entrevistadas discorrem sobre o “ficar” e o “namorar”.

- *Como que é o ficar prá você? E namorar, como é a diferença?*

- *Principal... bom, tem muita diferença. Primeiro, 'ficar': você não tem nenhum compromisso com a pessoa. Ficar... você pode ficar durante seis, sete meses e você não precisa... Você pode encontrá-la só de fim de semana, não precisa nem se falar durante a semana.*

- *Isso é uma combinação, não?*

- *Não. Depende...*

- *É uma regra do ficar?*

- *Não, não é. Tem gente que...*

- *Acontece?*

- *É, acontece. Depende... sei lá! Você fica com a pessoa um dia e nunca mais vê a pessoa na vida. Você pode ficar e ir prá um motel e nunca mais ver a pessoa na vida. Namorar já não, você passa a ter um envolvimento maior. Acho que basicamente é isso, ter um envolvimento, que faz você ter o prazer de conhecer os pais da garota, levá-la prá conhecer seus pais, freqüentar a casa dela e ela freqüentar a sua. É diferente do ficar. Vamos dizer, é como se fosse uma amizade que... Com os amigos você também gosta de estar levando prá conhecer os pais, estar na casa, estar juntos, mas é amigo. Então, o ficar já não, nem amigo é. Você vai lá... No meu caso era diferente. Era uma opção nossa não namorar, mas ficar. Você não precisa ser fiel, você pode ter várias parceiras, você pode ficar com três ou quatro pessoas na noite e hoje é normal isso. Namorar já envolve outros conceitos, envolve fidelidade, gostar da pessoa, ter um relacionamento, ter uma vida a dois. Realmente é uma vida a dois, só que cada um na sua casa.*

- *Ficar é uma preliminar para o namoro?*

- *Pode ser que sim, pode ser que não.*

- *Uma espécie de aquecimento? Se aqueceu, namorou?*

- *É sim. Você... de repente, você pode. No meu caso caberia até bem. Eu não conhecia minha namorada, a conheci numa festa. Achei ela bonita, interessante, fui conhecer, bater um papo. A gente, naquela noite, acabou ficando. Trocamos telefone, a gente passou um mês e meio saindo no 'ficando'. Não saía com... não necessariamente todos os dias.*

*A gente se falava... pelo contrário, a gente se encontrava um dia por semana. Basicamente no fim de semana, a gente marcava um dia e tal. Chegou de repente, as ligações começaram a ser todos os dias, se encontrar com uma frequência maior. De repente, a gente estava se encontrando todos os dias e daí a gente viu que estava namorando. E daí sim, já ficou uma coisa mais oficial e que daí envolve tudo aquilo lá, né! Você já tem um relacionamento, então você já começa a não querer mais ou a não precisar mais ter um relacionamento extra-conjugal, nada disso. Então já vai mudando seus atos e tal. Mas não necessariamente, precisa ser um aquecimento pro namoro.*

*(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

A narrativa de Pedro apresenta um panorama amplo das relações entre os jovens solteiros. No relato, afirma que a principal diferença entre o ficar e o namorar é, o grau de compromisso que se estabelece entre os parceiros. Várias normas de conduta indicam como esse gradiente é construído: o número de vezes que o casal se encontra por semana e o dia da semana em que isso acontece; conhecer os pais da parceira e apresentá-la para a própria família; os parceiros frequentarem as respectivas casas; a fidelidade entre os parceiros.

No ficar, essas regras não estão claramente estabelecidas. Apesar disso, o ficar pode ter uma duração longa no tempo. Por outro lado, o ficar pode se restringir a um momento pontual. O ficar é um campo aberto de possibilidades. Ele pode ser ou não uma etapa preliminar do namoro, ou seja, o ficar pode se transformar gradativamente em um namorar.

A maior característica do ficar é não possuir normas bem definidas de conduta. No entanto, mais do que uma ausência de normas e de regras, destaca-se o caráter de negação da ordem instituída pelo namoro. O ficar mantém uma relação de quase antagonismo com o namoro. Analisando-se o ficar sob a ótica da noção de igualdade e autonomia, observa-se que a liberdade individual é maior no ficar e não

há uma contrapartida em confiança ou segurança que atenua os custos que um amplo espectro de liberdade individual pode ocasionar para o casal. No projeto do namoro, a ênfase recai na igualdade sendo que a autonomia individual é balizada pela confiança, pela segurança e pelo respeito. No ficar, é enfatizada a liberdade de ação e a autonomia individual, em detrimento desses valores.

*- Acho que ficar é não ter compromisso. Não é um compromisso, você não espera nada da pessoa. Você fica com ela um tempo. A gente falava 'ah, é rolo', 'ah, tô de rolo com tal carinha'. Então, era assim. Acho que talvez possa... pode ser uma etapa que pode vir antes de um namoro ou não. Então, de repente você fica com um amigo e depois você começa a namorar com a pessoa. Ou não. Você de repente fica com a pessoa, vai ficando e depois você começa a namorar. Eu acho que não tem muito compromisso. Talvez... acho que não haja muito sentimento, né? Quando você é adolescente, principalmente que você tá começando a conhecer as coisas, acho que é mais importante, são as sensações, né? Então acho que ficar é mais descomprometido. Namoro já é uma coisa mais séria, de respeito, de um estar do lado do outro.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Segundo os relatos dos entrevistados, o compromisso é o elemento que melhor define as diferenças entre o ficar e o namorar. Se o ficar é um tipo de relação em que as partes envolvidas têm mais liberdade de ação e os comportamentos perante o outro são imprevisíveis, no namoro as condutas são mais previsíveis. Uma série de ritos informa publicamente que o casal está namorando. O sentido do namoro é construído socialmente numa interação em que as partes reconhecem as regras de conduta a serem seguidas e as obrigações definidas.

Segundo *RIETH (1998)*,

*“O namoro se projeta no futuro como relação estruturada, porque reconhecida pelos pais e rede de amigos. Frequentemente vem associado às idéias de compromisso e respeito que se armam sobre um vínculo de*

*fidelidade e confiança; é o lugar do sentimento, em contraste com o do interesse (físico).” (P.114)*

O ficar tem seu significado interpretado diferentemente pelos jovens do sexo masculino e feminino. A seguir, o ficar é relatado a partir do ponto de vista das mulheres:

- *Você começou a se relacionar afetivamente há algum tempo atrás?*

- *Ah, diz assim ter namorado ou...*

- *Namorar ou ficar.*

- *Ficar? Bastante tempo, aos 14 anos. Então, tem 8 anos comecei a ficar.*

- *Começou a ficar?*

- *É.*

- *Nesse ficar, como é que era?*

- *Ficar é de dar beijo, só. Ficar, dar beijo, se gostar.*

- *É mais ou menos um pré-requisito prá um namoro?*

- *Não, não acho que é um pré-requisito prá um namoro.*

- *É um aquecimento?*

- *Eu não sei. Eu acho que eu ficava mais por... ficava mais quando era uma pessoa que eu gostava mesmo, que eu tinha algum interesse. Eu acho que, por mim, eu começaria a namorar com a pessoa que me interessa. Eu acho que é mais um não assustar. Se eu chegar prá uma pessoa e falar ‘eu quero namorar com você’, ela vai ‘oh! calma, né?’. Então, acho que é mais isso. Porque, às vezes, ficar [é] assim só prá se divertir com uma pessoa que você se dá bem, ficar um tempo, mas sem muito compromisso.*

- *Só nos beijos.*

- *É só nos beijos.*

*(MARILENE, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Para Marilene, o ficar é restrito a “*dar beijo*” e não está dissociado da afetividade em relação ao parceiro. Mais do que um tipo de relacionamento que

permite maior grau de liberdade entre os parceiros, o ficar é uma etapa de experimentação que permite a construção do vínculo afetivo. Segundo Marilene, ela almeja o namoro e o compromisso. O ficar aparece como uma etapa intermediária para a realização do projeto de namorar, apresentando um grau maior de flexibilidade, adequado ao início de um relacionamento.

RIETH (1998) observa que

*“O ficar se aproxima da metáfora do encontro, do instante da sedução e dos momentos que se seguem, de encantamento com o outro, de uma inesperada descoberta do outro eu-mesmo. Um tempo feliz que se opõe à continuidade que colocaria em risco o próprio encontro. Os interesses confluem para a liberação do erotismo em uma fase do ciclo de vida em que o casal não se compromete a ter relações sexuais.” (P.120)*

O namoro implica o comprometimento do futuro, ao contrário do ficar, onde prevalece o desejo de vivenciar o caráter imediato da relação, o “*momento*”. A aposta do futuro e a construção de um projeto comum, no namoro, é ao mesmo tempo desejada e temida, produzindo um nível de tensões com as quais o casal é obrigado a se deparar para garantir a construção do vínculo. O ficar alivia essas tensões, na forma de um encontro sem maiores conseqüências.

Do ponto de vista feminino, o ficar é restrito a “*dar beijo*”. As relações sexuais ficam restritas ao namoro, pactadas através da lógica da reciprocidade, da confiança, da segurança e do respeito.

*- As pessoas que eu fiquei, eu não tinha um envolvimento anterior com elas, foi muito de momento. Foi uma coisa mais de atração, só isso. Nada de gostar assim. Acho que o ficar é bom quando [é] um começo de um namoro. Quando você já conhece, já gosta dela, você começa ficando depois vira um namoro. Agora fora disso, acho que é mais curtidão, é mais um dia... coisas assim.*

(CÉLIA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

No depoimento de Célia, o ficar é relatado com uma relação circunscrita a um momento, sem desdobramentos futuros, e prevalece o desejo de buscar o estabelecimento de um vínculo de compromisso com o parceiro.

*- Antes dele, você namorava ou 'ficava'?*

*- Olha, ele é o meu primeiro namorado. Comecei a namorar com dezessete anos, eu tenho vinte e dois agora. Antes dele, eu sempre fui uma pessoa que, nossa!... nunca dava certo. Nunca dava certo, nada. Ou eu gostava do cara e o cara não gostava de mim... Ou o cara gostava de mim e eu não gostava do cara. Sempre foi assim. Então sempre sofri muito, mas muito, muito, muito... por causa disso. Tanto que, pouco tempo antes, coisa de dois meses antes de conhecer o Fabrício e do Fabrício aparecer na minha vida, eu joguei pro alto. Eu falei 'meu', estou cansada, não agüento mais pastar, sabe! Eu era aquela pessoa que gostava e ficava um ano, dois anos, até ver que não tinha jeito, prá conseguir me desligar. Então... eu lembro que ele apareceu no momento assim... que há coisa de dois, três anos atrás, eu tinha jogado pro alto. Falei 'Meu Deus, se tiver que aparecer alguém na minha vida, Você coloca porque eu não agüento mais'. Sabe? Estava cansada. Então, nunca fui essa coisa de 'ficar' e não sei, num sei o que lá. (...) É pouca a minha história de relacionamento afetivo, como você pode ver, não tem muito...*

*(PATRÍCIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

Patrícia também busca realizar o projeto de encontrar um parceiro com quem possa estabelecer uma relação de compromisso e confiança e com que possa articular objetivos comuns, desenvolver afinidades e partilhar experiências. A sexualidade é um elemento a mais nesse projeto, mas o principal objetivo é compartilhar a vida com um parceiro que ela “gostasse” e que “gostasse dela”.

*- E você tem namorado ou está ficando com alguém? Ou como que é?*

*- Não. Já namorei, mas agora eu não tô com ninguém. Eu fico de vez em quando, mas eu não sou de sair ficando. Eu fico de rolinho assim...*

*- Me fale sobre isso, porque eu já ouvi do ponto de vista masculino. O que é um rolo?*

- Mas agora eu não estou com ninguém. O que é um rolo?

- “Vou ficando de rolinho”, como é?

- Ah! Você ficar mais de uma vez com uma pessoa, cria um pouco mais de intimidade. Não necessariamente que você vai transar com a pessoa, você fica um pouquinho. Às vezes, prá você começar a conhecer a pessoa, ver se vale a pena namorar ou não. Ou então, mesmo se realmente você tem aquele tesão pela pessoa, você vai ficar de rolo e é só aquilo.

- Então, ficar é uma espécie de preliminar prá namorar?

- Pode ser. Ou então uma preliminar prá saber se você quer ter alguma coisa a mais com a pessoa, às vezes é só aquela coisa carnal mesmo. Você tá num dia meio cheio de energia e de repente quer beijar alguém, só prá dar uns amassos, pode ser os dois assim.

- E aí é combinado?

- Como assim?

- Você já chega conversando estas coisas?

- Ah, não!

- Vamos ficar juntos...

- Eu acho que não.

- Mas em que horas que isso é conversado? Ou não é conversado?

- Não. Com algumas pessoas é... Por exemplo, já aconteceu de um menino chegar prá mim: ‘Olha, tô a fim de namorar com você’. Então, eu falei: ‘Não quero namorar com ninguém agora, mas a gente pode ficar prá experimentar. De repente, se a gente sentir... se eu sentir que eu tô me sentindo bem ao seu lado, a gente namora’. Aliás, aconteceu faz pouco tempo e eu não quis namorar. Eu falei: ‘Olha, não vai dar’. Era com uma pessoa que eu já tinha intimidade, que eu já conhecia há muito tempo.

- Já era o seu amigo?

- Isso! Era muito meu amigo. Mas se, por exemplo, uma pessoa que você conhece naquela noite ou então você conhece há pouco tempo, acho que não tenho assim intimidade e segurança prá chegar e falar uma coisa dessas.

- Fazer uma proposta.

- Isso.

- E nessa relação que você viveu, que era com uma pessoa que você já conhecia, tinha relacionamento sexual?

- Não. Não, porque eu só fiquei com ele duas vezes.

(TERESA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)



Diversos termos podem ser empregados para designar esse campo aberto em que as relações de caráter afetivo e sexual são experimentadas, como o “*ficar de rolinho*” mencionado por Teresa. Na sua entrevista, é mencionado que uma das características do ficar é propiciar que o casal se conheça melhor e inicie o processo de construção da intimidade.

No namoro, “*Deseja-se a intensidade do próprio amor, aprofundamento da intimidade enquanto real possibilidade de conhecer a alma do outro.*” (RIETH, 1998. P. 120) É a partir do desenvolvimento da intimidade que as relações sexuais são vivenciadas.

- *E como é que você sentiu que era esse momento de ter relação sexual?*

- *Eu não sei te explicar, porque ele foi o único cara que eu amei até agora. Aquela pessoa que eu senti que eu podia passar o resto da minha vida com ela. Era uma pessoa que eu sentia que poderia passar o resto da vida com ela e eu sentia que ele sentia a mesma coisa por mim. Eu acho que foi por isso. Porque esse tipo de coisa eu nunca tinha sentido antes. Aí, eu achei que tinha... que fazia parte. Porque eu vejo isso. Transar como o mais íntimo que você pode ser de uma pessoa. Eu achava que a gente era muito, muito, íntimo. A gente combinava muito, a gente tinha muito haver e eu acho que tinha que ter esse final.*

(...)

- *Eu nunca transei com nenhum desses rolos, eu só transei com esse namorado. Porque eu acho que não... eu acho que esse é o máximo de intimidade que você pode ter com a pessoa, e eu acho que eu nem cheguei perto disso com esses meus rolos. Então, eu me preservo assim.*

(CÍNTIA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)

No discurso das mulheres, a relação sexual está fortemente relacionada com a intimidade criada entre o casal. O namoro é o espaço privilegiado para a construção da intimidade e a relação sexual aparece como o coroamento desse processo. No

discurso feminino, a relação sexual representa o ápice de um relacionamento, no qual a afetividade é o ponto central. Por esse motivo, o ato sexual no seu sentido estrito não cabe no ficar. Do ponto de vista feminino, o namoro é o cenário privilegiado para acontecer uma relação sexual.

*RIETH (1998)* considera que as

*“...mulheres liberam a sexualidade afirmando ser inevitável o relacionamento sexual com o namorado, mas se situam no complexo honra-vergonha. Dizem não transar com quem ficam, circunscrevendo o sexo estritamente a uma relação amorosa.” (P.131)*

Se, entre as mulheres, circula o sentimento de entrega em relação ao ato sexual, os homens, por outro lado, desvinculam sexo e sentimento, assumindo a busca do prazer sexual como um elemento da natureza masculina. (*RIETH, 1998; OLAVARRÍA, 1999*)

Há uma ambivalência em relação ao sentido do ficar na construção da vida amorosa e no encontro com o parceiro.

- *Como são os seus relacionamentos? Você fica, namora?*

- *Não, de jeito nenhum. Eu não fico. A primeira vez que eu beijei na boca foi porque eu fiquei. Era uma bobeira. Eu tinha 13 anos e tinha aquela coisa: todas amigas já foram e eu, prá não ser a última, fiquei. Foi a maior besteira que eu já fiz na vida, porque foi um trauma e eu nunca mais fiquei. Eu só namorei e foi muito bom, entendeu! E continuo falando isso para minha irmã, que tá indo nessa fase agora, que não é prá ficar, porque não tem absolutamente nada a ver. Você conhece, foi na balada, em uma danceteria, você conhece alguém lá e você nem sabe... Não tem, sabe... você não conhece a pessoa e... beija por beijar. Eu não vejo a menor graça, entendeu! Eu não vejo... não sinto o menor tesão em ficar com uma pessoa na mesma noite, sabe?! Então eu fico, eu... aí depois desse, desse menino, que eu faço questão de esquecer, eu só namorei.*

*(SANDRA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

*Eu acho que eu já passei daquela fase de sair na balada e ter que beijar alguém sabe?! Já deu. E eu nunca fui uma pessoa de fazer muito isso, entendeu. Eu sempre saía, eu sempre ficava com as pessoas que eu conheço, mas você não tem que sair beijando qualquer um. Não é assim a vida. Eu fiz isso uma vez, mas também, foi só né?! Acho que você tem que conhecer a pessoa com quem você vai... Eu sei, é só um beijo entendeu! Mas beijo prá mim é uma coisa muito íntima.*

*(HELENA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*

Nos discursos de Helena e Sandra, o ficar revela-se como uma prática a ser evitada pois, mesmo sem acontecer uma relação sexual, um contato preliminar como o beijo já pressupõe a necessidade de intimidade e o desejo de assumir um compromisso.

*- O que acontece no ficar?*

*- Beijos, amassos leves e tal. Se você tem mais... pelo menos comigo, [se] tem mais tempo... alguns, claro, saem disso e partem para o sexo numa noite. Acontece, sei lá! Com a minha namorada, não. E sem problemas.*

*- E é uma preliminar para o namoro ou não?*

*- Olha, nesse caso foi.*

*- Nesse caso foi. Fui deixando ela mais segura, fui ficando mais seguro do que eu queria, se eu queria mesmo ficar com ela. Acho que foi um período legal.*

*(JOÃO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

João, apesar de não ter tido relações sexuais com a parceira na época do ficar, considera que essa fase, onde existe maior autonomia individual, propiciou que o compromisso fosse sendo construído gradativamente pelo casal e que os parceiros se conhecessem melhor e se sentissem mais seguros para estabelecer um projeto comum.

- [O que você acha do ficar?]

- Não, não tenho nada contra isso. Eu não frequento praticamente festas, né! É uma coisa assim, dentro dessa hipocrisia toda da sociedade com relação ao sexo e a muitas outras coisas... Você tem as festinhas, que são uma válvula de escape prá muitas coisas. Nem sempre, mas tem vários tipos de festinhas. Estou tentando pegar uma coisa mais média, né!? E aí, as pessoas vão lá caçar parceiros, né! Basicamente é isso. Esse papo furado: 'ah! eu gosto de dançar..'. Isso aí não cola, ninguém me convence disso. Não! Eu sei que tem gente que gosta de dançar, mas não é... Você vai lá prá procurar alguém. Em última instância, você vai lá prá procurar seu parceiro sexual, falando diretamente. As pessoas não admitem isso. É... com relação... o que eu queria complementar, que tem um pouco a ver com ficar e tem a ver também um pouco com machismo... que é assim que eu vejo. Pessoas da minha idade, colegas, a postura que eles têm com relação a mulher, né! As nossas colegas, por exemplo. É uma coisa de consumo, né!? O sexo é um produto e você consome. Então o ficar tem um pouco haver com isso, né!? Então: 'ah! Catei tal menina!' Usando a gíria que é normal hoje em dia. E 'olha essa aí é gostosa, não é gostosa e tal...' O jeito que os jovens muitas vezes se expressam com relação a mulher é como se fosse um produto que eles tão tentando escolher. E aí eles vão somando lá na lista deles, um mais um, mais um... prá contar vantagem. Então, muita gente ainda funciona assim. No fundo, no fundo, são pessoas que têm sentimentos também. Que não querem isso na verdade, né!? Queriam ter um relacionamento, mas são os códigos sociais da atualidade, né!? Me parece. Mas isso não diz respeito só ao machismo, porque as meninas embarcam nessa também. Elas também estão com isso: 'fiquei com o cara e não sei o que', 'catei o cara e tal...' Então, não dá prá dizer que seja machismo. Mas, quanto aos homens que eu estou mais próximo, eu vejo ... o pessoal chega, bate no seu ombro: 'e aí? Comeu a menina lá que você ficou?' Se você comeu, você é bom. Senão, não. Então, tem que comer. Comer quer dizer transou, né?

- Sim.

- Eu mesmo, me vejo fazendo... me vejo nesse discurso, às vezes. Ou coisa parecida com isso, não exatamente assim. Eu presto atenção prá não cair nessa. Porque eu acho que a gente tem que se auto-educar. É uma desvalorização da relação humana. O ficar... sei lá... eu não vou julgar ninguém. Não sei, eu não tenho nada contra ficar. Eu só não sei se quem vai constantemente nessas festinhas e fica com várias pessoas constantemente... que não é o meu caso, de modo algum. Eu nem vou às festas, eu tenho mais o que fazer. Vou às vezes, gosto de beber, de zoar, mas com os amigos, uma coisa mais ... Quem fica assim, querendo isso, acho que tá meio frustrado com alguma coisa né? Porque é como uma droga, você precisa mais e mais, precisa consumir e tal. Você precisa ficar com mais e mais pessoas, então você tem alguma frustração, não pode ser. Porque se você tiver tranqüilo, o que isso te acrescenta, né!?

*Muito pelo contrário, eu já fiquei assim com alguém, depois dá meio que um vazio, depende de como for né ... então, eu vejo assim.*

*(MARCOS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

O ficar não possui um sentido unívoco. O relato de Marcos apresenta uma visão crítica, segundo a qual, no ficar, é estabelecida uma assimetria de gênero. Segundo ele, os próprios termos que são empregados para se referir ao ficar indicam que a parceira é vista como um objeto. No discurso masculino, a mulher torna-se um “bem” que pode ser apropriado e descartado, conforme as “necessidades” do homem naquele momento (BOURDIEU, 1999).

Tratando-se de um tipo de relacionamento onde as normas de conduta estão menos definidas, o ficar se constitui num terreno de incertezas e de ambigüidades. Nesse sentido, o ficar pode ser um campo propício para a manipulação. Como um espaço onde há liberdade para a experimentação, o ficar evita que o casal tenha que assumir, num primeiro momento, o alto grau de compromisso e de regras sociais que o namoro implica. No entanto, estando ausente um compromisso ético entre os parceiros, o ficar pode representar uma oportunidade para o homem expor uma *performance* sexual baseada num sistema onde prevalece a desigualdade de gênero.

A discussão sobre o ficar e o namorar aponta para um diferencial de gênero que norteia a interpretação sobre o que é permitido no ficar e no namorar. Também são estabelecidas interdições de caráter sexual no ficar. No universo feminino predomina a concepção de que, no ficar, só é permitido trocar beijos e, no namorar, o ato sexual completo ocorre como o coroamento da afetividade e da intimidade que se desenvolveu entre o casal. Essa dicotomia não se apresenta tão marcadamente no universo de significações masculinas.

Segundo RIETH (1998), os arranjos entre amor e sexo entre jovens “... *apresentam uma coexistência do tradicional e do moderno, regendo as relações de gênero e conformando os múltiplos processos de individuação.*” (P.131)

As diversas concepções sobre o amor e o sexo, manifestadas pelos estudantes entrevistados nas suas falas, indicam a pluralidade de valores que orientam o processo de construção do significado das vivências no campo da sexualidade – que se estende para as práticas relacionadas com a saúde reprodutiva, sobretudo no âmbito da prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis. Convivem lado a lado nos discursos tanto valores tradicionais em relação aos papéis de gênero, quanto o desejo de buscar relações igualitárias entre homens e mulheres. A busca de um novo paradigma, em termos de conjugalidade, não se assenta em um modelo claramente definido. Nota-se a presença de diferentes correntes do debate social sobre esse tema sendo apropriadas e rearticuladas nos discursos.

#### **IV.4 SOBRE O USO DO CONDOM**

*- A gente sabe que está ali, que não é um negócio que você quer ou não quer, uma gravidez indesejada. Não é um negócio que você quer ou não quer, é um negócio que pode acontecer, é inevitável. E o ciclo biológico do ser humano, a gente não tem como evitar por vontade, não é um negócio que você controla. Então, você tem que se prevenir por outro jeito. Se você não quiser, você pode ir se prevenindo. No meu caso daqui há um tempo talvez, com a minha namorada, a gente vai tentar se prevenir por um outro jeito, por pílula, por alguma outra coisa. Algum outro método que não a camisinha, para poder ter uma relação sexual completa, sem a interferência da camisinha. Mas sabemos que temos que nos prevenir, porque ainda não é o nosso momento certo de ter filho. Nós não queremos isso, não é a nossa hora agora, então temos que tomar cuidado. Acho que as pessoas às vezes pensam um pouco e... gravidez indesejada e filho para jovem como se fosse uma doença, uma grande*

*falha. E não é. Eu não acho. Acho que faz parte do ciclo humano. Pode acontecer depois que o corpo humano atinge a maturidade sexual, pode acontecer com qualquer um. Então a gente está se prevenindo, não porque a gente... acho um absurdo: ou porque é indesejável ou porque para a gente é essa desgraça. Porque não é o nosso momento, não é nosso momento ideal. Nós evitamos para não ter complicações e para não evitar de ter o prazer sexual e ter vida sexual ativa. Não porque seja uma desgraça. Eu acho que um pouco dessa postura, quando o pessoal passou a ter um pouco dessa postura em relação à gravidez e à prevenção da gravidez, a coisa melhorou um pouco. Eu acho que, num comentário geral, quando as coisas deixam de ser tabu, elas melhoram um pouco os cuidados que a pessoa tem.*

*(CELSO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

O terreno da reprodução revela-se como um conjunto de práticas e crenças capaz de estabelecer diferenciação social diante da multiplicidade de circunstâncias de vida e da pluralidade de grupos sociais que compõem as complexas sociedades urbanas contemporâneas. Para *VELHO (1987)*, existem temas ou paradigmas culturais que são especialmente significativos e sobre os quais são estabelecidas “*fronteiras simbólicas*” entre os grupos sociais. As opções no âmbito da reprodução e da sexualidade podem ser consideradas entre as experiências significativas, capazes de estabelecer as fronteiras simbólicas que *Gilberto VELHO* menciona.

O complexo conjunto de significações ligadas à vida reprodutiva e sexual é um dos elementos articulado pelos indivíduos na construção da sua identidade social. No presente estudo, observa-se um acentuado desejo de adiar a fecundidade entre os estudantes universitários. O momento do nascimento do primeiro filho é equacionado com a emancipação financeira, o sucesso profissional, a garantia de um *status* social igual ou superior à família de origem, o encontro com um parceiro ou uma parceira que compartilhe do mesmo projeto de vida, entre outros fatores.

A sexualidade é vivenciada independentemente da fecundidade e do casamento, já que as universitárias e os universitários projetam para um futuro distante os planos de ter filhos e constituir uma família. Desse modo, existe uma grande preocupação com as práticas contraceptivas e um receio da gravidez – que desarticulária todo o projeto de vida compartilhado pelo grupo. Por outro lado, o grupo universitário revela ter consciência do risco da infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis, tratando-se de uma geração para a qual a Aids é um dado a mais a ser equacionado diante da vida sexual. Nesse sentido, ganha destaque o caráter de dupla prevenção oferecido pelo *condom*: tanto em relação ao HIV e às demais doenças sexualmente transmissíveis, quanto em relação à gravidez não planejada. Cabe compreender como as práticas de prevenção são articuladas no grupo e até que ponto a rejeição ao *condom* é superada pela consciência do risco. Cabe também refletir sobre os papéis de gênero no grupo e sobre as contradições que cercam a busca de uma conjugalidade mais igualitária.

A pesquisa, tanto na etapa quantitativa quanto na qualitativa, indicou que é freqüente o uso do *condom* na ocasião da primeira relação sexual e no início de um relacionamento. Transcrevemos abaixo alguns momentos das entrevistas onde esse tema foi desenvolvido pelos alunos e alunas entrevistados.

- *Vocês usaram algum método de contracepção?*

- *A gente usou camisinha.*

- *Quem levou a camisinha?*

- *Ele comprou.*

- *Você pediu?*

- *Eu pedi. Eu exigi. Eu exigi. Falei: 'Só com camisinha, não quero ficar grávida'. Porque acontece... quando você tem relação, mantém relação, você tá, você corre o risco, né? Não dá prá dizer que*



*não, que você não corre risco, porque você corre. E eu não usava anticoncepcional. Imagina, eu era muito nova e nem tinha ido no ginecologista ainda. Ia fazer dezesseis anos. Então, não usava anticoncepcional. Então tinha que ser com camisinha de qualquer jeito, mesmo porque você não conhece a pessoa por mais que você esteja seis meses com ela. A gente usou camisinha. Falei: 'Não. Tem que ser'.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Fabiana refere-se à sua primeira relação sexual. O *condom* aparece associado à prevenção da gravidez não planejada e à proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Um dos aspectos que a sua narrativa ilustra e que irá permear toda a discussão sobre o uso do *condom* é a confiança no parceiro ou na parceira. A entrevistada enfatiza que, embora se relacionasse há 6 meses com o parceiro, ela não o conhecia bem. Seu discurso remete ao aspecto subjetivo que marca as relações afetivas e a “*confiança no parceiro*” é um dos pilares sobre o qual a relação afetiva se estabelece. Esse processo incide diretamente na opção pelo uso do *condom*.

- Vocês usaram...

- Camisinha, básico! Toda vez. Não tem como você pensar em fazer alguma coisa sem camisinha, é inviável na minha concepção.

- Pró você e prá ele?

- Pró ele também é inviável.

- Pró você também.

- É. Ele também é uma pessoa muito consciente nisso. Eu tenho amigas que, quando eu converso com elas, eu falo: “Meu! Não acredito, entendeu?! O cara não curte”. E ele, é a primeira coisa que ele fala: “Não! Onde é que tá a camisinha?”. Eu acho assim, né! Tem que ser... É fundamental. Não dá... Hoje em dia, não dá! Não é que... não é só pelo medo de engravidar. Não é isso, entendeu? Mas é porque, sabe... hoje em dia tá complicado. Eu gosto dele prá caramba. Confio. É uma pessoa que eu... Mas eu não confio nas pessoas, sabe? Não sei o que pode acontecer. Não dá prá você fazer alguma coisa sem pensar na camisinha. É essencial.

(...)

- Tá certo. Você me contou que ele sempre está atento em saber cadê a camisinha. Mas porque esse método e não outro qualquer?

- Porque a camisinha... porque ela protege de doenças, de DST e também... porque eu tava com ele, só. A gente tava muito no começo, sabe quando a coisa vai e rola no susto? (...)

(HELENA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)

Helena afirma contundentemente que o *condom* não pode faltar numa relação sexual. Tanto ela quanto o parceiro têm consciência da necessidade de usar esse método e concordam que sem o *condom* a relação sexual não deve acontecer. Essa postura decorre do reconhecimento de que é importante se proteger das doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, Helena também refere a confiança como um valor sobre o qual se assenta o uso do preservativo.

- Com essa pessoa que você pôde usar a camisinha, você escolheu? Foi uma escolha de vocês, vocês conversaram?

- Olha, eu acho que foi meio implícito assim... sabe?! Eu acho que, como ela tinha uma idéia de que queria transar e eu também tava naquela fase que queria transar, mais pelo sexo do que pela parte afetiva, a gente já tava meio que pensando que tínhamos que usar um método contraceptivo, para evitar gravidez, evitar transmissão de doenças. Eu me lembro que levei camisinha. Eu e meu amigo levamos camisinha. Então, quando eu fui usar camisinha, não causou nenhum espanto nem nada, foi um negócio normal, meio enraizado, meio que aculturado...

(CELSO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

No relato transcrito acima, Celso recorda-se da sua primeira relação sexual e afirma que o uso do *condom* já estava implícito, não dependendo de nenhuma negociação entre o casal. A finalidade da opção pelo *condom* é a proteção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não planejada.

O uso do *condom* aparece sempre presente na primeira relação sexual dos jovens e das jovens entrevistadas e também no início do relacionamento sexual entre um casal. Os entrevistados revelam estarem informados sobre os riscos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids, assim como com a gravidez não planejada, e reconhecem nesse método um fator de proteção. No entanto, com o aprofundamento da relação e com a continuidade da vida sexual, o *condom* tende a ser substituído pela pílula.

*- E nessa primeira relação, você usou que tipo de método de contracepção?*

*- Preservativo, sempre.*

*- E quem levava, você ou ela?*

*- Não... geralmente sou eu, normalmente sou eu que tenho preservativo*

*(...)*

*- E depois, na sua segunda relação, como é que foi? Que tipo de método vocês usaram? Ou continuou com a camisinha?*

*- Sempre preservativo. Sempre preservativo. Porque eu namoro, vamos dizer, há mais tempo com essa última pessoa, que é a minha namorada atual, que eu já estou praticamente há 3 anos. Os outros namoros foram menores, então geralmente era preservativo. Se a garota tomasse anticoncepcional era por opção dela. Não que eu exigisse alguma coisa do tipo. Vamos dizer, só por uma precaução. Mas minha principal ferramenta de proteção era a camisinha, sempre.*

*- E com esta sua namorada atual, vocês chegaram a conversar sobre método?*

*- Não, também. Pelo menos no meio onde costumo conviver, sair e tal... as pessoas com quem eu costumo sair, é... vamos dizer, já é uma coisa que está mais do que inserida. Todo mundo sabe, todo mundo usa. E com ela, eu acho também num ... Foi algo mais, um pouco mais planejado...já né.*

*- Vocês combinaram?*

*- Sim. Então, também já estava inserido. Também teria que ter. Eu também não era o primeiro homem dela, nem ela era minha primeira mulher. Então, como a primeira vez você ainda não conhece tão bem a pessoa... Hoje em dia não espera mais anos, alguns meses ou semanas*

*prá... Você de repente... Até no primeiro encontro as pessoas já têm uma relação. Mas já está colocado. Já tá colocado que você precisa estar usando.*

*(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

Pedro reconhece a importância do uso do *condom* nas relações sexuais. Ele chama para si a responsabilidade de providenciar que o método não falte nos relacionamentos. O uso do preservativo está claramente relacionado com a proteção do entrevistado. Ele é a sua “*principal ferramenta de proteção*”. O uso do *condom* já é um pressuposto para a relação sexual acontecer, “*todo mundo sabe, todo mundo usa*”. Nas primeiras relações sexuais com a parceria ou nos relacionamentos de pouca duração, o uso do *condom* não depende de uma negociação entre o casal.

*PAIVA (1999)* observa que o melhor argumento para os jovens usarem o preservativo em Oficinas de Sexo Seguro era o fato deste método permitir ao homem regular sua fecundidade sem depender inteiramente da parceira para evitar uma gravidez não planejada.

*- Vocês conversavam sobre os métodos necessários?*

*- Eu sempre conversei [sobre] essa questão do método contraceptivo. Não tem o que discutir, independente, eu acho que... Eu nunca me envolvi com uma pessoa que se negou. Eu acho difícil isso nos dias atuais. Mas, isso não tem como. É base prá qualquer... para um princípio de confiança. Se a pessoa já não te dá essa possibilidade, já fica muito difícil qualquer outra coisa. Como você vai se envolver com uma pessoa que não respeita nem isso, né?! É uma liberdade que você tem. Então, nunca me deparei com essa situação. Nunca precisei também entrar tanto nesse mérito com as pessoas que me envolvi, porque foi uma coisa... meio que já aconteceu de eu falar: ‘Você trouxe? Você tem?’, etc e tal. Isso sim, já aconteceu. Mas nunca maiores problemas em relação ao uso, né?! Agora, conversas que eu mantive com as pessoas que me relacionei foi em questões realmente... a gravidez, que é uma coisa que sempre me preocupou. E me preocupa muito, porque eu não tenho possibilidades. Eu digo por não querer, não estou disposta a isso, né?! Me atrapalharia em vários setores da minha vida. Em momento... não*

*seria de forma alguma o momento. Então, isso já conversei. Já coloquei os meus medos sobre isso, né?! Os meus receios nesse sentido. Mas é mais nesse sentido.*

*(MARÍLIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

No trecho citado acima, aparece com clareza a evidência de que o preservativo deve ser usado nas relações sexuais. Marília afirma que essa prática não precisa sequer ser discutida e está na base para que um relacionamento se estabeleça. É um pré-requisito mínimo para o início do contato sexual. A maior preocupação de Marília é o risco da gravidez não planejada, para a qual julga não estar preparada.

No universo feminino, a presença da gravidez numa fase em que a jovem ainda está se preparando para assumir as responsabilidades de uma vida autônoma em relação à família, cujo projeto de vida inclui uma boa inserção profissional, a garantia de um *status* social no mínimo igual à família de origem, o estabelecimento de uma relação conjugal de caráter igualitário, desarticulária toda essa perspectiva. O medo da gravidez é bastante presente no grupo de universitários, especialmente entre as mulheres, pois elas reconhecem o quanto a maternidade iria mudar suas vidas e desarticular seus projetos.

*-Eu acho que combinou, porque camisinha é o mais prático dos meios. Você coloca a camisinha na carteira e pronto. Tinha uma camisinha na carteira e na hora que a gente tava partindo prá ter a relação, peguei, tirei a camisinha e falei: 'Isso, põe. Isso, põe a camisinha'. Entendeu? Já. Aliás, ela é que falou antes. Eu já estava com a camisinha na carteira, já pensando nisso. E ela falou: 'Pega a camisinha'. Aí, eu falei: 'Calma. Ainda não. Calma, a gente nem tirou a roupa direito! Calma!' Ela já estava... Ela já tinha até se adiantado. Mas, eu acho que é natural escolher a camisinha, principalmente na primeira vez. Porque é extremamente mais fácil, né? Mais fácil de carregar, de comprar... fácil de usar etc... A escolha é meio óbvia.*

*(JOÃO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

No início da atividade sexual, a camisinha aparece como um método prático e fácil de usar. Nessa situação, não há discussão sobre essa opção. O uso da camisinha é visto com um caminho natural para casais que estão iniciando um relacionamento.

O *condom*, além de ser o método empregado na primeira relação sexual e no começo das relações sexuais com um novo parceiro ou uma nova parceira, é o método usado preferencialmente nas relações esporádicas:

*- É... relação esporádica é com camisinha, independente de qualquer coisa. Porque não... a gente não tá falando só em gravidez, a gente tá falando em DST também, né? Então, camisinha. Pronto e acabou. Aí já é os dois de uma vez, contracepção e doenças.*

*(MARCOS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Nas relações esporádicas, existe tanto a preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis, quanto com a gravidez não planejada. O uso do *condom* não depende de uma preparação anterior, como a pílula, e permite ao homem controlar a fecundidade.

*- Como é que era essa relação?*

*- A gente era amigo e aí rolou um clima diferente. A gente se deixou levar entendeu? Foi um negócio rápido de ...*

*- Você se arrependeu?*

*- Não. Não de jeito nenhum.*

*- Você usou algum preservativo ou algum outro método de contracepção?*

*- Usamos. Usamos camisinha.*

*- Camisinha. E você falou de um jeito assim...Por isso que eu te perguntei se você tinha se arrependido. Foi uma coisa momentânea?*

*- Foi.*

*- Impulso?*

- Foi! Nada pensado. Nada planejado. Foi só... nem imaginava. Foi na hora que aconteceu.

- Teve conseqüências? Uma gestação, algo assim?

- Não. Também teve nesse momento... também o preservativo... também não foi... é também estourou! A gente ficou um pouco preocupado, mas não aconteceu nada. Depois ela continuou o ciclo dela normal. Foi o único trauma.

- Mas você... com esta pessoa, você teve continuidade de tempo de relações sexuais?

- Não. Foi só uma vez.

(DANIEL, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

Daniel narra uma relação esporádica em que usou a camisinha. Tratava-se de uma relação não planejada. Nesse caso, o *condom* é o método que mais se adapta ao caráter imprevisto e instantâneo da relação.

- E você usou que método?

- Eu usava camisinha. Como nunca nenhum deles tinha o prognóstico de se tornar uma relação mais séria, costumava ser mais por curtição. Cheguei a sair três meses com uma mesma menina, mas era sempre por curtição. A gente saía junto. Não tinha aquela coisa de relacionamento de namorada, que você quer sair porque tá com muita vontade de ver a pessoa, era mais por vontade da transa. Então, como não tinha nem clima para ter uma conversa mais séria sobre isso, ou de direcionar isso, eu sempre usava camisinha. Eu sempre usei camisinha.

- E elas não pediam um método, não falavam nada?

- Não. Acho, pelo menos com as meninas que eu saía, que era meio implícito que o cara ia levar camisinha ou ia estar com camisinha. Alguns motéis inclusive tem camisinha lá, lacradinha, na caixinha, de boa marca. Nesses casos, você não precisa nem... eu acho que não é uma questão nem... vamos dizer assim... nem muito tempo pensada... de chegar lá, se está lá disponível... É um método bastante difundido, que já deixou de ser tabu. Você vê farmácia. Você sabe que o homem tem. Que o homem carrega. Vai sair, se o cara tá achando que rola, o cara vai estar usando. Nunca parou para conversar: “olha, você vai usar esse método ou aquele método”.

(CELSO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

Nesse relato, Celso afirma que nas relações sexuais que estão descontextualizadas de um namoro, aquelas que se caracterizam por uma “*vontade de transar*”, o uso do *condom* é inequívoco. Nesse contexto, o método está completamente convencionado e o uso já está implícito.

As relações esporádicas são aquelas em que não se estabelece um compromisso entre o casal. Elas não criam um vínculo, nem geram o dever do casal se comunicar com regularidade, sair com frequência etc. Muitas vezes, são relações que duram só um dia. Essas relações acontecem no contexto do *ficar*. Esse contexto se distingue do *namoro*. No namoro existe mais previsibilidade em relação ao comportamento do parceiro e da parceira. Mas os limites entre as duas modalidades de relacionamento não são bem demarcados e observa-se que há um forte viés de gênero marcando esse campo. No contexto da contracepção, as relações esporádicas estão diretamente relacionadas com o uso do *condom*.

#### ***IV.5 O USO ASSOCIADO DO CONDOM COM A PÍLULA***

Nas entrevistas, é referido que o casal, às vezes, opta por combinar dois métodos. Frequentemente os métodos associados são a pílula e o *condom*.

*- ... durante muito tempo, a gente usou só camisinha. Agora, há coisa de 3 meses ou 4 meses que ela passou a tomar pílula. E a gente usa pílula e camisinha.*

*- Os dois juntos?*

*- É. Ela tomando pílula e eu usando camisinha. Sempre assim. Nesse tempo, a gente nunca teve nenhuma relação, nenhuma penetração sem camisinha. E agora, com pílula, fica mais relaxada, fica mais desenganado, tal. Isso é bom.*

*- Você tinha dúvidas com relação à camisinha?*



- *Aconteceu duas vezes de estourar. Então, pode ficar aquela encanação justamente pelo fato de poder estourar e tal. Se você tem dois métodos, você desencana de... encanação em relação à gravidez. Fica bem mais tranqüilo.*

*(JOÃO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

Quando os estudantes optam por métodos combinados, eles incorporam a pílula ao uso do *condom*. É freqüente o receio de que o *condom* não dê a proteção suficiente em relação à gravidez e muitos entrevistados e entrevistadas referiram que esse método falhou. Por vezes a eficácia do *condom* é questionada.

- *... e eu tenho muito claro na minha cabeça que eu não vou tomar só pílula prá não engravidar, mas eu vou usar camisinha prá evitar algum tipo de doença. E é esses os dois métodos que eu tenho na minha cabeça, não penso em outros atualmente.*

*(SANDRA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Entre as mulheres que defendem o uso combinado da pílula com o *condom*, a primeira está diretamente relacionada com a regulação da fecundidade e o segundo com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

- *Que método vocês escolheram usar? Foi uma coisa combinada?*

- *A gente atualmente... a gente usa camisinha somente, né? Todas as... É... foi até engraçado que a primeira vez que a gente teve a oportunidade de ter, não tinha camisinha. Então, a gente não fez. A gente quase fez, quase assim... a gente já tava em intimidades e aí... aí ele falou assim: 'Olha, eu não tenho camisinha, você tem?' Eu falei: 'Não'. Então, ele falou: 'É melhor a gente parar por aqui'. Eu concordei, ele também. É uma coisa... é nato já: não tem sem camisinha. Não temos como ter relação sem camisinha. É legal que é dos dois isso. E aí, a gente optou... eu fui ao médico e optei também pela pílula, pelos dois. Porque a gente consegue prevenir qualquer doença, eventual doença. Seja... a mínima. Não existe só Aids, existe uma gama enorme de doenças. E a pílula prá evitar gravidez. É... e a camisinha também ajuda, mas acho que a gente optou pelos dois. Atualmente, eu não tô*

*tomando pílula ainda. Estou indo na médica, fazendo um monte de exames. Mas quando eu puder, vou começar a tomar. Mas não que isso vai fazer com que a gente não use camisinha. De eu estar com a pílula lá e a gente não usar mais camisinha. Com certeza eu acho que os dois juntos é... eu acho que ainda é a melhor combinação.*

*(LÍVIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)*

Mesmo afirmando que o *condom* não pode faltar nas relações sexuais e que o uso do *condom* já é pressuposto pelo casal, Lívia optou por usar a pílula em conjunto com o *condom*. Assim, buscou uma orientação médica e está preparando-se para atuar no âmbito da regulação da fecundidade. Destaca-se, nesse discurso, que o preservativo está associado à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e a pílula à proteção quanto a uma gravidez indesejada. Já se aponta para que o papel de regular a fecundidade é desempenhado pela mulher, enquanto que o homem arca com os cuidados com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

No entanto, embora o *condom* seja mais diretamente relacionado com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, ele também foi mencionado como método de prevenção da gravidez. O discurso transcrito a seguir indica essa situação:

*- Então, você vinha usando a pílula e depois resolveu usar a camisinha junto?*

*- Sempre usei os dois. A primeira vez, só a camisinha e depois, a pílula e a camisinha.*

*- Os dois?*

*- Os dois.*

*- Por que você usa os dois?*

*- Eu tenho medo que a pílula só não faça o efeito que [se] diz que faz. Que ela, sei lá, por alguma... que diz que tem 99%, né? Se 1% venha justo calhar em mim. Então, eu prefiro usar os dois. É que acho que aí não tem jeito, né? Espero!*

- E você conversa com seu namorado sobre métodos? Como é que é?

- Converso, ele também tem muito medo de uma gravidez, porque não é o momento certo também. Ele não quer. Nem eu, nem ele. A gente não quer filho agora. Então, ele também é muito medroso. Nunca transamos sem nenhum desses dois métodos juntos. Só da primeira vez foi com a camisinha. Agora nunca, só com a pílula e com a camisinha.

(CÉLIA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

No discurso de Célia, o *condom* é associado com a pílula para eliminar qualquer risco de gravidez. O casal mantém o uso do *condom* nos relacionamentos sexuais para evitar qualquer chance de uma gravidez não planejada acontecer. Apesar de, no grupo pesquisado, a pílula ser vivenciada como o método mais seguro para a prevenção da gravidez não planejada, nessa entrevista vislumbra-se o movimento contrário: o receio em relação à eficácia do método oral leva ao uso do *condom*.

#### **IV.6 O ABANDONO DO CONDOM**

Os alunos e as alunas entrevistadas referiram usar o *condom* nos relacionamentos sexuais e se preocupar com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não planejada. Isso indica a percepção do risco no grupo universitário pesquisado. No entanto, no decorrer das entrevistas, os discursos apontaram para uma tendência do *condom* ser substituído pela pílula ou até por métodos tradicionais, de baixa eficácia, como o coito interrompido e a tabelinha. Essa substituição dá-se conforme os relacionamentos vão se estabilizando, tornando-se mais constantes, caminhando na direção do namoro:

- Vocês chegaram a conversar sobre método?

- É o que eu te falei, na hora não. Mas realmente, depois, como eu fui vendo que ia ser um negócio sério... desde o começo já deu prá perceber... a gente passou a conversar e tal. E eu não queria mais usar. É óbvio, não é lá muito confortável. E aí a gente começou a conversar de ter outras maneiras. A gente falou: 'Vamos usar pílula'. Prá falar a verdade, foi ela que veio conversar comigo, na primeira vez. Na primeira vez, eu fiquei assustado: 'Sei lá, vai ser sem né?!' Incomoda e tal, mas fiquei meio assim. Mas, depois, eu fui pensando e falei: 'Não, realmente, acho que é muito melhor sem camisinha, se tiver outro jeito, né?!'. Porque de doença a gente já não tem mais perigo, porque sempre me cuidei e foi a primeira vez dela. Então, a gente começou a usar pílula e estamos usando pílula até hoje. (...)

- E você acha que, em alguma circunstância, vocês voltariam a usar uma camisinha?

- Não, porque eu já tive problemas com isso.

- Você já teve problemas com a camisinha?

- Já. Não, camisinha... Se você excluir o risco das doenças sexualmente transmissíveis, ou seja, se você conhecer a pessoa com quem você tá e confiar, que é o meu caso. É óbvio, a gente está num estrato social que acho que a gente tem um certo discernimento. Por exemplo, se ela fosse com outro, tenho certeza que ela usaria camisinha. E eu também, se fosse com outra. Nunca aconteceu isso, nunca houve traição de ambas as partes. Então, a gente tá mais preocupado em realmente gravidez. E prá gravidez, acho que a pílula, estatisticamente, é mais eficaz. (...)

(AMIR, 23 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

O namoro, relacionamento marcado por regras de conduta no qual o compromisso entre os parceiros é assumido, leva a uma despreocupação com as doenças sexualmente transmissíveis. Por sua vez, a preocupação com a gravidez não planejada torna-se mais forte.

- A partir desse primeiro relacionamento que você teve lá quando era adolescente, você foi amadurecendo a necessidade do uso de métodos? Foi organizando dentro de você um pensamento mais elaborado ...

- *Eu acho que era mais responsável no começo.*
- *Você foi piorando?*
- *É, eu acho que piorei. Não! Cada vez eu mais sabia que tenho que usar, mas ...*
- *Quanto mais informação menos prevenção?*
- *É... Não, não, não com as mulheres alheias. Não! Mas com as minhas duas namoradas, eu não usava nenhum tipo de prevenção de doença, né?! Mas de gravidez, sim.*
- *Era uma conversa que vocês tinham ou não acontecia?*
- *Não, a gente ...*
- *Acabava sendo fruto de um diálogo?*
- *A primeira vez eu falei: 'Ó, não tem camisinha. Agora, você tem certeza que você quer? Eu posso parar, depois a gente continua'. Teve um diálogo. Não foi uma coisa que aconteceu sem querer.*
- *Nos dois relacionamentos teve mais ou menos essa pontuação e aí elas optaram, concordaram?*
- *Concordaram.*

*(MARCELO, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Marcelo explicou que não usava o *condom* com as namoradas. Ele refere-se ao *condom* como um método para a prevenção de doenças. Tratando-se de um namoro, o entrevistado julga que a prevenção de doenças não é necessária, restando a necessidade de regular a fecundidade. Segundo o seu relato, não houve nenhuma resistência da parte das parceiras em relação ao abandono do *condom*.

- *E durante essa sua relação atual você foi mudando de método ou você sempre manteve um?*
- *Não, mudei. Atualmente eu não... eu não uso mais preservativo. Só é... pílula anticoncepcional.*
- *E vocês conversaram sobre essa mudança?*
- *Sim.*
- *O que levou a mudar?*
- *Bom... Primeiro, confiança. Como você perguntou se eu tinha encontrado a mulher ideal, eu falei que já. Então, se partir disso, existe*

*essa confiança entre os dois. Se existe essa confiança e os dois se gostam, não existiria motivos prá ter uma relação fora do namoro, alguma coisa extra-conjugal, como vamos dizer... É mais prazeirozo você não usar preservativo. Acabou sendo uma opção dos dois em um determinado momento parar, acreditando que não haveria mais necessidade. Que o método da pílula anticoncepcional já seria o suficiente. Porque, vamos dizer, o medo de doenças já não existiria mais. Existiria sim, o medo de uma gravidez indesejada. Também ela é jovem e não é prá nenhum de nós... [não] seria o momento adequado ter um filho agora. Esse foi o principal motivo.*

(...)

*- É... só me diz um detalhe: Quem de vocês dois, pediu prá não usar mais a camisinha?*

*- Quem? Eu acho que foi uma coisa mútua, vamos dizer, aconteceu. Ter uma relação sem camisinha, vamos dizer, no fogo do momento acabou indo sem e, vamos dizer, nunca teve 'a partir de agora vai ser sem camisinha'. Foi uma coisa mútua. Não tem problema? Não, não tem problema e tal. Mas, então, a partir dali já não teve nem mais nenhum caso de... a gente passou a não cogitar mais a possibilidade. No início ainda tinha, a gente sempre levava de repente se preferir e tal. Mais depois já num... não teve mais nada.*

*(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

O relato de Pedro indica vários elementos que marcam o processo de transição do *condom* para a pílula. A expectativa de ter encontrado a parceira ideal leva a uma relativização da necessidade de se proteger das doenças sexualmente transmissíveis. Surge a questão da confiança no parceiro ou na parceira, que marcará todo o processo de abandono do preservativo. A negligência em relação ao *condom* ou sua substituição por outros métodos é feita em comum acordo entre o casal.

O namoro é uma forma de relacionamento em que a intimidade está sendo construída e um dos valores que caracterizam esse processo é a “*confiança no parceiro*”. Ao sinalizar uma “*desconfiança*” ou uma dúvida em relação ao parceiro ou à parceira, o *condom* tende a ser menosprezado no desenrolar do namoro. Ele é

um signo de que a confiança entre os parceiros não é total e a continuidade do uso representa um sinal negativo quanto à entrega completa entre os parceiros.

A confiança entre o casal é um signo de que eles têm um compromisso socialmente assumido, que os eleva à categoria de “namorados”. Um dos diferenciais do namoro em relação ao ficar é a interdição em relação a outros relacionamentos sexuais. Se uma das partes não respeitar essa interdição, estará rompendo o compromisso estabelecido publicamente no namoro e desconstruindo uma identidade social.

PASINI (2001), utilizando o método etnográfico, realizou uma pesquisa com prostitutas de rua de São Paulo e de Porto Alegre. A autora discorre sobre o uso do preservativo entre as prostitutas:

*“O elemento mais importante do programa, contudo, é o preservativo masculino. Em relação a ele, as prostitutas que estudei demonstraram adotar atitudes do seu grupo de trabalho, particularmente em relação ao conhecimento de seu valor. No contexto da prostituição, o preservativo masculino virou símbolo central da saúde da mulher, esperança de proteção contra as diversas doenças que acompanham essa atividade profissional, principalmente a Aids, que nos últimos anos teve maior destaque. Todas as prostitutas pesquisadas falam da obrigatoriedade do seu uso ao realizarem programas e comentam as diferentes situações que esse uso dá lugar.” (P.288)*

A autora segue comentando que:

*“Após minha experiência etnográfica, reafirmo que, nessas relações, o uso do preservativo masculino com os **clientes** é fundamental, mas que ele é motivado por razões que vão além da mera proteção contra doenças, isto é, por causa das relações afetivas.”<sup>25</sup> (P.288)*

---

<sup>25</sup> Grifo da autora.

O grupo pesquisado por *Elisiane PASINI* apresenta características radicalmente diferentes dos estudantes entrevistados no presente estudo. No entanto, destaca-se que a lógica que preside o uso do *condom* é semelhante à encontrada entre os universitários, aonde a questão da confiança no parceiro e da fidelidade entre o casal é um elemento central que define a não continuidade do uso do método. *PASINI (2001)* observa que a necessidade que as prostitutas tinham de comprovar sua fidelidade ao parceiro – ou à parceira, entre as que tinham relações homossexuais – traduzia-se, na prática, em dispensar o uso do preservativo nessas relações e que nenhuma das mulheres que participaram do seu estudo usava esse método com seus parceiros fixos: *“Ressalto que essa foi a forma mais eficaz que essas prostitutas encontraram para demarcar seu afeto e sua fidelidade...” (P.291)*

Refletindo sobre a relação entre a dispensa do preservativo e a confiança e a fidelidade, *PASINI (2001)* afirma que a incorporação de valores e sentimentos como fidelidade e afeto dá-se pelo intermédio do corpo. A mesma dinâmica apresenta-se entre os universitários e as universitárias entrevistadas levando-se a considerar a importância do corpo como mecanismo de mediação dos valores de confiança, afeto e fidelidade.

Apesar da *“confiança no parceiro ou na parceira”* ser uma categoria sobre a qual os entrevistados articulam seu discurso sobre a substituição do *condom*, observa-se que mesmo entre os estudantes não há plena convicção de que essa prática seja segura:

*- Eu estou namorando com o Léo faz três anos. Eu confio muito nele e ele também confia em mim. A gente tem uma relação muito aberta. Então, eu sei que eu posso confiar nele. Eu sei que o dia que ele não quiser mais ficar comigo, ele vai chegar e vai falar. Ele não vai ficar com ninguém. Talvez eu esteja errada, eu posso tá enganada de agir*



*assim. Mas eu confio muito nele. Eu acho que a fidelidade não é uma coisa que você cobre, é uma coisa que... ela acontece naturalmente. Mas, eu acho errado você não usar nenhum método anticoncepcional ou... eu acho errado. Que seja quando você tem um relacionamento mais estável, que seja a pílula, né? Você tá com uma pessoa e você tem histórico com ela. Eu acho que, se a pessoa te respeita realmente, ela não vai fazer nada. Ela não vai te trair e ela, se eventualmente acontecer, ela com certeza vai usar. Pelo menos é isso que eu penso do Léo. Eu acho que ele não vai me trair. Se ele tiver que, de repente acabar comigo, ele vai chegar e conversar. Então, eu confio muito nele. De repente, eu tô errada, viu? Eu não sei se é bem assim que as coisas funcionam, mas eu confio.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

*- Uma coisa eu gostaria de dizer é uma coisa que eu vejo pelos meus amigos: a minoria se preocupa com métodos anticoncepcionais. E eu tenho muito contato com pessoas, e eu tenho vários amigos que eu descobri que eram homossexuais e várias pessoas que eu nunca imaginava. Eu comecei a ver que não dá prá confiar nas pessoas, principalmente com relação ao sexo. Comecei a ver que as pessoas vivem num mundinho como de fantasia, que é todo mundo bonitinho e tal, que só porque você está casada, você não vai pegar Aids ou seu marido não está te traindo, mas não é bem assim. A minoria tem consciência disso, eu acho que eles se iludem um pouco. Ou então porque, não sei o motivo, mas a maioria fala: 'É ruim transar com camisinha, sexo oral com camisinha é melhor não fazer'. Nem passa pela cabeça a possibilidade de que o namorado possa estar traindo, alguma coisa assim.*

*(TERESA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

A consciência da fragilidade do pacto de confiança que justifica o abandono de práticas de proteção em relação às doenças sexualmente transmissíveis expressa-se nos dois relatos acima. Apesar de estar namorando há três anos, Fabiana questiona se “*é bem assim que as coisas funcionam*” e admite que pode estar errada abrindo mão de práticas sexuais seguras. Teresa, por sua vez, argumenta que a sexualidade não é unívoca e que as convenções sociais podem não estar de acordo com a complexidade de elementos que incidem sobre a vida sexual. A traição do parceiro

exigiria uma revisão dos pressupostos que ancoram o pacto de compromisso que fundamenta o namoro e a entrega sexual, sobretudo entre as mulheres.

*HEILBORN (1992)* define a conjugalidade moderna no seguintes termos:

*“... um núcleo de trocas afetivo-sexuais com uma não demarcação de papéis conjugais e que importa mais em precedência do que exclusividade frente a outras relações. O casal encerra uma realidade supra-individual e se move em termos de um contrato, não necessariamente consciente, que chancela uma dependência recíproca entre os parceiros.”(P.146)*

O casal moderno tende a agir com uma mônada e concentra um grande número de trocas entre si. Há uma forte reciprocidade que cimenta as relações entre os membros do casal. Segundo a autora, estabelece-se um *“... mecanismo de aferição de contrato, que freqüentemente tem por alvo a disponibilidade de cada um dos seus membros em cumprir o acordo de mútua dependência que o casamento encerra.”* (P. 146) As relações de troca e o caráter de reciprocidade entre o casal extrapolam o âmbito das relações sexuais, mas são confirmadas nesse âmbito.

A confiança no parceiro e na parceira, que é um dos valores centrais que pautam as escolhas sexuais entre o grupo entrevistado, é afirmada na opção por iniciar as relações sexuais e reafirmada na opção seguinte de abandonar o *condom* – prática de proteção às doenças sexualmente transmissíveis. O pacto de fidelidade que funda as relações de reciprocidade entre o casal é constantemente reafirmado no ato de ter relações sexuais sem proteção. Essa dinâmica é especialmente evidente no discurso das mulheres. Mesmo considerando a hipótese do parceiro ter relações sexuais com outras mulheres, fora do contexto do namoro – marcado pela fidelidade,

respeito, confiança – as mulheres acreditam que o seu parceiro não deixaria de usar o *condom* numa situação de infidelidade.

O conceito de negociação sexual tem sido um dos pilares de diversas propostas de intervenção no campo dos programas de prevenção à Aids. Tal conceito é freqüentemente defendido como uma estratégia de diminuição da vulnerabilidade feminina e tem como pressuposto a necessidade de aumentar o poder e a capacidade da mulher negociar o uso de métodos de proteção, especialmente o *condom*, com o parceiro. Segundo *BARBOSA (1999)*, a idéia de negociação sexual pressupõe uma barganha com vistas à adoção de um comportamento seguro frente ao risco de infecção pelo HIV. Para acontecer a barganha, as partes envolvidas na transação devem possuir “... *algo valioso, que pode ser usado como prêmio ou ameaça.*” (P.77) Além disso, a barganha exige a comunicação verbal para poder acontecer.

Numa geração para a qual o advento da Aids é uma realidade perfeitamente configurada, as formas de transmissão completamente conhecidas, assim como o quadro clínico que advém dessa doença, e o caráter epidêmico inquestionável, tratando-se ainda de um grupo de jovens com acesso à informação de boa qualidade, a percepção do risco de contrair o HIV em relações sexuais sem o uso de métodos de proteção é bastante presente. Assim, o uso do *condom*, principal método de proteção, já é implícito nas relações sexuais e não depende de uma negociação sexual nas primeiras relações sexuais ou com um parceiro ou uma parceira novos. A negociação sexual, no grupo, é invertida. O que é negociado é a passagem do *condom* para outros métodos, principalmente a pílula, que não garantem a proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Um dos aspectos que marca essa negociação é o teste do HIV.

- *Nesses relacionamentos como era o seu comportamento com relação a contracepção?*

- *Variou conforme a relação. No caso, a namorada que eu... o namoro que demorou mais tempo foi um namoro de dois anos e a gente passou a não usar camisinha depois de um tempo. A gente fez teste de Aids e de outras coisas e a gente usava diafragma. Ela usava diafragma e também, às vezes, camisinha. Também como contracepção e aí não por doenças, né. E também, não ejacular dentro né. Enfim variado, mas sempre tomando cuidado. Às vezes dava... a gente... já passei por susto. Acho que todo adolescente já passou por susto, né?! Mas, nunca, nunca engravidei ninguém.*

- *E essa sua namorada que você teve um período longo...*

- *É foi o maior tempo que eu namorei, foi dois anos.*

(...)

- *E que momento que vocês decidiram que iam mudar da camisinha para o diafragma?*

- *A gente conversou. A gente falou: ‘Vamos fazer teste’. E aí a gente pode transar sem camisinha, né?! Porque é muito melhor, né?!.*

- *No nível do contato?*

- *É. Prazer, né! É outra coisa, né?! Chupar bala com... chupar bala com envelope, né! É quase isso em fim, mas é cuidado que tem que ser tomado.*

*(MARCOS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Segundo o relato de Marcos, o casal usou o *condom* no início das relações sexuais, mas optou por outros métodos no decorrer do relacionamento. A transição para outros métodos foi cercada de cuidados quanto à saúde reprodutiva – sobretudo no âmbito da Aids – a propósito desses cuidados, o casal fez exames de saúde. A partir dessa etapa, o casal deixa de se preocupar com as doenças e concentra sua atenção no problema da gravidez não planejada.

- *Ah, uma coisa que eu lembrei que eu não comentei em nenhum momento foi sobre doenças sexuais. Acho que por minha relação ser tão estável assim, a gente não pensa tanto nas doenças e tal. Porque eu, por*

*exemplo, quando vou ao ginecologista sempre faço alguns testes e tal prá ver se eu tenho alguma doença ou não. E ele também vê de vez em quando a... por exemplo, a Aids, essas coisas assim. E acho que nessa fase atual que eu estou, a minha maior preocupação é mesmo um filho.*

*(VANESSA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*

No contexto dos relacionamentos estáveis, a preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis cede lugar à preocupação com a gravidez não planejada. No grupo universitário, o nascimento de um filho é projetado para o futuro, quando as questões ligadas à vida profissional, à carreira e à situação financeira deixarão de ser uma preocupação e as condições para formar uma família com o mesmo *status* social e econômico da família de origem estarão asseguradas. O nascimento precoce de um filho significaria um rompimento desse roteiro que os universitários projetam para seu futuro. Assim, o receio da gravidez marca o discurso dos entrevistados.

Segundo *PAIVA (1999)*, a gravidez é um tema mais relevante para os jovens do que o risco de infecção pelo HIV. Nas palavras da autora:

*“Quando a reprodução é focalizada, ilumina melhor o significado das diferentes cenas sexuais, indicando que, quando se pensa em gravidez, é mais legítimo planejar ou ser responsável pelas conseqüências dos atos sexuais.” (P. 258)*

No tocante à percepção do risco da infecção pelo HIV, diversos entrevistados referiram que fizeram exames de sangue para garantir que não são portadores do HIV. Esse teste é um dos elementos que cerca a negociação de substituição do *condom* pela pílula.

*- Vocês usaram algum método de contracepção?*

*- Usamos. A gente usava camisinha no começo, bem no comecinho assim. Depois, eu não sei quanto tempo, mas depois ela começou a usar pílula.*

- E por que vocês usavam a camisinha?

- Acho [que] no começo é mais prático, né?! A pessoa, às vezes, não tá esperando muito e a camisinha é sempre um contraceptivo que tá ali, sempre na mão, né?! E que... fora que previne Aids e tal. Depois, a gente fez o teste de Aids, prá ver se ninguém tinha Aids, e começou [a] deixar de usar camisinha. Acho que prá prevenir Aids e prá prevenir gravidez... acho que a camisinha é [o] melhor dos contraceptivos.

- E vocês conversavam sobre essa questão dos métodos?

- É, conversava. A gente conversava bastante.

- Era tranqüilo entre vocês?

- Não! Era tranqüilo!

- Até esse caminho de deixar de usar, procurar um médico, foi discutido? Foi uma coisa pensada?

- Foi, foi sim. Ela já tinha... ela já ia no médico antes de me namorar, óbvio! E...mas tudo isso foi pensado, sim. Foi. Acho que ainda, não sei... não! foi pensado sim. Foi acompanhado por um médico e tal.

(FLÁVIO, 23 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)

Há um acordo entre o casal, que se cerca de alguns cuidados para constatar que nenhum dos parceiros tem o vírus HIV. O abandono do *condom* é justificado pela garantia de que o casal não é portador desse vírus.

No relato que se segue, a entrevistada descreve com detalhes os diversos aspectos que marcam o processo de transição entre o *condom* e a pílula.

- E, desde esse primeiro namorado, você teve outros parceiros?

- Tive.

- Você sempre usou o mesmo método? Camisinha?

- Eu variei entre camisinha e anticoncepcional, né!? Dependendo da época da minha vida. Se eu tenho relacionamento fixo, eu tomo anticoncepcional, a pílula.

- E procura associar com camisinha ou não necessariamente?

- Depende, depende do relacionamento que eu tenho.

(MARÍLIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)

Marília está namorando há mais ou menos um ano e mantém relações sexuais com o parceiro. Ela já teve outras experiências sexuais, não se tratando do primeiro parceiro. Marília afirma que, dependendo do relacionamento, usa a pílula ou o *condom*. Em alguns relacionamentos, ela associa o *condom* com a pílula mas, nos relacionamentos fixos, o método anticoncepcional escolhido é a pílula.

A entrevista prossegue com uma discussão sobre a necessidade de usar o preservativo para se proteger das doenças sexualmente transmissíveis.

- *Que fator modificaria esse comportamento?*

- *Por exemplo, a única, a única pessoa com que eu estou dispensando o uso da camisinha é com o meu atual namorado, por questões de saúde realmente. Não só preocupação com a gravidez, você tem a preocupação com os tão propagados atualmente.... as doenças transmissíveis sexualmente. Então, há essa preocupação. Então, nunca dispensei o uso da camisinha por isso. Independente às vezes, tomando o anticoncepcional. Às vezes eu preferia nem estar falando que eu tava tomando prá estar evitando qualquer constrangimento em uma conversa e tal. Porque, às vezes, você entrar nesse ponto é complicado. Você falar com a pessoa que tá relacionando. Porque aí entra uma questão que deixa de ser racional e passa a ser emotiva. Então, por exemplo, se você tá se relacionando com a pessoa, você vai, tá tomando a pílula anticoncepcional, então você fala prá pessoa que mesmo assim você quer usar a camisinha, você entra numa discussão: 'Estamos tão saudáveis assim que podemos dispensar a camisinha?' E entra naquela questão: 'Você tá duvidando de mim?' Passar de ser... às vezes deixar de ser uma questão somente racional de você estar se prevenindo e passar a ser: 'Ela não confia tanto em mim'. Entra nesse campo que é mais emotivo assim: 'Ah, o que ela tá pensando de mim? Ela duvida de mim.' Ela acha que poderia... ou às vezes vai da má fé da pessoa mesmo. Aí eu não saberia te dizer. Então, eu acho nesse sentido complicado assim. Então, às vezes, eu poupo... poderia... já aconteceu de me poupar. Pode ser que, se eu conversasse sobre isso com ele desencadearia a conversa numa boa, ele entenderia, né?! Mas pode ser que não. Pode ser que ele, que essa pessoa, que já passou, essa pessoa criasse algumas discussões que não tem fundamento etc.... Então às vezes você se poupa, né.*

*(MARÍLIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Deve-se destacar, no texto citado acima, a preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis e a consciência quanto à proteção oferecida pelo *condom*. Assim como em outros relatos, o uso do *condom* no início das relações sexuais já está convencionado, não havendo necessidade de nenhuma conversa a esse respeito. Marília explica que, caso estivesse tomando pílula, evitaria comentar com o parceiro para não causar uma polêmica que levantasse alguma dúvida quanto à confiança entre eles. A narrativa indica que a discussão sobre os métodos pode gerar uma desconfiança entre o casal, trazendo dúvidas para o relacionamento. A discussão sobre o uso do *condom* ou de outros métodos nos relacionamentos que ainda não estão firmes extrapola o âmbito do pensamento objetivo e resvala para questões emocionais. Esse processo provoca uma tensão que fragiliza o relacionamento logo no início.

A partir desse ponto, Marília narra com riqueza de detalhes a negociação que envolve a passagem da camisinha para a pílula.

*- Então, deixa eu entender: com o seu atual namorado você se permitiu não ter a camisinha?*

*- Me permiti porque a gente conversou sobre isso. A gente conversou sobre isso. Então, ele mesmo... isso eu achei interessante, ele mesmo deu esse passo, entendeu?!*

*- Como é que foi? O que ele disse?*

*- Tudo começou numa conversa sobre doação de sangue. Ele é doador de sangue. Então ele... Um dia ele, conversando sobre isso, ele me mostrou a... porque eles recebem um formulário constando o que eles têm, o que eles não têm. E daí, ele chegou a me mostrar isso e não tinha nada constando. Daí ele falou. Acho isso legal, né! A gente tá se cuidando nesse sentido. E daí, desse fator, passou prá questão da sexualidade, entendeu?! Desse fator, dessa conversa sobre doação de sangue que envolveu essas coisas: 'Ah, tenho hepatite? Não tenho', né!? 'HIV...', entendeu?! Que disse passou prá nossa relação. Ah! Porque como a gente tá se relacionando, é importante a gente estar preservando um ao outro. Então, a partir daí, a gente começou a conversar sobre*



*isso. Conversamos até sobre, pouco, mas chegamos a entrar um pouco nas nossas relações: como que foi; o uso do preservativo ou não, etc e tal. Então, é nesse sentido. Daí aflorou essa conversa. Sobre como que seria nossa sexualidade em relação à nossa relação sexual, tendo-se em vista isso. Essa questão da saúde realmente e como que a gente iria se comportar a isso. Então, acabou dando uma confiança prá ambos, né.*

*- Fortalecendo a relação?*

*- Fortalecendo. Daí eu me senti mais segura. De poder não só tá vendo ele falar. Por exemplo, comigo, eu não sou doadora de sangue. Então, não tenho nenhum exame que eu possa te dizer: 'Ah, eu realmente não tenho nada', entendeu?! Eu sei pelas coisas que eu já... nunca deixei de tá usando algum método anticoncepcional prá que isso... mas nunca fiz nenhum exame nesse sentido. Mas a gente acabando de conversar e ele me mostrando isso, também deu uma maior segurança, né!*

*- E quem pediu prá deixar a camisinha de lado?*

*- Não foi nenhum pedi... Eu te diria que ele não gosta. Ele disse que incomoda. Eu não sei se é real ou não, mas ele disse que incomoda. Não sei se já é um preconceito porque às vezes já tem isso, né?! Você... acho porque a camisinha de Vênus é assim... você acha que ela vai incomodar, então eu não sei. Mas daí, em vista disso, a gente já conversou, em vista disso que já foi colocado, quando eu passei a tomar o anticoncepcional... A pílula deu maior, sabe assim: 'Ah, então tá. Então vamos usar'. Você tá tomando a pílula e isso te dá maior segurança em relação a gravidez e, quanto a essa outra parte, a gente não precisa por causa de tudo isso. Não que isso tenha sido explicitado, mas foi acontecendo por ações, entendeu?! Ela foi deixada de lado devido a tomar a pílula mas não [que] tenha vindo em conversa realmente e sido pautado sobre isso.*

*- E você acha que em alguma circunstância você retomaria?*

*- Ah, sem dúvida nenhuma, sem dúvida nenhuma. Por exemplo, mês passado eu dei uma parada na pílula. Não por nenhum motivo, acabei não comprando. Na verdade, deu o mês prá eu comprar e eu não tinha o dinheiro. Então eu não comprei. E daí, a gente nesse mês, nesse período a gente teve uma relação sexual e usamos camisinha. Você tem, independente de gostar ou não, tem algumas coisas que são prioridade, nesse sentido, né!*

*(MARÍLIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

No relacionamento atual, o casal negligenciou o uso do *condom*. A transição entre esse método e a pílula ocorreu a partir da negociação entre o casal e pelo fato do parceiro ter apresentado um exame de sangue onde não constava nenhuma doença

transmissível sexualmente. Nesse relato, vislumbra-se a iniciativa do parceiro na negociação para o abandono do *condom*, conversando e mostrando o exame. Um outro aspecto a ser mencionado é que a negociação para o abandono do *condom* é articulada anteriormente às relações sexuais, sendo que nesse momento ela vai “acontecendo por ações”. Assim, entrevê-se que a negligência com o *condom* ou sua substituição passa por um planejamento e revela uma intencionalidade.

*BARBOSA (1999)* menciona que mulheres envolvidas em uma relação fixa, de caráter mais estável, conversam com seus parceiros sobre a relação sexual preferencialmente após a relação acontecer. Neste cenário, além da conversa sobre o sexo são negociados outros aspectos da vida.

A dinâmica das opções contraceptivas entre os jovens e as jovens entrevistadas indica que cabe ao homem desempenhar o papel de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e cabe à mulher zelar pelos cuidados com a fecundidade. Conforme o *condom* é abandonado, a responsabilidade pela regulação da fecundidade é tomada pela mulher, que passa a tomar pílula anticoncepcional.

Entre os jovens pesquisados, a negociação para o abandono do *condom* não se restringe apenas ao problema de qual método o casal vai adotar na sua vida sexual. Essa negociação extrapola a questão do método usado e aponta para o significado que o relacionamento adquire na vida do casal. São negociados valores como liberdade, igualdade, confiança, respeito, segurança e fidelidade. Segundo *BARBOSA (1999)*, “... o sexo, para as mulheres, continua sendo percebido como um canal de comunicação e um meio de troca, o que permite seu exercício sem que o prazer seja seu único ou principal determinante.” (P.84)

As representações de gênero estruturam a opção pelo abandono do *condom* em detrimento de outros métodos, privilegiando-se o adiamento da fecundidade em relação à proteção das doenças sexualmente transmissíveis.

No depoimento de Marília, destaca-se ainda a preocupação com a gravidez não planejada. Na narrativa, conforme a mulher deixa de usar a pílula, o casal volta a usar o *condom* como um método de apoio para evitar a gravidez. O *condom* apresenta dupla proteção, contra as doenças sexualmente transmissíveis e contra a gravidez não planejada. No entanto, conforme o casal pauta a vida sexual através de valores como confiança e fidelidade, que estruturam o significado do relacionamento, a discussão sobre os riscos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis não são autorizadas.

*BARBOSA (1999)*, debruçando-se sobre o problema da negociação sexual, comenta que

*“A obtenção do prazer para a mulher guarda uma dimensão de cumplicidade e de entrega, que o amor e o estabelecimento de laços de confiança viabilizam. (...) Nesse modelo de relacionamento, baseado no companheirismo, percebido como algo construído por duas pessoas, a infidelidade rompe também essa confiança, de tal forma que questioná-la é muito difícil mesmo para mulheres que se consideram vivendo relações mais igualitárias e prazerosas.”(P.85)*

As falas dos estudantes entrevistados apontam para que a camisinha é, sobretudo, um método para evitar doenças. No contexto da regulação da fecundidade, ela é apenas um método acessório, de apoio. Tratando-se de doenças sexualmente transmissíveis, que se caracterizam pelo contágio por via sexual, estabelece-se uma relação entre a doença e a conduta do parceiro ou da parceira. Se nenhum dos parceiros está mantendo relações sexuais fora do relacionamento, não

haveria motivo para se proteger. E mais, se o casal está mantendo a prática da prevenção dessas doenças, o motivo seria uma desconfiança entre os parceiros que fragilizaria o relacionamento e solaparia as bases em que ele se estabelece.

A estruturação dos papéis de gênero que incide na opção por negligenciar o *condom* reflete elementos de ordem social e cultural que atuam na delimitação dos papéis sexuais e influenciam as escolhas do casal.

O recurso ao teste sorológico na negociação que marca a passagem do *condom* para a pílula é narrado em outros relatos:

*- No começo era só camisinha, mas tiveram vezes que, por exemplo, estourou a camisinha. Aí que às vezes você fala 'desencana, não vamos usar', sabe?! Tem uns momentos... é uma coisa... Isso que eu comento com as minhas amigas: é uma coisa que você tem que ser muito racional, para um negócio que é só emoção. Sabe, às vezes você fala: 'deixa, dane-se', sabe?! Você não tem, você fala 'deixa prá lá'. Você acaba fazendo umas besteiras assim. Aí eu comecei a ficar preocupada. Teve vezes que eu achei que eu tava grávida sabe.*

*-Sempre tem um arrependimento?*

*-É sempre. Aí eu falei: 'Eu acho melhor tomar pílula, começar...' Aí, a gente tomava pílula e usava camisinha. Aí, eu comecei a me irritar, não queria mais usar camisinha, porque é melhor sem camisinha na verdade. Aí, a gente fez exame de HIV. Eu fiz, ele fez e a gente não usou mais camisinha durante dois anos e pouco que a gente namorou. Foi isso, era assim.*

*(SIMONE, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

O envolvimento afetivo entre o casal de namorados, o receio da gravidez não planejada, as falhas no uso do *condom* estão entre os elementos que influenciam a estudante a tomar a pílula. Num segundo momento, ela acaba assumindo a tarefa de regular a fecundidade. No entanto, os estudantes entrevistados reconhecem o risco das doenças sexualmente transmissíveis e a necessidade de se proteger,

especialmente da Aids. Diante desse quadro, a estratégia usada por eles é recorrer ao teste sorológico.

No decorrer da entrevista, a estudante descreve como a negociação sobre qual método usar se desenrola no seu relacionamento mais recente:

*- E você acha que em algum momento você volta a usar a camisinha?*

*- Com esse meu novo namorado, eu uso.*

*- Atualmente você usa?*

*- É. Eu fui na médica de novo. Pedi para ela me dar um cheque-exame para fazer exame de HIV. Sei lá, acho que depois que você está há um tempão com uma pessoa... Eu sei que, no fundo, isso não é tão seguro. Mas eu não consigo ser tão paranóica. É verdade! Não sei, pode ser um defeito, é ruim, porque a Aids tá aí. Mas, eu acho que quando tem confiança, sabe! Aí, eu vou fazer exame, pedi para ele fazer também. Mas é isso.*

*- Mas no momento vocês usam a camisinha?*

*- Usa, a gente usa.*

*- Até você definir essas informações?*

*- É, é.*

*- Então, é um projeto que vocês tem de deixar a camisinha?*

*- É, é.*

*- E como é prá ele? Você propõe?*

*- Eu proponho. Teve umas vezes que ele quis transar sem camisinha. Eu falei: 'Olha, se você quiser a gente faz exames. Eu faço, você faz'.*

*(SIMONE, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Ao iniciar um novo relacionamento, a entrevistada refere que voltou a usar o *condom*. No entanto, como o casal não deseja continuar usando esse método, ambos estão preparando exames de saúde que indiquem que não são portadores do HIV. Novamente, a confiança no parceiro ou na parceira aparece como sendo o elemento

chave na opção pelo método e também como o ponto central que define a passagem para a pílula.

*- E você usou algum método de contracepção?*

*- Com a menina que foi a primeira vez, sim. A gente tava usando camisinha. Com a minha amiga, como foi um negócio meio impulsivo, a gente acabou não usando. Eu me lembro que, inclusive, depois que eu fiz com a primeira menina na casa da amiga dela, teve um programa de doação de sangue na USP. Eu tinha um amigo meu que tava fazendo USP. Eu estava fazendo cursinho na época e a gente veio fazer uma visita de... Um amigo queria fazer Poli e eu tinha dois amigos da escola que queriam fazer poli, então ele juntou mais uns colegas que também tinham uma situação parecida, então ele trouxe a gente para conhecer as instalações da POLI. E tava tendo uma campanha de doação de sangue. Costuma ter altíssima frequência campanha de doação aqui na USP. É meio que costume o pessoal politécnico ir e doar sangue. Sempre tem altíssimos níveis de doação. Eles nos incentivaram, então fomos doar. Eu acabei indo doar. O motivo era para receber depois o exame do vírus HIV e outras doenças venéreas, que eles iam fazer o teste no sangue e tal. Embora a gente tivesse usado camisinha, eu fiz: 'Bom vamos fazer e talvez vamos garantir que foi só a primeira vez e não a última também'. Mas com a minha amiga, quando foi nessa viagem, a gente não usou nenhum método de contracepção.*

*(...)*

*- Como você percebe que o homem age nessa questão da contracepção?*

*- Olha... eu tento ser muito cuidadoso. Desde que eu iniciei minha vida sexual, acho que esse foi o único caso de descuido. Pessoalmente, acho que depois de um tempo de ter um relacionamento sério com a minha namorada, eu gostaria de chegar, sentar e conversar... Sei lá... vamos fazer, sei lá... ir doar sangue para fazer exames, para ter certeza de que ninguém tem nada, nenhuma doença transmissível. Eu topo ir a um urologista para ver se está tudo OK comigo, se você puder ir a um ginecologista pra ver se tá tudo OK, receitar pílula ou algo para ter um controle. Para a gente fazer sexo sem ter interferências. Tipo, camisinha. Ter o controle da contracepção mas por outros métodos, para poder vamos dizer... Ter o contato físico total, sem ter... sem usar a camisinha. Eu acho, pelo menos, que os meus amigos mais chegados... que quando a gente conversa, não assim abertamente sobre esse assunto, mas a gente sabe como é um pouco o relacionamento entre eles e as namoradas, eu acho que eles se comportam mais ou menos do mesmo jeito.*

*(CELSO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

Tanto os homens, quanto as mulheres referem o teste sorológico como garantia de não serem contaminados pelo vírus da Aids e como prova de confiança. Ao iniciarem a vida sexual, os jovens e os adolescentes estão tomando contato com uma nova dimensão da sua vida, que traz vários desafios. O início da vida sexual coloca situações novas, frente ao próprio corpo, ao parceiro ou à parceira, ao grupo social e à família. O advento da Aids pressiona os jovens e os adolescentes a se protegerem em relação a uma doença que coloca em risco as suas vidas, tanto no âmbito da saúde, quanto no âmbito dos projetos e expectativas de vida. A incorporação desses cuidados leva a uma situação peculiar: conscientes da necessidade de se proteger, o grupo pesquisado dá preferência para usar o preservativo nas primeiras relações e, conforme o relacionamento com o parceiro ou com a parceira vai se estabilizando, abre mão dessa prática. Nessa passagem, entre as estratégias que os jovens e os adolescentes entrevistados delineiam, está a prática do teste do HIV. No entanto, o teste só informa quanto a ser portador ou não do vírus e é realizado *'a posteriori'* do evento em que poderia ter havido a contaminação. Essa prática não diminui o risco de contaminação pelo vírus.

Conforme os relatos indicaram, os testes do HIV freqüentemente são realizados através da doação de sangue. No entanto, os bancos de sangue não estão preparados para acolher e orientar os jovens em relação ao HIV. O exame realizado pelos bancos de sangue visa exclusivamente garantir a qualidade do sangue utilizado em transfusões. Essa prática de realização informal e indireta do exame do HIV não oferece nenhuma possibilidade de diálogo com os jovens, não existindo nenhum espaço para o aconselhamento pré-teste nem permitindo uma maior compreensão do

resultado do teste. Além disso, resta o problema da janela imunológica. O próprio resultado do exame realizado nessas condições não garante que realmente o indivíduo não seja portador do vírus HIV, pois o exame pode não ser capaz de indentificar uma infecção recente. Equivocadamente, alguns entrevistados e entrevistadas acreditam que o exame feito nos bancos de sangue também permitem detectar outras doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV, que não é testado no sangue.

A doação de sangue com a intenção de realizar o teste em relação ao HIV indica um mascaramento do risco real de infecção. Muitas vezes o resultado do exame é tratado como uma “loteria” – o sangue foi aceito ou o sangue não foi aceito. O subterfúgio da doação de sangue atenua a dramaticidade da situação de se submeter a fazer um exame para a verificação do vírus HIV. Ela alivia a percepção do risco no nível imediato, mas oferece uma falsa segurança na medida em que o indivíduo não incorpora práticas de prevenção na sua vida.

Uma outra estratégia é o estabelecimento de um pacto de confiança entre os parceiros, que prometem ser fiéis um ao outro. Mas, num campo absolutamente marcado pela subjetividade, terreno instável, a segurança nunca é completa e fica difícil reintroduzir o uso habitual do *condom* no relacionamento, sem incorrer no binômio “*confiança/desconfiança*”.

- *Você e suas colegas conversam sobre os métodos contracepção?*

- *Hum, hum.*

- *Falam abertamente o que uma usa...*

- *Abertamente, abertamente. As minhas amigas todas usam. Tem uma que namorou com um mesmo cara durante 3 anos. Eles terminaram. Agora ela falou que usava camisinha só no começo, depois ela continuou*



*só com pílula. Mas aí, quando ela falou isso prá gente, a gente falou: 'Mas tem outros problemas'. 'É, eu sei. Ele não queria, eu não insistia muito, então.' Eles não tinham um diálogo muito aberto sobre isso e ele não queria. Então, ele deixava isso muito claro e ela morria de medo que ele terminasse com ela. Então, acabava cedendo.*

*- Você acha que isso é uma coisa que acontece muito? A mulher ceder?*

*- Eu acho que sim. Eu acho que deve acontecer muito, sim. Por isso, por medo de perder. Por medo dele virar e ficar com outra...*

*(CÍNTIA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

No relato de Cíntia, a negociação sobre o não uso do *condom* expressa o problema da assimetria de gênero. Quando o parceiro não concorda em usar o *condom* a mulher se vê na contingência de fazer uso da pílula. A opção pelo método contraceptivo expressa as relações de poder que se estabelecem entre o casal, num modelo tradicional de divisão dos papéis de gênero.

*- Olha, eu acho que eu tinha uma cabeça bem amadurecida em relação a isso, por usar os dois métodos [condom e pílula]. O que aconteceu é que hoje a gente não usa mais camisinha.*

*- Você mudou?*

*- Ah! Eu não sei, porque eu acho que é uma coisa natural. E você já tem uma confiança maior com a pessoa que você está. E ele também em você. Na verdade, no começo, ele também... Na verdade, os dois usavam. Daí chegou uma hora que aconteceu uma vez sem [a camisinha], e daí...*

*- Um dos dois pediu que continuasse sem camisinha?*

*- Mas é porque era bem melhor assim. Daí acaba que... como já foi uma vez, acaba indo sempre. Agora, eu acho difícil voltar a usar com ele.*

*- Você e ele conversam sobre isso ou não?*

*- O que acontece é assim: quando eu, vamos supor, tomo a pílula no dia errado. Daí, eu falo assim: 'Então, [de] agora até o final do mês, a gente usa camisinha'. Tudo bem, não tem problema. Mas em relação à doença, já não tenho nenhum... A gente não previne nada contra doenças, só contraceptivo mesmo. Doença, não. Mas é... eu não*

*sei... pelo que eu escuto também, o importante é o tipo de relação que você mantém, né?! Se você tem uma relação estável, não precisa ser só casamento, essas coisas, pode... O ideal seria usar, né?! Mas infelizmente...*

*-E você acha que teria algum problema se você dissesse: 'Ah! andei pensando...'*

*-Ah, eu acho que teria.*

*-Que tipo de problema aconteceria?*

*-Se eu quisesse que ele...*

*-Introduzir a camisinha agora na vida de vocês.*

*-Eu acho que é complicado. Porque é um incômodo. Não conseguiram desenvolver uma camisinha que você pudesse ter uma relação... É diferente. Eu acho que pra voltar é difícil, porque fica melhor sem.*

*(...)*

*- E também pra quê? Você vai falar: 'Ah! Doença... Eu não confio em você'. Enfim... Posso até tentar fazer isso, mas eu acho difícil.*

*(ELAINE, 22 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

No relato acima, a estudante afirma que usava o *condom* combinado com a pílula até abandonar o *condom*. Ela argumenta que depois de experimentar uma relação sexual sem o *condom*, o casal passou a negligenciar esse método. Pelo seu discurso, a transição do *condom* para a pílula é um processo “*natural*”, que decorre da confiança que se estabelece entre o casal. O *condom* passa a ser um método de apoio, sendo utilizado quando a mulher não consegue tomar a pílula adequadamente.

A naturalização do processo de substituição do *condom* pela pílula reflete um processo sócio-cultural que constrói as identidades de gênero. Assim, com o desenvolvimento da relação entre o casal, a mulher passa a se encarregar do processo de regulação da fecundidade. A relação sexual é vivenciada como uma prova de confiança, pilar sobre o qual se constrói toda a relação afetiva entre o casal.

Tratando-se de um casal estável, a discussão sobre a participação masculina no processo de contracepção limita-se ao apoio à ação da mulher (CARVALHO, PIROTTA & SCHOR, 2001). A dificuldade de reintroduzir o *condom* como método principal torna-se evidente, pois, nesse modelo, ele significaria uma desestabilização dos papéis de gênero.

- A escolha do método foi junto?

- Foi junto, porque ele não queria preservativo. Por conta daquela desculpa meio clássica de homem, que não é a mesma coisa, não sente a mesma coisa e tudo mais. Mas eu, como eu sabia que ele não tinha problema de saúde, ele faz check-up regularmente, eu sei que ele não tem nenhum problema grave de saúde, então eu achei que não tinha nenhum problema em não usar preservativo. Eu optei pelo anticoncepcional. Até porque, de certa forma, é a coisa mais natural. Pelo menos você não precisa ter que parar tudo prá ter que se preparar e colocar o preservativo e não sei o quê. Entendeu? E a coisa flui naturalmente. Inclusive, prá mim, acho até que um teve um benefício físico, porque eu tinha problemas terríveis na época da menstruação e melhorou muito. Acho que teve um equilíbrio hormonal, alguma coisa do tipo, né? E melhorou muito, e eu continuei com ela até hoje, com o anticoncepcional. Porque realmente as coisas correm mais naturalmente e não é como o preservativo ou então com o diafragma que você tem que ficar com aquele negócio dentro...

(NÍVEA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)

A opção pela pílula aparece também como a forma mais “natural” de regulação da fecundidade. Deve-se considerar que a pílula é um método cuja eficiência depende exclusivamente da ação feminina. O contraceptivo oral incide diretamente sobre o corpo feminino, assim como a gestação. Seria, então, a questão da centralidade do corpo feminino no processo da gestação, do parto e da amamentação que daria a tônica para que a regulação da fecundidade seja exercida preferencialmente pela mulher. A caracterização dos papéis de gênero perante a fecundidade embasa-se na evidência biológica. O processo de naturalização das

diferenças constrói uma justificativa de valor universal para o estabelecimento de padrões de conduta e de regras morais que legitima um dada ordem social. Mais do que isso, a naturalização das diferenças acaba por legitimar as contradições e as desigualdades produzidas por essa prática. (BOURDIEU, 1999)

#### ***IV.7 AS FALHAS NA CONTRACEPÇÃO E NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS***

As falhas nas práticas voltadas para a contracepção e nas práticas voltadas para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis estão entre as dificuldades que são vivenciadas pelos jovens universitários entrevistados. Os próximos relatos abordam esse assunto:

- *Não, a camisinha não era tranqüila no início. Algumas vezes até a gente estava disposto a colocar camisinha, mas aí resolveu deixar de lado. Não era tranqüilo, não.*

- *E, no geral, quem é que levava? Quem pensava no método, você ou ela?*

- *Na primeira vez, a gente tava despreparado. Então, Não teve. Ninguém pensou.*

- *Ninguém pensou? Esqueceram?*

- *É. Acho que nem esquecer. Aconteceu. Tava lá, tinha que acontecer aquela hora.*

*(EDUARDO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*

- *Tinha algum método de contracepção?*

- *Na 1ª relação, não. Aliás, porque foi um acidente. Meio proposital da parte dele. Eu queria, mas a gente tava meio que naquela empolgação e aconteceu da gente não usar camisinha, mas foi só essa vez.*

*(TERESA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Apesar de muitos estudantes terem relatado que usaram a camisinha na primeira relação, em alguns relatos os entrevistados narraram que isso não ocorreu. A inexperiência do casal que está iniciando sua vida sexual ou o sentimento de não perder a oportunidade deixam a questão da contracepção para um segundo plano.

*- E vocês, a partir de então, começaram a falar sobre métodos. Como que vocês lidaram com a contracepção?*

*- Falamos bastante. A gente sempre... sempre não. A gente usava camisinha. A única coisa que a gente usava era camisinha.*

*- E aí você conversava com ele sobre a necessidade da presença da camisinha?*

*- Conversava e mesmo ele sabia, né! Tinha consciência.*

*- E até o fim você só usou um tipo de método?*

*- Só.*

*- Nunca pensou em outro?*

*- Não, não. Eu pensava em usar pílula, mas eu tinha muito receio dos efeitos colaterais. Então eu não usava. Mas, a gente teve algumas relações que a gente fez sem camisinha.*

*- Como foi prá você?*

*- Ah! Depois, eu fiquei super encucada. E eu tinha consciência plena de que não era certo. Só que... é bem aquela coisa de 'ah, vai né!'. Assim, você deixa, então... na hora você vai pela a emoção, esquece totalmente a razão. Eu acho que é um erro. Tanto que, hoje, com o meu namorado atual... ele é muito mais preocupado do que eu. Que eu... antes, eu achava que eu tinha tudo os meus limites super claros. E eu percebi que eu não tenho tanto assim. Porque às vezes, eu me deixo levar só pela emoção e é um erro meu, sabe! E com esse meu namorado agora, ele é super preocupado. Então, ele não quer de jeito nenhum... sabe! Não faz. Então, eu acho bom porque ele me breca. Porque às vezes eu não me breca. Com meu antigo namorado também às vezes se deixava levar. A gente tinha plena consciência dos riscos que a gente tava tomando. Só que a gente ia.*

(...)

*- Eu vejo que, das minhas amigas, das que eu converso, muitas são muito parecidas comigo de ter total consciência, né?! É... mesmo assim de informações, conhecimentos a respeito das contracepções e*

*usam, né?! A maioria delas usa camisinha mesmo. Uma ou outra, às vezes, usava pílula. Mas também usa camisinha. Mas, eu vejo também que às vezes elas também não usam, como eu não usava quando eu namorava antes, com o outro namorado, né? Então, pelos mesmos fatos, eu acho de... deixar a circunstância... sabe, pela própria situação, deixar rolar. Acabar não usando. Aquela de ir um pouco: 'Não! Tudo bem dessa vez!' É bem aquela mentalidade que todo mundo tem, né?! E que sempre acaba acontecendo. Então, acho que às vezes é difícil a gente mudar, porque às vezes o desejo é tão grande, tão grande, que a gente fala, 'Não! Mas não é possível que só dessa vez vai acontecer alguma coisa errada e não sei quê'. Então... mas eu vejo que todas elas já tiveram algum deslize, né?! Todas elas já deixaram de usar uma vez, porque não quiseram mesmo. Tipo: 'ah, deixou...' Não é questão da preguiça, mas é questão do momento. A camisinha não tava do lado, ou até tava, mas falou 'Tava bom, então deixa continuar.'*

*(MARIANA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)*

Nesse discurso, aparece o problema das falhas no uso do *condom*. Apesar de estar consciente da necessidade de usar o método, Mariana relata as falhas em manter o método em todas as relações sexuais. Essas falhas a deixam preocupada depois que a relação sexual acontece, mas no momento da relação o casal se deixa “*levar só pela emoção*”.

*- Vocês só usavam a tabelinha? nunca pensaram em usar associado com outro método?*

*- Algumas vezes a gente usou preservativo.*

*- Camisinha?*

*- Isso, camisinha.*

*- Quem propunha? Você ou ela?*

*- Eu acho que partia de mim, porque foram poucas vezes naquela época.*

*- Que circunstâncias isso acontecia? Quando? Alguma ocorrência especial?*

*- Porque a gente acabava sendo muito rápido. Não tinha um local que a gente pudesse se curtir numa boa. Então, era tudo muito rápido. Eu acho que, algumas vezes, a gente experimentou a camisinha. Mas aí, logo a gente achou que não precisava.*

*(EDUARDO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*

Muitas vezes, a oportunidade de ter uma relação sexual se sobrepõe aos cuidados com a contracepção.

- *Desde essa primeira relação, você sempre teve esse cuidado de usar a camisinha ou não?*

- *Não.*

- *Não?*

- *Eu tenho vergonha de dizer isso, mas eu já não usei algumas vezes.*

- *Em que circunstâncias?*

- *Ah! Eu namorei duas vezes. Eu tive duas namoradas. Uma por três anos e uma por um ano e meio. Com essas duas depois de um tempo... elas usavam contraceptivo oral e eu nunca pulei a cerca assim de ter perigo ...*

- *Estando na relação?*

- *É. Então, eu sabia que não tinha doença nenhuma, sabia que eu não ia transmitir nada prá ela. E ela também... Eu imaginava que ela não fosse transmitir prá mim. Eu confiava a esse ponto. Então, a gente tinha relação sem camisinha. Mas, uma vez eu tive um deslize. Não com uma dessas duas. Com uma outra, uma prostituta que eu não usei camisinha.*

*(MARCELO, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Esse relato indica a fragilidade com que a prática da proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis é vivenciada nas relações sexuais. Mesmo sabendo tratar-se de uma prática que envolve um grande risco à saúde, Marcelo negligencia o uso do *condom* ao se relacionar sexualmente com uma profissional do sexo.

#### **IV.8 O RECURSO AOS MÉTODOS TRADICIONAIS**

Além das falhas, presentes no contexto do uso de métodos contraceptivos modernos, o uso de métodos tradicionais – de baixa eficácia – também é descrito pelos entrevistados.

*- A gente namorou, mas quando foi no final do ano, a gente já não tava mais dando muito certo e tudo mais e a gente acabou terminando. Eu não optei por usar anticoncepcional, porque eu achava que eu era muito nova e ia ser muito forte. Então, a gente usava preservativo mesmo. De vez em quando a gente não usava.*

*- E quando você não usava, como você fazia?*

*- A gente apelava para a tabelinha. Então eu errei em te falar que eu não usei outro método.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Fabiana narra um namoro em que o método escolhido era o *condom*. No entanto, em algumas relações o casal abria mão de fazer uso desse método. Nessa situação, o casal se baseava na tabelinha ou método da abstinência periódica.

*- Quando vocês começaram a transar, vocês já eram namorados há muito tempo?*

*- Tinha um mês mais ou menos.*

*- Vocês usaram método anticoncepcional na primeira vez?*

*- Usamos.*

*- E usaram camisinha...*

*- É, usamos camisinha. No começo a gente usava direto, né?! Até porque eu não sabia muito e tem o lance de você tá saindo o gozo e de repente engravida a mulher, e tem esse lado de preocupação. Eu tinha 17 anos. Então, é perigoso. 17 anos ser pai, pelo amor de Deus, né!*

*- É muito cedo, né?!*



- Então a gente experimentou a camisinha feminina uma vez e não achou muito interessante.

- Não acharam?

- Ah... perde a sensibilidade, é uma coisa diferente. Mesmo com camisinha. Hoje a gente faz sem anticoncepcional, sem camisinha. A gente partiu pro coito interrompido, essa que é a verdade.

- E ela não toma pílula?

- Não, não toma.

- E por que vocês não usam mais camisinha?

- Acho que pegamos uma confiança muito grande um no outro. Então sei lá... Acho que mais a confiança mesmo. Porque se sente mais prazer assim sem. Pelo menos da minha parte e acho que dela também...

- E o risco da gravidez?

- Isso tem, né?! A gente sabe. Eu mesmo sei. Porque também na verdade quem tá tomando conta sou eu, né?! No período fértil dela, por exemplo, a gente toma cuidado, então eu uso camisinha. Mas fora desse período que a gente usa mais... porque ela tem um ciclo menstrual regular, então dá prá você estar tendo uma idéia de como está. Ela sabe também. Ela sente a dor... Dá prá perceber, ela lubrifica mais, fica mais... os seios fica mais duros, mais rijos, tem aumento de volume. Então, você sabe como é que funciona. Então, nessa época eu procuro tomar... tomo cuidado. Não faço sem ou, se fizer sem eu tomo um cuidado absurdo (...)

(CARLOS, 22 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

As justificativas para o abandono do *condom*, que se repetem em diversos relatos, são uma insatisfação com o esse método e a confiança entre os parceiros. Conforme o depoimento de Carlos, a opção pelo coito interrompido revela a tentativa de controlar a fecundidade sem depender do *condom*. Nesse caso, a regulação da fecundidade depende prioritariamente do homem. A parceira aparece num plano secundário, apoiando o processo de regulação da fecundidade através do reconhecimento de características físicas capazes de identificar o seu período fértil.

- E prá você, observando essa experiência, modificou alguma coisa que você já pensava?

- Quando a gente vê isso, a gente sempre fica assim: 'Putz! vamos tomar cuidado, não quero ter que tá passando por isso'. Primeiro, porque eu nem quero gerar um aborto. Segundo, porque se uma namorada minha engravidar ou uma menina com a qual eu transei engravidar... Poxa! É uma mudança drástica na minha vida, né! Eu vou ter que acatar isso. Então, realmente, sabe... que eu tenho um pensamento, por exemplo, agora eu tô solteiro, eu falo [que] tem um lado bom, que eu não tô correndo o risco de, o risco de... porque assim, eu... eu gosto de sexo, gosto de transar. Tenho... tive outras namoradas sempre com relação sexual normal, tudo muito bom. Só que, muitas vezes, eu fico muito preocupado mesmo. Às vezes, até meio encanado durante o ato, né? E teve outras namoradas que eu transei sem camisinha depois do exame. Então, a gente, né... tem aquela questão do período e tal, mas a maioria das vezes eu fazia coito interrompido, né?! Porque é uma preocupação, eu fico preocupado, né?

- Claro.

- E eu sempre... por exemplo, a última namorada que eu tive... que a gente também fez teste e transou sem camisinha no final... apesar de não ter sido um namoro muito longo... ela... no caso, era eu que tinha que me preocupar porque eu é que... é o meu, é a minha ejaculação.

- O seu controle.

- Que determina. Ela pode gozar a vontade, né! Então, prá mim, era sempre mais... eu é que tinha que ficar controlando. Então, tem essa preocupação, mas você faz porque é legal, é gostoso e tal. Eu não vou praticar castidade, né? Mas tem as vantagens de não tá namorando, às vezes eu até penso assim.

- E comparando o coito interrompido, que tem essa preocupação, e uma relação com uma camisinha que tem um "papel de bala"? Comparando uma coisa com a outra?

- Aí que tá! Você pegou num ponto importante. Eu não relaxo com camisinha. Prá ejacular dentro com camisinha, eu não relaxo de jeito nenhum. Eu não confio em camisinha de jeito nenhum. Por quê? Porque uma vez ou outra já estourou. Inclusive, uma vez depois de eu ter gozado. Então, putz, né! Eu fico meio... e como eu sou muito preocupado de não querer engravidar, eu não posso confiar 100%. Se falhou que seja uma vez - e nem foi uma vez, foi mais de uma - como é que eu vou confiar 100%? Então... é complicado isso aí, viu? Mas, olha, o sexo é uma coisa que tem... enfim, tem várias maneiras de fazer e... é... você... você não precisa gozar sempre dentro, né?! E pode ser uma coisa... tem várias, carinhos, vários jeitos. Então, dá prá contornar um pouco o problema, né?!

(MARCOS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)

Marcos afirma que tem uma grande preocupação em engravidar a parceira e também que não confia na segurança do *condom*. Esses fatores influenciam na opção por um método tradicional, que paradoxalmente apresenta baixa eficácia quanto ao controle da fecundidade e não protege quanto às doenças sexualmente transmissíveis. Na entrevista, é mencionado que a insegurança em relação ao *condom* é tanta que, mesmo usando esse método, o coito interrompido é praticado.

As falhas na contracepção provocam a preocupação com a gravidez:

*- Você já ficou se sentindo preocupado com uma possível gravidez ou não?*

*- Eu tava conversando com meus irmão ontem. Porque é... acho que uma ou duas vezes só que... quando atrasou a menstruação, eu falei: 'Ah, putz!'. Mas eu nunca, nunca passei... nunca fiquei contando o dia de chegar a menstruação. 'Ah! Ela não vai estar grávida'. Eu sempre fico calmo, sempre estou calmo. Eu nem sei... nem sei, nem nunca soube que dia ia cair a menstruação.*

*- Tipo pegar o telefone e conferir, né?*

*- Só uma vez. Só uma vez com uma namorada. E uma vez com uma menina, que ela me ligou e falou: 'Tá atrasada a menstruação e não sei o que'. E depois não me ligou mais. Eu falei: 'Pô! a menina não me avisa o que aconteceu!' Daí eu liguei, uma semana depois. Daí ela: 'Ah! no dia seguinte tinha descido, não sei..'. Aí eu falei: 'Porra! Não custava nada ter me avisado, sabe?' Mas foi porque ela me alarmou, não porque eu fiquei imaginando que tivesse acontecido alguma coisa. Se não tiver o alarme, se ninguém tá atrasado ou 'Eu acho que tô grávida', eu não tenho essa preocupação.*

*(MARCELO, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Esse relato expressa a problemática da centralidade do corpo feminino diante das questões que envolvem a gravidez. O entrevistado afirma que não toma conhecimento do período fértil das parceiras e depende delas para ser informado se houve alguma possibilidade da parceira ter engravidado. O relato deixa dúvidas

quanto aos cuidados empregados para prevenir uma gravidez não planejada, apontando para que esses cuidados dependeriam mais da mulher.

#### ***IV.9 DEFININDO PAPÉIS FRENTE À CONTRACEPÇÃO***

Os estudantes desejam adiar o início da fecundidade. O nascimento do primeiro filho está equacionado com o término do período de formação profissional dos estudantes e com a conquista de uma maior autonomia frente aos pais e à família de origem. No entanto, os estudantes buscam ter uma vida sexual ativa e buscam o prazer sexual. Desse modo, os cuidados com a contracepção são fundamentais para vivenciar a sexualidade de forma plena, evitando a gravidez não planejada ou não desejada. Além disso, não se deve perder de vista a necessidade de se evitarem as doenças sexualmente transmissíveis através do uso eficiente do *condom*. Essas circunstâncias destacam a importância que a contracepção adquire na vida de jovens e de adolescentes.

Os estudos de gênero têm chamado atenção para que determinados papéis sociais são atribuídos especificamente às mulheres. A divisão dos papéis de gênero possui fortes antecedentes históricos e sociais e tem sido observado que ela fundamenta o estabelecimento de relações de poder na sociedade, cuja distribuição tem sido marcada pela subalternidade da mulher. (*PRIORE, 1994*)

Dentre os papéis tradicionalmente atribuídos à mulher, destaca-se o conjunto de atividades ligadas à fecundidade e à família. Assim, no modelo tradicional de divisão dos papéis de gênero, o ônus de arcar com as tarefas advindas do processo de regulação da fecundidade, incluindo-se a contracepção, a gravidez, os cuidados

com as crianças etc, é assumido prioritariamente pelas mulheres. Com o desenvolvimento da sociedade democrática e com o avanço da participação das mulheres no mundo do trabalho remunerado, as mulheres passaram a ocupar os espaços públicos, embora as atividades relacionadas com a vida doméstica e a família continuassem a ser, prioritariamente, desempenhadas pelas mulheres (BARBIERI, 1991).

Aos desafios que surgiram a partir da luta pela eqüidade de gênero somaram-se os desafios impostos pela propagação da Aids em escala global. Por tratar-se de uma grave doença sexualmente transmissível, os grandes problemas a serem superados a partir do advento da epidemia de Aids aqueceram as discussões em torno da sexualidade e da saúde reprodutiva, que passaram efetivamente para o debate público. (PITANGUY, 1998 ; BARBOSA, 1998) Entre as questões que marcam esse debate, os papéis dos homens e das mulheres frente ao processo de regulação da fecundidade configuram um campo polêmico. A mulher deve dividir as tarefas de regulação da fecundidade com o seu parceiro, se sobre o seu corpo recaem as conseqüências da gestação e da maternidade? Como os homens podem compartilhar do processo de regulação da fecundidade? São algumas questões que balizam esse debate (HEILBORN, 1997; BARBOSA, 1999; PAIVA, 1999).

Considerando-se que o debate sobre os papéis sociais frente à regulação da fecundidade está circunscrito às discussões acadêmicas e aos grupos politicamente articulados, perguntou-se para os estudantes o que eles achavam em relação à responsabilidade com a contracepção. Os próximos relatos tratam desse tema.

*- Você acha que a responsabilidade da prevenção, do método de contracepção, é do homem ou da mulher?*

- Dos dois. Sem dúvida nenhuma, dos dois. Eu acho que...puxa! Tem que ter! É interesse dos dois. Porque, às vezes, o homem pode achar que 'Ah! quem tem que se prevenir contra a gravidez é a mulher'. Eu não acho, não. Eu acho que, se eu engravidasse de um cara, eu ia falar 'Escuta aqui: pode ficar aqui do meu lado, entendeu, porque você é pai. Você pode até nem me amar, não precisa, mas você é pai e eu vou ficar no seu pé se você não der atenção.' Entendeu?! Mas, eu acho que é dos dois. Em relação à doença, até parece que o cara não quer se prevenir. Eu, pelo menos, procuro ainda, na vida, que seja preocupado consigo mesmo. Então, quero um cara que esteja com vontade de se cuidar também. Não seja porque ele tem que se cuidar, né? Porque, imagino, ele não sabe da onde que tá, com quem que ele tá transando de repente, né? Vai saber, né? A mulher pode ter uma doença, isso é tão comum hoje em dia, né?

(SANDRA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)

As mudanças socioculturais que marcaram a história recente, com o advento da Aids e com as transformações no papel social da mulher, repercutem diretamente no discurso dos jovens e das jovens entrevistadas. De modo geral, todos os entrevistados afirmaram que tanto o homem quanto a mulher devem participar do processo de regulação da fecundidade e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Há uma expectativa de que o homem também "...esteja com vontade de se cuidar". Nessa visão, o cuidado não é uma preocupação restrita à mulher, sendo partilhado entre o casal. A idéia de que qualquer pessoa pode ser contaminada pelo vírus HIV, caso não adote procedimentos de proteção, exerce uma pressão sobre as expectativas femininas em relação ao comportamento masculino frente à contracepção. Por sua vez, a incorporação da noção de equidade de gênero incide na expectativa de que o homem também deve compartilhar da responsabilidade pela gravidez.

Apesar do discurso de Sandra expressar uma noção de conjugalidade igualitária (HEILBORN,1992) e do fato da noção de igualdade entre o casal abarcar até as questões ligadas à fecundidade e à saúde reprodutiva – que representa um alargamento do caráter igualitário do novo modelo de conjugalidade – observou-se que os casais universitários não conseguem sustentar esse novo paradigma nos relacionamentos mais “sérios”, pois a mulher acaba sendo a protagonista do processo de regulação da fecundidade e o casal deixa de manter práticas sexuais seguras, conforme o envolvimento entre os parceiros vai crescendo.

*- E agora me diz uma coisa, apesar da gente ter conversado um pouco, mas de quem você acha que é a responsabilidade de ter um método, de pensar sobre um método?*

*- Os dois. Acho que é dos dois. Os dois têm que discutir, escolher o método que preferem. Ai, por exemplo, se escolherem a contracepção, a mulher que deve cuidar. Ela que vai atrás do remédio, ela que compra, né.*

*- Uma pílula, uma coisa assim?*

*- Camisinha, por exemplo, eu acho que todo mundo tem que ter né?! Tanto a mulher como o homem. Mas aí depende do método de escolha.*

*(MARCELO, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Um aspecto que marca fortemente a discussão sobre os papéis dos homens e das mulheres frente à contracepção é que a conduta varia conforme o método em questão seja o *condom* ou a pílula. A pílula, por se tratar de um método que depende da atuação da mulher e que incide diretamente sobre o corpo feminino, pertence à alçada feminina. Ela adquire o anticoncepcional, procura orientação médica e não pode se esquecer de tomar o medicamento todos os dias. O *condom*, por sua vez, é

um método cuja eficácia não depende de uma manutenção regular como a pílula. O uso desse método é circunscrito ao momento do ato sexual. Desse modo, os entrevistados afirmam que tanto a mulher quanto o homem devem se responsabilizar para que o *condom* esteja disponível no momento do ato sexual.

No entanto, destaca-se que, no namoro, a mulher passa a assumir as tarefas ligadas ao processo de regulação da fecundidade e a participação masculina restringe-se a um segundo plano, apoiando a mulher nos momentos em que ela não pode arcar sozinha com a prevenção da gravidez. No namoro, as preocupações com o HIV e com as doenças sexualmente transmissíveis passam para um segundo plano, após a confirmação, pelo exame de sangue, de que o homem ou mulher não estavam infectados até aquele momento. Assim, o caráter igualitário do uso do *condom*, indicado na fala de é mais presente nas relações em que o compromisso entre os parceiros é menor.

*-E de quem que você acha que é a responsabilidade com relação à contracepção?*

*-A responsabilidade? Dos dois. Não é que eu tenha que tomar e você não faz nada. Ou ele usa a camisinha, eu fico... Não! Dos dois entendeu. Dos dois. Se vocês estão partindo... se vocês estão juntos, por exemplo, quando você vê uma... aquelas relações rápidas, né?! As quais eu não acho nada interessantes. Sai, conhece na mesma noite, por exemplo... Aí, se você tá sabendo o que você tá fazendo, então tem que estar prevenido entendeu. Ele também, porque ele tá sabendo. Mas não rola aquela cumplicidade entendeu dos dois saberem. De um conhecer muito o corpo do outro. Então, quando você está assim: você sozinha, você tem que saber o que você tá fazendo e ser uma pessoa prevenida.*

*(HELENA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*



O discurso de Helena ilustra bem a concepção de que a responsabilidade pela contracepção e pela prevenção de doenças – que se traduz no uso do *condom* - deve ser dividida pelo casal. Essa concepção expressa um modelo de relações conjugais igualitárias, refletindo-se nas práticas anticoncepcionais. No entanto, essa concepção abarca as relações sexuais esporádicas, nas quais não existe o compromisso entre os parceiros e a intimidade não se desenvolveu. Nessas relações, a responsabilidade pela própria saúde recai sobre os indivíduos e depende da ação solitária de cada um. A divisão de responsabilidades, embora implique na participação do homem e da mulher em nome do benefício do casal, acaba recaindo numa ação individual voltada para o interesse próprio.

*- De quem você acha que é a responsabilidade de pensar ou de ter métodos de contracepção?*

*- Eu acho que tem que partir dos dois, independente de ser namorado ou não. Se você vai sair a noite, conhecer uma pessoa e se ela não tiver e você tiver e for rolar, tudo bem. Mas, se nenhum dos dois tiverem, aí vai partir da cabeça dos dois, né?! Eu, por exemplo, não faria se... preferiria voltar prá casa e ficar me arrependendo de não ter levado um preservativo do que confiar na palavra de uma pessoa que você... É dos dois. Acho que atualmente tanto o homem quanto a mulher, devem ter preservativo à mão e fazer uso deles.*

*(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

Na discussão sobre a divisão de papéis sexuais entre os estudantes destaca-se também a relativização da postura frente aos métodos contraceptivos em função do contexto em que a relação sexual se desenrola. Entre parceiros que não se conhecem ou se conhecem pouco, tanto a mulher quanto o homem devem se encarregar para que o preservativo esteja disponível. No namoro, ou seja, num relacionamento onde as regras de conduta são mais claramente definidas, a discussão sobre os papéis do

homem e da mulher frente ao processo de regulação da fecundidade parece estar menos presente e a mulher tende a assumir esse papel. A preocupação com as condutas frente à contracepção e a fecundidade está mais focada nas situações que envolvem os relacionamentos casuais ou esporádicos e ela circunscreve-se ao uso do *condom*.

*- De quem você acha que é a responsabilidade de pensar em métodos de contracepção? Do homem ou da mulher?*

*-Acho que deveria ser de ambos, né? Partindo-se... se é uma relação, um relacionamento fixo, acho que deve ser de ambos. Agora, com relações esparsas, sem um companheiro fixo, eu acho que a mulher tem mais responsabilidade, porque quem vai levar a gravidez é ela, né? É ela que tem que pensar na contracepção, mesmo porque, pelo que eu vejo de doenças venéreas, é mais fácil a mulher adquirir do que o homem numa relação. Então, acho que ela tem que tomar mais cuidado, porque a sociedade não vai tomar partido dela. Vai achar que, se ela não tomou cuidado, é responsabilidade dela. Ela que vai ter o filho depois, né? Se o cara sumir quem vai estar com a criança depois? Não é ele no caso, então... mas, a princípio, sendo num relacionamento estável, eu acho ambos tem que ter responsabilidade.*

*(LUCAS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

Embora Lucas situe o problema da divisão da responsabilidade pela contracepção e pela saúde reprodutiva no âmbito dos “*relacionamentos fixos*” - diferentemente de Pedro e Helena, que enfocaram mais diretamente as relações esparsas - no seu discurso é marcante a questão da subalternidade da mulher e do controle social do corpo e da sexualidade da mulher. Seu discurso expressa uma outra vertente da discussão sobre a responsabilidade frente à contracepção. O entrevistado afirma que a mulher deve arcar com as responsabilidades e com os ônus da fecundidade nas relações ocasionais. A centralidade do corpo feminino no processo da gestação é uma das principais categorias articulada pelo discurso

(BOURDIEU, 1999). Baseando-se no argumento da determinação biológica, é estabelecido um conjunto de obrigações morais que atribui à mulher a responsabilidade pelos cuidados com os filhos após o nascimento.

*- De quem você acha que é a responsabilidade de pensar, de se preocupar, com o método de contracepção?*

*- Deveria ser dois. Mas, acho que a mulher acaba mais preocupada com isso. Porque se der algum problema, se ela engravidar, acaba sendo ela que vai carregar por mais que o pai tenha toda responsabilidade. Acaba sendo a mulher que... mas eu acho que deveria ser dos dois, só que não acontece assim.*

*(ÉRICA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

A evidência de que a gestação incide diretamente sobre o corpo da mulher e o fato de que ela é levada a assumir os cuidados com a criação dos filhos coloca a mulher no centro da cena quando o assunto são os cuidados com a vida reprodutiva. Comentando o aspecto social da maternidade, BARBIERI (1991) afirma que

*“Hasta ahora, cualquier varón que desea realizar su posibilidad de paternidad biológica debe asegurarse una mujer dispuesta a gestar, parir y cuidar el fruto de la concepción. Si además desea ejercer la paternidad social sin desarrollar muchos esfuerzos, debe asegurarse una mujer dispuesta a acompañar el largo y lento proceso de maduración, aprendizaje, socialización, es decir, realizar la maternidad social.”*  
*(P.32)*

No entanto, a busca de um ponto de equilíbrio entre homens e mulheres perante a fecundidade é um elemento presente na discussão sobre a responsabilidade em relação à contracepção e à saúde reprodutiva:

- Olha, do ponto de vista da gravidez, é tanto ruim para a mulher quanto para o homem você ter um filho. A mulher é um pouco pior. Porque ela que vai gerar, ela que vai acabar cuidando. Mas isso não é em 100% dos casos. Tem muitas mulheres que deixam os filhos com o homem. É um elo que fica para sempre. Você nunca mais vai perder esse elo. Então, você sempre vai estar ligado a essa mulher, gostando ou não, por causa do filho. Então, a responsabilidade é dos dois. Porque se um não quer, se uma pessoa não quer, ela tem que se prevenir. Então, se tanto a mulher quanto o homem não querem, os dois tem que prevenir. Se, por exemplo, o homem não quer de jeito nenhum, ele também tem responsabilidade sobre isso e a responsabilidade contra doença também.

(ELAINE, 22 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)

- De quem você acha que é a responsabilidade de se preocupar com a contracepção?

- Dos dois. Dos dois, porque a mulher, é ela quem vai agüentar nove meses uma gravidez e ter a rotina totalmente alterada. Então, ela vai ter que separar um tempo para uma criança, ela certamente tem uma grande responsabilidade, sim. Mas, o homem também tem, naquela medida que eu te falei: uma criança tem que ter mãe e pai presentes a todo momento. Ele vai ter uma responsabilidade de dar carinho e afeto para aquela criança e uma pessoa que não pode prover isso não tem condição nenhuma de ser pai. Se uma pessoa, se um homem não se sente preparado, toma um susto danado na hora que sabe que vai ter um filho. E é um susto para pior, não é um susto prá melhor. Então, ele tem que pensar sim. E falar, se a mulher quer ter o filho e ele não. Ele tem sim, que falar. Ele tem que considerar e a opinião dele tem que ser considerada também.

(NÍVEA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)

Embora a centralidade do corpo feminino no processo da gestação seja uma categoria articuladora de sentido para a definição dos papéis de gênero frente à contracepção, os discursos também apontam para uma transcendência da evidência meramente biológica e para uma superação da tradicional divisão de papéis de gênero. Os discursos voltam-se para os aspectos sociais da maternidade e da paternidade, destacando a importância da participação do homem no processo de desenvolvimento da criança. Assim, a preocupação com os cuidados com a criança

também inclui a atenção e o carinho paterno. Os discursos de Elaine e de Nívea apontam para o fortalecimento de uma concepção da maternidade e da paternidade baseada em critérios que vão além das evidências biológicas e dos tradicionais papéis de gênero, abarcando um modelo de relações conjugais igualitárias para o estabelecimento das responsabilidades com a reprodução, com a família e com os cuidados com os filhos.

*- De quem você acha que é a responsabilidade em relação à contracepção?*

*- Dos dois, né!? Tem graça ser de um só! É sério, não tem graça. Não vale. Adianta a menina querer e o cara não? O cara não tá nem aí. É muita irresponsabilidade para o meu gosto. Não concordo. Nem que seja só do homem, nem que seja só da mulher. Não faz sentido. Que seja, sei lá, só mulher que use anticoncepcional, entendeu? E o homem não use nada. Tudo bem. Mas ele tem que estar presente, tem que perguntar, tem que opinar, tem que sugerir, tem que reafirmar que gosta disso mesmo. Tanto a mulher também. O cara só usar camisinha... tá bom. Então, use sempre, entendeu? E não faça pressão.*

*(JOÃO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)*

Na busca de referências para defender um modelo de conjugalidade igualitária, João aponta para que o diálogo é a principal instância de mediação entre o casal. Mais do que o método a ser usado, importam as condições em que essa decisão foi tomada e como ela é articulada no relacionamento. A referência à importância do diálogo nas decisões que se referem à vida reprodutiva é repetida nos discursos dos homens entrevistados também no tema do aborto provocado. O diálogo surge como a única possibilidade de superação dos conflitos inerentes à condição masculina e feminina em relação às decisões sobre a vida reprodutiva e sexual.

No próximo relato, Eduardo - um dos poucos estudantes que era pai, no grupo pesquisado – dá seu relato sobre como a paternidade mudou sua vida:

- Como foi ter essa filha tão jovem?

- Foi difícil, principalmente porque... Por causa da mulher... é muito estudado, na gravidez, na adolescência, tudo... Porque é ela que sofre a grande maioria das conseqüências. Mas o homem, poucas pessoas se lembram dos homens que assumem, que mudam a vida por causa disso.

- Como é que foi? Mudou muito a sua?

- Mudou. A responsabilidade. A gente casou pouco antes dela nascer. Então, você começa a se preocupar com outras coisas. Tem a parte financeira, a parte da educação. Você quer dar uma boa educação, você quer que você mesmo eduque e não os seus pais.

(...)

- Eu procuro não ter o esteriótipo. Procuro não ser machista. Ouvir, ter muito diálogo. Eu acho que eu estou dentro desse processo de busca do lado masculino, do lado feminino, de você ser sensível também. Você saber ouvir. Me vejo dentro desse processo, dessa busca da igualdade entre homem e mulher.

(EDUARDO, 21 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)

A instância do diálogo e do convencimento passam a ser valorizadas diante da busca de um novo modelo de convivência baseado no ideal de equidade de gênero. Essa passagem implica numa ruptura com o modelo tradicional, pelo qual a mulher estará sempre refém da evidência biológica depositada sobre o seu corpo que se desdobra num conjunto de normas e obrigações que lhe são impostas de fora para dentro. A novidade que se encontra aqui é a projeção da capacidade humana de simbolizar, produzindo referências através do uso da linguagem, capazes de mediar os conflitos e as diferenças inerentes a todo relacionamento humano. A negociação parece ser um elemento central no estabelecimento da conjugalidade igualitária. A extensão dessa lógica para o âmbito das relações familiares e domésticas representa, em certa medida, a possibilidade da dinâmica democrática abarcar as relações que se estabelecem no âmbito da vida cotidiana e da vida privada.

#### ***IV.10 BUSCANDO ORIENTAÇÃO MÉDICA***

Entre os temas discutidos com os alunos e alunas nas entrevistas, a busca de uma orientação médica no âmbito da contracepção e das doenças sexualmente transmissíveis revelou-se como um elemento importante na vida reprodutiva e sexual do grupo, por tratar-se de um momento em que os jovens têm acesso ao sistema de saúde para tratar de questões ligadas à saúde reprodutiva. Do ponto de vista da saúde coletiva, por sua vez, a consulta médica é um momento privilegiado para os jovens terem acesso às informações que podem ajudá-los a fazer opções seguras em relação à sua saúde e que lhes permita vivenciar de forma saudável a sua sexualidade.

Nos próximos parágrafos, são transcritos os relatos dos alunos e alunas entrevistados sobre as suas experiências no consultório médico.

Observa-se que, geralmente, a mulher toma a iniciativa de procurar um médico e na maior parte das vezes ela vai à consulta sozinha. No grupo entrevistado, a ginecologia é a principal especialidade procurada:

*-Você vai a um ginecologista?*

*-Vou.*

*-E ele te orienta, te informa?*

*-Sobre essas questões?*

*-Sobre métodos, da existência de todos os métodos?*

*-Não, não. Isso, não. Quando eu comecei a namorar com esse meu atual namorado, eu fui e perguntei o que seria melhor em questão de pílula. Eu já fui meio definitiva assim. Eu queria tomar a pílula, mesmo que eu já tinha tomado anteriormente. Uma outra vez é... e daí ela me indicou o mesmo remédio que eu tomei quando eu tive minha primeira relação sexual. Eu tomo Gracial e daí ela voltou a me indicar esse remédio.*

*(MARÍLIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

A consulta com a ginecologista é dirigida especificamente para a indicação de uma pílula anticoncepcional. Marília comenta que buscava orientação exclusivamente para tomar a pílula. Não se observa, a partir do relato, nenhuma resistência da profissional procurada em receitar esse medicamento, nem qualquer procedimento voltado para o esclarecimento sobre métodos anticoncepcionais e sobre a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

- *Você conversa com sua ginecologista ou ginecologista?*

- *Converso, converso sobre isso.*

- *E como é essa conversa? Te apresentam várias possibilidades de métodos?*

- *Eu fui uma vez conversar. Eu conversei com ela e tal. Ela que me perguntou: 'Já tá tendo alguma relação?' Eu falei que não. Ela falou que, quando eu tivesse, ela ia indicar a pilula certa. Enfim, esse tipo de coisa. Mas como eu ainda realmente não... não aconteceu nada. Eu acabei nunca conversando mesmo com ela sobre isso. Mas sem dúvida nenhuma, na hora que pintar, tem que ser assim, eu vou conversar e não tenho o mínimo pudor, eu acho muito importante inclusive.*

*(SANDRA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Sandra narra uma conversa sobre métodos anticoncepcionais numa consulta ginecológica. Chama a atenção a univocidade que caracteriza a opção pela pílula. Ainda que ela não tenha tido a primeira relação sexual, a opção pela pílula já aparece completamente delineada na conversa com a ginecologista.

- *Você foi ao médico?*

- *Fui a médica, contei prá ela. E nós transamos no período que não era fértil, mesmo com a camisinha. Depois eu procurei a médica, contei prá ela tudo e aí ela me deu o anticoncepcional.*

- *E ela te falou de outros métodos?*



- Não, mas eu também não perguntei. Eu disse que queria um oral mesmo.

(...)

- E ela foi atenciosa com você? Te explicou alguma coisa?

- Ela é meio rápida. Essa médica que eu vou é meio prática, sabe? Se você quiser conversar, ela conversa. Agora dela vir conversar comigo, não.

- E você tinha curiosidades? Perguntas?

- Não, não. Também não.

- E você foi sozinha, ou seu namorado foi com você?

- Fui sozinha.

- E aí, desde então, você vem usando a pílula. E depois resolveu colocar a camisinha junto?

- Sempre usei os dois. A primeira vez, só a camisinha depois pílula e a camisinha.

- Os dois?

- Os dois.

- Por que você usa os dois?

- Eu tenho medo que a pílula só não faça o efeito que diz que faz. Que ela não... sei lá! Por alguma... diz que tem 99% né? Se 1% venha justo calhar em mim, né?! Então, eu prefiro usar os dois e que acho que aí não tem jeito, né? Espero.

(CÉLIA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

Mais uma vez, o consenso sobre a opção pela pílula aparece claramente delineado. A consulta médica pode ser uma oportunidade para que os jovens tenham um espaço para a reflexão sobre as questões envolvidas na vida reprodutiva, visando o desenvolvimento de práticas preventivas em relação à gravidez não planejada e às doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, observa-se que Célia não é estimulada a colocar suas inquietações ou suas dúvidas, o que resulta na diminuição da qualidade do atendimento. Esse fato pode ser notado no relato de Célia pois, embora sejam usados dois métodos associados, ela ainda se sente insegura quanto a eficácia da contracepção.

- E vocês usaram métodos de contracepção?

- Sim, desde a primeira vez.

- Qual?

- No início usava camisinha e depois, com um namorado fixo, passei a tomar pílula.

- E por que você usa este método? Antes [usava] a camisinha e hoje você escolheu a pílula.

- A pílula foi uma recomendação mais do meu médico, na verdade. Que eu sempre falava prá ele: 'Mas eu sempre uso camisinha', e ele falava: 'Olha, a camisinha é ótima prá prevenir doenças contagiosas, mas como método contraceptivo ela não é tão eficiente, ela tem uma grande chance de falhar, eu te aconselharia tomar pílula também'. Aí, eu comecei a tomar.

- E você usa os dois?

- Não, atualmente eu tô usando só pílula.

(FERNANDA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA)

Nesse relato, parte do médico a orientação para a entrevistada a usar a pílula.

A entrevistada reproduz a fala do médico, em que o *condom* é associado às doenças contagiosas e a pílula à prevenção da gravidez. Assim, o próprio saber médico reproduz a máxima de senso comum sobre a qual se depositam os cânones da tradicional divisão de papéis de gênero. Dentro da dinâmica própria das relações entre jovens, que temos estudado até aqui, o casal acaba abandonando o *condom* e se restringindo ao uso do contraceptivo oral.

A opção pela pílula pode ser interpretada como uma retomada do modelo tradicional em que a mulher assume sozinha o papel de regular a fecundidade e o homem passa a ter um papel de apoio a essa atividade, participando dos cuidados com a contracepção apenas quando a mulher está impossibilitada de desempenhar essa tarefa. Conforme o estudo apontou, enquanto a mulher zela pela fecundidade e o homem preocupa-se com a prevenção de doenças. Assim, caberia questionar se esse

papel do homem estaria assentado na idéia de que é eticamente aceitável que ele possua uma vida sexual mais ativa, com maior número de parceiras, do que a mulher. Restaria constatar se, no âmbito do setor saúde, essa lógica está sendo reproduzida.

*- Então, você vai à ginecologista. E como que é a orientação dela prá você? Ela conversa, explica?*

*- Conversa. A minha ginecologista, ela trabalha no HU e trabalha no particular, no convênio, né? E eu vou no convênio, quando eu vou nela. Ela é super boa assim, super competente e não sei quê. Às vezes, talvez pelo fato dela trabalhar no Hospital Público, acho que... não sei se todos os médicos trabalham ou é uma característica também dela. Às vezes, ela é meio rápida, sabe? Ela chega meio estilo 'Pronto Socorro'. Assim sabe, meio rápida. Então... 'O quê que é, qual o problema, não sei quê, ah, tá tudo bem... então tá, tchau'. Assim, sabe. E às vezes eu não consigo falar as coisas que eu quero ou não dá tempo. O fato de ser tão rápido, eu esqueço, né! Não que ela não dá espaço. Ela dá. Se eu quiser falar, eu falo numa boa assim. Só que, às vezes, o método da consulta dela me atrapalha. Mas ela é super aberta, ela me fala, só que ela é super prática. Não é uma pessoa que conversa, pergunta: 'Como tá a vida, tudo bem?' e não sei quê. Não. Ela é carinhosa, mas até um limite. Ela pergunta: 'Você quer alguma coisa, tá com alguma dívida?' Não vai elaborando prá você de repente: 'Ah! É verdade, eu não sabia disso, eu tô com dívida disso'. Eu tava até pensando... eu falei prá minha mãe que eu queria talvez mudar de ginecologista, prá uma que fosse um pouco mais calma nesse aspecto de... talvez, não sei, é... porque eu sou, de certa forma, adolescente né? Que ela só lida mais com pessoal mais velho. Minha mãe é paciente dela também. Acho que tá mais ligado a isso, porque talvez prá mim um monte de coisa seja nova e eu não sei, né? Mas minha mãe, por exemplo, já sabe. As mulheres de mais idade... que as dúvidas que eu tenho, talvez elas não tenham, né? Então, ela tava mais acostumada com esse tipo de gente, do que comigo. Não sei, se isso tem a ver, né? Mas acho que ela é competente muito no que ela faz. Como ginecologista, eu acho ela super boa. Mas, às vezes, queria uma pessoa que também [fosse] amiga. Porque é uma coisa meio íntima, né? De você ir lá e perguntar: 'Aconteceu isso...' e ela fala. Ou então, 'Não usei, eu deixei de usar, aconteceu, né!' Ou 'Estourou!' Sei lá, qualquer coisa assim! Às vezes, me sinto meio constrangida de falar assim porque ela é meio secona nesse aspecto, sabe?*

*(MARIANA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)*

Mariana queixa-se da rapidez e da padronização da consulta médica, que não se dirige para as demandas específicas dos jovens e dos adolescentes. Ela aponta algumas das especificidades que as jovens trazem no âmbito da consulta ginecológica. Tratando-se de pessoas que estão tendo as primeiras experiências sexuais, muitas vezes elas se sentem constrangidas em colocar dúvidas e receios para o profissional que as está assistindo. Além disso, faltam referências que as ajude a identificar e articular os problemas ou os aspectos mais importantes em relação à sexualidade e à saúde reprodutiva. Por tratar-se de uma assistência que não se detém nas peculiaridades da situação de vida das jovens e das adolescentes, a consulta médica não atende às expectativas de Mariana. Ainda que ela considere que a sua médica é “*super competente*”, ela sente falta de espaço para o diálogo com ela.

*PARRAS & RANCE (1997)* observaram a interação entre médico e paciente, durante a consulta ginecológica, em um serviço de saúde na periferia de uma grande cidade da Bolívia. As autoras verificaram um descompasso entre a atuação dos médicos e as demandas das mulheres atendidas:

*“Notamos um contraste entre o estilo interrogativo usado pelos provedores e a modalidade narrativa freqüentemente adotada pelas consultantes. Os médicos tendiam a limitar-se ao esquema fixo de perguntas, apenas detendo-se para escutar as respostas. As mulheres, ao contrário, esforçavam-se por introduzir referências de seus contextos familiares e sociais, associando suas experiências corporais e emocionais a seus mundos culturais mais amplos. Muitas dessas descrições lançavam luzes sobre as circunstâncias que cercavam suas gravidezes e abortos. No entanto, os provedores geralmente ignoravam esses relatos, tratando-os como irrelevantes no contexto da consulta. (...) O aspecto problemático não foi a quantidade de verbalização, mas sua qualidade, atribuível ao padrão comunicativo adotado, provavelmente aprendido pelos profissionais do setor durante sua formação.”(P.235)*

Não obstante a radical diferença entre a situação de vida das mulheres observadas por *PARRAS & RANCE* e as universitárias ouvidas no presente estudo, identificam-se semelhanças no padrão adotado na consulta, com evidente prejuízo para a qualidade do atendimento das demandas das mulheres.

- *Você foi ao gineologista nesse período?*

- *Fui. Fui. Inclusive ela é minha médica até hoje. Muito bacana, ela me acompanha desde dezesseis anos e a gente se dá muito bem. Ela é uma médica ótima, sabe! Ela é homeopata. Ela conversa com você, ela fica uma hora conversando. Aí, eu comecei a passar na médica.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

A importância do diálogo com a médica é ressaltada nesse relato. A principal qualidade da consulta, destacada pela entrevistada, reside em “*se dar bem*” com a médica, que mantém um diálogo com ela na consulta. Os jovens e adolescentes sentem-se mais motivados em relação à consulta médica quando o profissional mantém um espaço aberto para o diálogo com eles.

*CARVALHO, SANTOS & DANZIATO (1997)* afirmam que os profissionais da área da saúde enfatizam os aspectos anátomo-fisiológicos do corpo em detrimento de questões de caráter mais subjetivos, apontadas pelos adolescentes, desconsiderando outras abordagens que valorizem o desejo, o afeto e o prazer. Segundo os autores,

*“Esta limitação acontece, em parte, por um tipo de formação científica que utiliza, na explicação da realidade, um quadro conceptual que tem suas bases fundadas na técnica e na norma e também porque parece difícil, para muitos dos profissionais de saúde enveredar por caminhos que coloquem em risco valores cristalizados, acabando por mexer com a própria subjetividade.” (P.91)*

Enfatiza-se o “discurso do risco” - seja da gravidez não planejada, seja das doenças sexualmente transmissíveis – obstando-se que “...o prazer seja encarado como prática e reconhecido como uma experiência válida.” (P.99) A abordagem da saúde, assim, tende a produzir um discurso moralizador sobre a atividade sexual de jovens e adolescentes que têm lugar fora do contexto do casamento.

*-E como foi a comunicação com sua médica? Ela te informou de todos os métodos?*

*- Não. A primeira vez que eu fui... quando eu fui pedir anticoncepcional, foi prá um ginecologista, um homem. Eu não me sentia bem com um homem. É que minha mãe adora o cara, sabe? É o médico dela. E eu não me sinto bem prá perguntar nada. Ainda mais que o meu pai tava na sala, imagina! Não é preconceito da minha parte, mas é que eu não me sinto bem. Já com mulher, eu já fico muito: ‘Ai, meu Deus, será que pergunto, será que não pergunto’. Imagine com dois homens na sala, o médico e meu pai. Eu prefiro hoje em dia, que eu tenho 23 anos e vou sozinha no ginecologista. Na ginecologista. Porque eu tenho uma ginecologista hoje e eu não gosto que ninguém venha comigo. Não porque eu tenho alguma coisa a esconder. É porque eu acho que quando é muita gente já eu me atrapalho, entendeu?! Não tenho coragem de perguntar mais nada. Eu já fico inibida. Essa médica que eu tô atualmente, eu gosto muito dela. Por quê? Esse médico, ele me deu anticoncepcional. Comecei a tomar e engordei 10 quilos em 3 meses, entendeu?! Porque eu sempre tive a menstruação muito desregulada, né? E quando ele me deu, passou a regular. Engordei prá caramba. Eu pesava 55 e fui prá 65 em 3 meses. Eu tava achando que foi por causa do método, por causa do anticoncepcional. Ai, minha mãe foi lá e falou assim: ‘Olha, minha filha está engordando.’ Ele falou que é por falta de vergonha na cara. Falou isso prá minha mãe. Falou ‘Acho que é falta de vergonha na cara dela, porque anticoncepcional não engorda’. Ai, quando eu fui nessa outra médica, ela falou que pode engordar sim. Que depende de pessoa prá pessoa e que, no meu caso, a reação tinha sido essa. Tanto é que, agora, eu tô tomando outro. Ela, primeiro cortou esse anticoncepcional, falou prá emagrecer. Eu procurei uma endocrinologista e eu emagreci uns 8 quilos. Eu cheguei a pesar 68 quilos. Imagina, prá mim foi a pior coisa! Eu sou da área de Educação Física, onde corpo... quando você vai procurar mercado de trabalho, os caras olham corpo. Vê se você é gordinha, se não é... É fogo! E fora que eu sempre tive magra. Fui magra e sempre me senti o corpo bonito, o corpo legal. E de repente engordar... Só usei camiseta, calça larga, sabe? Aquelas coisas prá você disfarçar porque você não gosta de ver seu corpo... Depois [que] eu parei com o anticoncepcional... agora que*

*eu tô voltando a emagrecer, ela me deu outro anticoncepcional que por enquanto não teve nenhum efeito colateral desse tipo. Eu não aumentei meu peso, tô com peso normal. Essa médica foi que me orientou. Perguntei prá ela o que era DIU, qual era que o DIU fazia, mais outros métodos, tipo assim, tabelinha... essas coisas eu já conheço, muco já conhecia, né?(...)*

*(VANESSA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE EDUCAÇÃO FÍSICA)*

No relato transcrito acima, a entrevistada também aponta as peculiaridades decorrentes do seu momento de vida. Ela se sente inibida, não fica à vontade para trazer suas dúvidas e inquietações para a situação da consulta. Observa-se que, num primeiro momento, é comum as jovens serem assistidas pelos médicos ou médicas ginecologistas que também cuidam das suas mães. Essa situação acaba sendo um obstáculo para o sucesso da consulta, pois as estudantes revelam que esses profissionais não estão preparados para enfrentar as especificidades próprias da situação de vida de mulheres jovens ou adolescentes.

Além disso, nota-se a ausência de uma preocupação mais dirigida para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Tratando-se de pessoas que estão tendo as suas primeiras experiências sexuais, é bastante plausível que os jovens e as jovens tenham mais de um parceiro ou troquem de parceiro. A ausência de práticas de prevenção leva a um aumento dos riscos de contaminação por alguma doença sexualmente transmissível. Um dos grupos em que o aumento dos casos de Aids tem chamado atenção, por sua vez, são as mulheres unidas. Essas mulheres são contaminadas por seus parceiros, que não se protegem das doenças sexualmente transmissíveis em práticas sexuais extra-conjugais. Considerando-se que as mulheres jovens e solteiras já tendem a abrir mão de se proteger das doenças sexualmente transmissíveis no namoro, além do risco iminente a que essas jovens e seus parceiros

se submetem, pode-se conjecturar que o problema da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres unidas tende a se perpetuar nas próximas gerações. O sistema de saúde, por sua vez, permanece impermeável a essa realidade.

No relato acima transcrito, além de toda a problemática envolvendo as circunstâncias de vida de uma jovem, transparece um conflito marcado pelas relações de gênero. O primeiro profissional que a assistiu, parece não compreender os problemas de sua cliente. Sendo da área de educação física, a jovem chama a atenção para que seu desempenho profissional depende de suas condições físicas. Desse modo, ela teme perder oportunidades de trabalho por estar engordando com o uso da pílula. A queixa é encaminhada ao médico através de sua mãe e, segundo o relato da entrevistada, foi ouvida a seguinte resposta: *“Acho que é falta de vergonha na cara dela, porque anticoncepcional não engorda”*. Levando-se em consideração o relato da entrevistada, surpreende que um profissional da área de saúde se dirija a sua paciente com palavras depreciativas. A expressão *“falta de vergonha na cara”* remete à idéia de senso comum que é aceitável exigir sacrifícios da mulher em relação ao seu corpo.

CARVALHO, SANTOS & DANZIATO (1997) mencionam que

*“Partindo da constatação de que já há bastante tempo o homem inicia-se sexualmente em idade precoce, inclusive com o estímulo e a aprovação da sociedade, e que esta situação não parece ter sido, em nenhuma ocasião, motivo de preocupação social, conclui-se que é a iniciação da mulher na adolescência e, acima de tudo, fora do casamento, que incomoda socialmente, mudando o tratamento em relação à questão.”*  
(P.97)

Os relatos seguintes são trechos de entrevistas de homens em relação ao tema da busca de orientação médica no âmbito da saúde reprodutiva e sexual.



- Ela chegou a ir ao médico? Tem um médico que a acompanha?

- Sim. Faz exames regulares, normais de ginecologia, de ginecologista.

- Você teve a oportunidade de ir com ela?

- Não, nunca fui. Nunca fui a nenhum. É mais pessoal pra mulher. Primeiro, o médico já baseia mais na confiança... e eu não tenho muito o que opinar. Mas, eu nunca fui.

(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

- Você já acompanhou alguma das suas namoradas ao médico?

- Não. Ao ginecologista, não.

(...)

- Já perguntei: 'o que você acha?'. Se não tem vergonha do médico... sei lá, essas coisas. Já perguntei como é que foi a consulta, mas eu nunca fui até o médico com ela. Eu nunca fui.

(MARCELO, 22 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)

- Você já foi com ela ao médico?

- Já. É que ele não me deixa entrar, né!

- Você tem que ficar fora?

- Eu fiquei fora. Tudo bem, sem problemas.

- E não sabe direito como foi a conversa dela?

- Não... ela me conta tudo, conta tudo.

(AMIR, HOMEM, 23 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

Os pequenos relatos citados acima traduzem a situação dos jovens do sexo masculino perante a questão da orientação médica no âmbito da contracepção e da saúde reprodutiva. Em geral, eles não recebem assistência médica direta e nem participam da consulta da parceira. Conforme já foi discutido anteriormente, observou-se que os jovens procuram o setor saúde apenas para fazer o exame sorológico para constatar a presença do vírus HIV. No entanto, essa prática só indica

se houve uma contaminação no passado e não garante nenhuma proteção para o jovem.

Estando ausentes do sistema de saúde no âmbito da contracepção e da saúde reprodutiva, os jovens do sexo masculino perdem de vista a participação no processo de regulação da fecundidade. Essa tarefa passa a incidir diretamente sobre as mulheres e os homens perdem qualquer possibilidade de terem um papel ativo nesse processo. Eles só têm acesso ao resultado da consulta através de suas parceiras e com isso, perdem a oportunidade de discutir suas dúvidas e expor suas opiniões junto ao médico.

*- Procuramos uma orientação sobre usar. Não só usar pílula, mas juntar pílula e cremes espermicidas. Mas a gente sentiu falta até do médico de [ter] interesse em... Não sei se tem uma questão técnica prá isso, mas ele não quis indicar. Não indicou e nem quis explicar por quê. Foi só.*

*- Métodos associados?*

*- Oi?*

*- Vocês foram buscar métodos associados?*

*- Isso, juntar os dois. Porque a gente queria estar bem tranqüilo. E ele não quis recomendar esse... Então, eu diria que a gente tem um pouco de... tem interesse em ter muita segurança, principalmente com relação à gravidez. Eu digo numa relação mais estável. Qualquer homem tem... qualquer homem não, mas os que de uma maneira geral, do meu ciclo, a gente tem muita preocupação com isso. Talvez por ser um pessoal que vai se preocupar se acontecer alguma coisa, se acontecer dela engravidar. Então existe pouco conhecimento, eu acho. Existe conhecimento superficial. Agora, uma coisa mais profunda, eu acho que o pessoal não tem. Homem não tem. E também, eu acho que é difícil achar esse conhecimento. Tanto que um médico... não sei se não ficou a vontade, ou num, num foi...*

*- Prá ele era difícil?*

*- Acho que isso nem é... Não era difícil prá ele, acho que não. Mas ele achou que não tinha interesse em passar a informação prá gente. Médico trata a gente como... ele trata como se fosse um mecânico tratando do carro. Não, é seu corpo. Você que tem... no fim, ele toma decisões por você. Eu acho isso errado. A gente que tem que tomar a*

*decisão. Ele tem que orientar e a gente tomar a decisão. Eu quero esse tratamento, quero esse. Então ele, esse médico, os médicos que a gente foi não foram muito... não tiveram interesse em dar mais informações sobre isso. Informações bem técnicas, que interessassem.*

*- Consistentes... que interessassem...*

*- Eu também entendo que, talvez, não é prá todo mundo que ele vai querer dar a informação técnica. Que ele... nem querer, que ele deva dar a informação. Tem pessoas menos instruídas que se você dá a informação, você piora a situação. Você pode causar um engano. Então, eu acho que o cara tem que saber reconhecer quando ele pode dar. Ir mais profundo. Pelo interesse da pessoa também, não é todo mundo que pergunta. Mas de maneira geral acho que o homem conhece pouco de gravidez, de método anticoncepcional, de contraceptivo.*

*(...)*

*- Quando eu e minha namorada, a gente foi no... quando ela começou a ir procurar esses métodos, pílula, a gente sempre foi junto no médico. Iamos nós dois. Não foi ela que foi e eu fiquei esperando no consultório. A gente foi nós dois e sentamos na frente do médico. Então, se o médico vê isso, vê que tem duas pessoas interessadas, duas pessoas que tem discernimento razoável, então porque não ser franco, claro é até técnico. Não tem porque isso. Acho que não é só porque é um engenheiro, um advogado ou um pedreiro, aquilo que for, não é só por causa disso que não vai poder ser técnico. Se as pessoas têm condições de entender, pode falar de célula, de enzima, do que for. Só isso.*

*(DANIEL, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

O relato acima destaca-se por apresentar uma situação em que o homem participa do processo de buscar uma orientação médica para a contracepção. Daniel afirma que ele e sua namorada gostariam de ter segurança em relação ao risco da gravidez não planejada. Ele afirma que os homens só conhecem a contracepção superficialmente e que têm dificuldade em obter as informações que realmente tragam segurança frente à gravidez não planejada.

Daniel acompanha a sua namorada na consulta médica e, mais do que isso, enfatiza que não ficou somente esperando no consultório, tendo participado junto com a namorada da conversa com o médico. Evidenciando as dificuldades que cercam a busca de uma orientação médica no âmbito da contracepção e da saúde

reprodutiva entre os jovens de uma maneira geral, Daniel não identifica nenhum interesse do médico em orientar o casal. Segundo o relato, o médico não indicou métodos anticoncepcionais associados conforme era desejo do casal, nem explicou os motivos. Daniel afirma que “... *no fim, ele toma decisões por você*”, apontando para a assimetria de poder que se estabelece entre o médico - detentor do saber - e o paciente. Discutindo o problema da distância cultural entre os médicos e as classes populares, *BOLTANSKI (1969)*, autor de um trabalho clássico sobre as morais de classe, observa que o médico só dá longas explicações quando julga que o paciente – seu interlocutor – é suficientemente “*evoluído*” para entendê-las. Embora Daniel seja um estudante universitário, sua condição de jovem solteiro acompanhando a namorada na consulta médica não é suficientemente compreendida pelo médico, impedindo que as demandas do casal em relação à saúde reprodutiva e sexual sejam adequadamente contempladas na consulta médica.

Fatores culturais marcam fortemente o terreno da fecundidade. O corpo feminino e o corpo masculino são o campo sobre o qual se estabelece um sistema simbólico que estabelece os papéis de gênero socialmente reconhecidos e a hierarquia entre eles. A própria organização do sistema de saúde e seus profissionais não está incólume a esse sistema e às assimetrias de gênero, reproduzindo esse modelo.

#### ***IV.11 O ABORTO PROVOCADO: DA CENTRALIDADE DO CORPO FEMININO NO PROCESSO DA GESTAÇÃO E DO ABORTO***

O aborto clandestino é responsável pela interrupção de um grande número de gestações indesejadas em nossa sociedade. Tratando-se de uma prática realizada sem nenhum respaldo legal, muitas mulheres se submetem a praticá-lo em condições precárias, acarretando um expressivo número de mortes maternas evitáveis, bem como infecções e infertilidade entre outros agravos à saúde.

Ainda que se trate de um fenômeno de grandes proporções na nossa sociedade, o aborto provocado é um tema invisível para essa própria sociedade. Pouco se conhece sobre as mulheres ou os casais que recorrem a ele, as condições em que é realizado, suas conseqüências e a freqüência em que ocorre.

A maioria dos jovens e das jovens universitárias que participaram dessa pesquisa era usuária do *condom*. Mas, o uso do *condom* merece ser mais detalhado. Aprofundando-se a análise, constatou-se que ele era expressivo na 1ª relação sexual quando aproximadamente 80% dos homens e das mulheres afirmaram que usaram esse método. Na continuidade da vida sexual, no entanto, a opção de permanecer usando o *condom* vai sendo gradativamente negligenciada. Ocorrem descuidos, erros, esquecimentos até o abandono do método que tende a ser substituído pela pílula. Essa transição entre o *condom* e pílula vai ocorrendo conforme o relacionamento entre o jovem casal se torna mais intenso, principalmente no namoro.

Além da pílula, cujo uso depende da mulher, outros métodos mencionados pelos estudantes foram o coito interrompido e a tabelinha. O uso inadequado de

métodos contraceptivos e o recurso aos métodos de baixa eficácia podem levar à uma gestação não planejada.

Em relação ao adiamento da fecundidade, a maioria dos entrevistados (77%) afirmou que gostaria de ter até dois filhos e a idade considerada ideal para ter o 1º filho seria próxima dos 30 anos. Entre os que tinham iniciado a vida sexual, 27 estudantes (ou 4% dos que tinham tido a 1ª relação sexual) referiram uma ou mais gestações. Destaca-se que, do total de gestações referidas pelos entrevistados, somente um terço, aproximadamente, resultaram em nascido vivo.

O grupo universitário apresenta um perfil diferenciado em relação aos demais jovens e adolescentes do Estado de São Paulo em relação à fecundidade. Observou-se junto ao grupo pesquisado um desejo bastante acentuado de adiar a fecundidade que deve ser compreendido diante da inserção na universidade e da expectativa de se formar num curso superior e ter uma profissão.

Apesar de muitas gestações serem interrompidas através do aborto provocado, o tema do aborto é um tabu mesmo entre universitários. Embora seja possível afirmar que ele é uma realidade no meio universitário, a maioria dos entrevistados manifestou ter restrições em relação ao direito ao aborto.

Nas entrevistas abertas, o tema do aborto aparece sob três formas: a opinião em relação ao aborto; a convivência com outras pessoas que passaram por um aborto; e a própria experiência em relação ao aborto.

A forma como o discurso sobre o aborto é produzido apresenta um forte viés de gênero. Observamos que, na fala das mulheres, o foco central está nas conseqüências do aborto sobre as mulheres e seus corpos – tanto nos aspectos físicos

como nos psicológicos. Trata-se de um discurso mais existencial, baseado na evidência de que a gravidez e o aborto incidem sobre o corpo feminino. Mesmo entre as mulheres que são contra o direito da mulher decidir, observa-se uma flexibilização da opinião em função da identificação com outras mulheres que recorreram ao aborto. Entre os homens, o discurso não apresenta essas referências mais concretas, sendo articulado de um ponto de vista mais abstrato. Optou-se por discutir separadamente os discursos de homens e de mulheres sobre o aborto.

***IV.11.1 Falas de mulheres. Do medo da banalização do aborto à flexibilização da opinião: compartilhando experiências.***

Apesar do aborto provocado ser uma realidade na vida de muitas estudantes universitárias, seja diretamente ou através do compartilhamento de experiências com amigas ou com pessoas próximas, a opinião em relação ao aborto é muitas vezes contrária a essa prática.

- *O que você acha do aborto?*

- *Uma coisa que eu não faria. Nem eu, nem ele. Não haveria... se eu decidisse fazer, o que não aconteceria, não haveria anuência dele de forma alguma. E eu não decidiria fazer, mesmo se isso acontecesse. Por isso que falei que seria um desastre, se isso acontecesse na minha vida. Hoje, eu encararia plenamente como desastre. E não é uma coisa que vai ser um desastre, é uma coisa que é prá ser linda, né? Mas no meu momento atual de vida, seria [um desastre].. Então... Puta! Como é muito chato, muito absurdo e muito deprimente, vamos nos defender de todas as formas. Tentar evitar que a gravidez ocorra, prá não correr risco. Porque a gente sabe que se acontecer, a gente vai assumir a bronca, não vai dar prá rolar.*

*(PATRÍCIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

Destaca-se no relato de Patrícia a preocupação com a gravidez não planejada, que deve ser evitada de qualquer maneira. No entanto, caso gestação acontecesse, ela afirma que não recorreria à interrupção voluntária da gravidez e que seu parceiro também não concordaria com essa opção. A gravidez coloca em cheque o projeto dos estudantes. Patrícia afirma que “...encararia plenamente como desastre” uma gravidez não planejada. Por outro lado, a gravidez “... é uma coisa que é para ser linda...” indicando que há uma tensão entre o projeto de autonomia e independência dos estudantes e o desejo da maternidade.

O dilema de Patrícia ilustra duas identidades femininas: uma, afirmada pelo desejo de independência e autonomia e, outra, afirmada pelo desejo de ser mãe e formar uma família. O risco de engravidar durante a vida universitária é vivido receio, pois a gravidez desarticulava o projeto de ter uma vida independente, ser capaz de se sustentar financeiramente e ter uma profissão.

- O que você acha do aborto?

- A princípio, eu acho um crime. Não acho certo. Acho muito agressivo. Acho que a partir do momento que você fez um feto, que tem um feto dentro de você ou... Não me entra na cabeça retirar isso. Eu acho que a gente não tem esse poder. Você fez. Agora, eu tenho dúvidas sobre, por exemplo, o estupro. Aí, eu acho que fica difícil. Não sei se eu, por exemplo, conseguiria levar uma criança indesejada comigo, sabe? Ter essa criança, se foi uma coisa também feita sem amor, sem planos, né? Com uma pessoa, sei lá, nunca vista, indesejada. Não sei o que eu faria. Mas, fora esse caso... Mesmo no caso em que... você pode tirar um líquido e ver se a criança pode ser Down, alguma coisa assim. Mesmo assim eu não sou favorável à retirada da criança, ao aborto. Não acho justo. Eu acho que independente de como a criança vier, por exemplo, no caso de ser doente, alguma coisa ela vai te trazer de bom. É seu filho. Acho que por isso você tinha que passar, eu acredito nisso. Eu nunca abortaria, a não ser em caso de estupro. Aí, eu teria que pensar melhor.

(CÉLIA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)



O discurso sobre o aborto abarca diversas situações, como a gravidez resultante de estupro e as más formações genéticas. Apesar da opinião contrária contra a interrupção voluntária da gestação, Célia admite que o aborto é aceitável nos casos de violência contra a mulher.

No discurso seguinte, observa-se uma opinião radicalmente contra o direito ao aborto:

*- Eu acho que você já esboçou o que pensa, mas o que você acha do aborto?*

*- Eu acho que é totalmente negação à vida. Eu penso assim, como homicídio mesmo. Acho que a criança tem direito à vida, por mais que a situação aconteça... por mais que seja... até mesmo... uma situação delicada. Até mesmo, por exemplo, no caso de estupro. É super delicado mas, mesmo assim, se fosse comigo eu deixaria essa criança viver. Porque ela tem o direito à vida, ela não tem culpa do que aconteceu. Eu vejo assim.*

*- Você já conviveu com alguém que tenha feito aborto?*

*- Já.*

*- E teve a oportunidade de acompanhar essa pessoa em algum momento e saber dela como foi?*

*- Como foi... eu tive. Tenho duas pessoas. Uma que eu fiquei sabendo depois que ela já tinha feito. Das duas pessoas, eu fiquei sabendo depois, mas uma foi logo depois. Daí, ela veio conversar comigo sobre como tinha acontecido. Ela foi numa clínica particular, nessas clínicas da vida e quase ficou lá. Passou muito mal, foi horrível. Foi horroroso. Depois ela veio falando para mim, tudo. E a outra pessoa, nunca tive oportunidade de conversar sobre isso. Só fiquei sabendo, mas não tive a oportunidade de conversar porque ela fez já faz muito tempo.*

*- E essa pessoa que você teve proximidade, como ela ficou consigo mesma, como foi... se ela teve alguma mudança?*

*- Ela ficou bem. A impressão que eu tive, principalmente porque ela veio conversando comigo meio assustada até com tudo que tinha acontecido com ela. Eu conversei bastante, ela ficou... a impressão que eu tive que ela ficou meio assim... com uma certa culpa. Ao mesmo tempo, ela ficou muito brava, porque na época o namorado dela apoiou. Na época cem por cento e logo depois largou dela. Aí, ela ficou tão brava! Porque, na verdade, ela tava fazendo aquilo prá continuar com o namorado, porque os pais dela não podiam saber, nem os pais dele e ele*

*também não queria muito saber. Então, é muito mais fácil pagar e foi ele quem pagou tudo. Ela fez só que depois ele resolveu largar ela. Ela estava muito arrasada por todas essas questões.*

*(MÁRCIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

O discurso de Márcia estrutura-se através de argumentos baseados na doutrina da igreja frequentada por ela, fazendo oposição inclusive aos métodos anticoncepcionais modernos. No entanto, Márcia parece se solidarizar com a experiência vivenciada por uma amiga. Destaca-se no seu discurso a questão da assimetria de gênero revelada no abandono da amiga por seu namorado após a finalização da gravidez.

*- O que você acha do aborto?*

*- Eu acho uma coisa complicada. Porque, por um lado, eu sei, eu tenho comigo que uma criança, que um feto, ele já é um ser vivo. Eu acho. Então, eu acho meio violento abortar. Agora, por outro lado, tem aquelas situações limite, né? Por exemplo, aquela mulher que foi estuprada e ficou grávida, ou então a mulher que está a ponto de morrer e por causa da gravidez está prejudicando a saúde dela. Isso são pontos extremos que eu não julgo. (...) Agora, uma pessoa que engravidou por inconseqüência e decide abortar, eu acho uma coisa muito delicada. Eu acho que a pessoa que pensa desse jeito é totalmente inconseqüente. Ela acha que isso vai resolver todos os problemas dela, mas não vai. Porque não só o problema psicológico, sei lá, do pai ter eventualmente forçado ela abortar, ou então do pai não querer assumir a criança e ela não querer levar adiante a gravidez, então é uma coisa de... é aquele negócio de você responder por aquilo que você faz, né? Então, a pessoa não está aceitando a conseqüência da falta de planejamento e de preocupação que ela devia ter. Porque uma gravidez é uma coisa muito séria, é uma outra pessoa, um outro ser humano que vai nascer, né? Então, é uma coisa que precisa ser muito, muito, muito bem planejada.*

*(NÍVEA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)*

Um dos aspectos que muitas vezes se revela no discurso sobre o aborto é que, mesmo no discurso de mulheres, a mulher segue sendo a principal responsável pela regulação da fecundidade, pela gestação e pelos cuidados com os filhos. A gravidez não planejada aparece, na fala de Nívea, como uma consequência da falta de cuidado da mulher no âmbito da vida sexual e ela deve ser responsabilizada pelo seu descuido. Assim, a maternidade aparece como um destino natural e inquestionável da mulher. Segundo essa elaboração, ela vai ter que agüentar as consequências da sua fraqueza, do seu descuido, em última análise, da sua culpa, diante da sua sexualidade.

Um dos aspectos que marca o universo simbólico em relação ao aborto provocado é o medo da banalização do aborto. Trata-se do receio de que o aborto venha a ser usado indiscriminadamente pela mulher, substituindo os cuidados com a contracepção.

*ARDAILLON (1994)* afirma que

*“Por ser um corpo reprodutor, porém, o corpo da mulher não faz jus à privacidade, à autonomia. O ventre feminino foi controlado desde sempre, e em todas as sociedades. O direito de abortar parece simbolizar a extrema subversão que representa, na nossa sociedade, a autonomia de um indivíduo feminino sobre o processo de reprodução.” (P. 215)*

O receio da banalização do aborto parece indicar o caráter de “*extrema subversão*” que resultaria, no imaginário coletivo, da mulher ter autonomia para decidir sobre a continuação da gravidez.

No entanto, entre as mulheres, a opinião sobre o aborto é flexibilizada a partir do reconhecimento de que a gravidez não planejada pode acontecer na vida de qualquer mulher e da percepção dos riscos que o aborto clandestino acarreta para a saúde da mulher. A exemplo disso, transcrevemos alguns trechos de entrevistas com mulheres.

*- E o que você acha do aborto?*

*- Eu sou a favor do aborto naquela situação em que a menina é estuprada e que a menina corre risco de morte. Eu sou a favor do aborto sim, nessas ocasiões. Agora eu não acho certo aquela menininha de 14 anos que foi lá, transou com um cara, engravidou e quer tirar, entendeu? Porque aí eu acho que vai ficar muito banal e todo mundo vai ficar tirando e todo mundo 'Ah, não! Qualquer coisa... não vamos prevenir, qualquer coisa a gente tira'. Isso não pode virar uma coisa normal. Isso tem que ainda ser uma coisa chocante, entendeu!?*

*(...)*

*- Se eu engravidasse numa hora indesejada, eu espero que isso não aconteça, eu sempre vou querer me prevenir, (...), não é porque eu acho que 'Puxa! Eu não abortaria'. Eu acho que isso é tão difícil. Aliás, eu não consigo nem pensar nisso, sabe!? Acho que por ser virgem, nem ter tido uma relação, eu não consigo parar... 'Putz e se engravidar? Será que eu aborto?' Eu acabo nem parando prá pensar nisso. Hoje, acho que eu não faria isso, mas eu não paro prá pensar em aborto. Eu paro prá pensar na prevenção que eu quero ter, nesses cuidados que eu quero ter comigo, prá não acontecer de jeito nenhum, né!? Eu quero que isso aconteça daqui a uns 15 anos, sei lá.*

*(SANDRA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

Apesar de rezear que a prática do aborto substitua outros cuidados com a contracepção, Sandra relativiza essa posição, pois reconhece que uma gravidez não planejada seria indesejável. A idéia de ficar grávida numa “hora indesejada” preocupa Sandra, pois a gravidez desarticula o projeto de vida de uma jovem estudante como ela, exigindo que a mulher assuma responsabilidades que impedirão a consolidação desse projeto.

- Nessa época você teve a possibilidade de ter amigas ou alguém conhecido que engravidou e que abortou?

(...)

- Porque na minha opinião, antes, quando eu não tinha relação sexual, eu sempre falava: 'Não! eu sou contra o aborto'. Acho que quando você tem responsabilidade para ter relação você tem que arcar com as conseqüências. Agora que você tá tendo relação sexual e tal, você cai na real que isso pode acontecer com você. Acho que a minha idéia tá um pouco confusa ainda. Por exemplo, eu penso, se eu engravidar, o que que eu vou fazer?

(...)

- Não sei se eu teria coragem de abortar, mas também eu não posso dizer que eu não teria vontade. Talvez possa por um momento passar pela minha cabeça: 'Ai! Que vontade de não ter esse filho agora, não é o meu momento certo'. Então é engraçado que, na teoria, eu sempre falava: 'Não! Sou contra. Se você engravidou tem que ter e tal! Agora, na prática, eu vejo que realmente pode acontecer comigo. Não sei o que eu pensaria. Eu até perguntei para uma amiga hoje: 'O que você faria se engravidasse agora?' Ela disse: 'Agora eu teria, mas se fosse no ano passado eu abortaria, porque eu tava no terceiro ano de faculdade, teria que mudar muito a minha vida'. Então, eu também me vejo um pouco confusa. Não sei se teria coragem, não sei o que pensaria em fazer. (...) Eu fico no meio termo, porque acho que na hora que acontece, às vezes enlouquece, dependendo de como você está preparado ou não prá isso. Tipo contar pros pais, no seu momento se você está estudando, quem vai te sustentar? Não sei se eu engravidasse, o que eu faria atualmente, é uma coisa... é muito delicado.

(...)

- É uma pergunta que eu me faço ainda, o que eu faria se isso acontecesse? Eu sei que é ilegal no país, só quando é estupro como coisas desse tipo, mas me preocupa também que a gente vê... como uma amiga, uma conhecida minha, que abortou duas vezes. Foram em lugares ilegais. Então, eu penso: 'Qual é a qualidade desse lugar? O que pode acontecer com você?' Então, é tão complicado! Porque é uma realidade que a gente sabe que acontece, as pessoas abortam. E aí? O que fazer com isso? A gente sabe que tem um monte de clínica clandestina fazendo os abortos. E aí? A gente vai "tapar os olhos"?

(LÍVIA, 22 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

Livia coloca todas as inquietações vivenciadas frente ao risco de uma gestação indesejada. Sua posição frente ao aborto provocado vai sendo flexibilizada a medida em que reconhece a possibilidade de ficar grávida acidentalmente, por causa de um erro em relação à contracepção. Essa situação traria profundas mudanças na sua vida, abalando os projetos de futuro e as relações familiares. O risco de vida enfrentado pelas mulheres nas clínicas ilegais também aparece como mais um desafio colocado para a mulher.

CARVALHO, SANTOS & DANZIATO (1997) observam que um dos maiores receios das adolescentes grávidas é contar para os pais sobre seu estado. DOMINGUES (1997) observa que, entre adolescentes, a perspectiva de assumir a gravidez dependerá de um confronto com a família e, nessa situação, duas tendências são apresentadas:

*“...o aborto, visto basicamente como a forma de esconder o fato, evitando assim o conhecimento público do início da atividade sexual pela adolescente, e o casamento ou a coabitação conjugal, tomada como estratégia para a aceitação social da gravidez.”(P.145)*

- E o que você acha do aborto?

- Ah! Eu não sou contra porque eu nunca passei por essa situação. Então, cada um acho que sabe o que faz com o próprio corpo.

- Mas na sua opinião é uma possibilidade...

- É uma possibilidade.

- ...de resolução.

- Eu acho que é, prá mim. É. Eu acho, mas quando acontece a gente nunca sabe como é que fica nossa cabeça. Mas, se por acaso eu engravidasse, eu acho que eu abortaria na minha idade, agora, na situação que eu tô.

- Por quê?

- Porque acho que eu não teria maturidade e nem condição financeira também de criar um filho.

*- E que idade você acha que seria bom para ter filhos?*

*- Ah, não penso em idade. Mas quando eu estivesse um pouco mais... numa situação financeira mais estável. Tivesse uma vida um pouco mais independente. Não ter que depender dos meus pais prá eles criarem o meu filho. E ter um parceiro. Eu acho que eu não conseguiria ter um filho sozinha, não é a minha intenção.*

*- Então, num relacionamento, você veria como um bom momento quando já estivesse acontecendo uma estabilidade na relação?*

*- É. Na relação e na minha vida profissional também.*

*(TERESA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

No trecho transcrito, Teresa admite o aborto provocado como uma possibilidade para finalizar a gravidez não planejada e elenca vários motivos que podem justificar essa opção: situação financeira, independência dos pais, independência para criar seu filho e ter o apoio do parceiro. Teresa equaciona a vida afetiva com a vida profissional para estabelecer os parâmetros que definem o momento mais adequado para a maternidade, indicando a complexa teia de relações entre os papéis que a mulher exerce na sociedade.

No próximo relato, uma estudante descreve a sua experiência em relação ao aborto provocado acompanhando uma amiga que havia engravidado:

*- Você falou um pouco dos seus amigos que tiveram experiências mais difíceis com relacionamentos. Eles tiveram conseqüências não muito previstas, por exemplo, o aborto?*

*- É eu tive... quando eu tava no segundo colegial a minha melhor amiga fez um aborto.*

*- Ela conversava com você sobre esse assunto?*

*- A gente conversou naquela época, depois virou meio que um assunto proibido, porque aquilo mexia muito com ela. A gente só foi comentar sobre isso um ano depois, que era quando o bebê nasceria. Nove meses depois, que ela ficou muito mal. A gente conversou um pouco sobre isso, depois nunca mais.*

*- Ela se recordou durante nove meses.*

- Durante nove meses, você percebia... a gente não conversava a respeito. Não sei parece que foi um... A sensação que dava era... que era como um pacto silencioso. A gente não conversou sobre isso: 'Não vamos falar sobre o assunto'. Mas, instintivamente, a gente não tocava no assunto. Continuava falando como se nada tivesse acontecido. Não falava mais daquele namorado dela, porque foi a primeira relação sexual dela.

- Da vida dela? Sem nenhum método?

- Da vida dela, ela tava usando camisinha e estourou.

- Que azar!

- Muito azar. E aí, logo ela ficou com medo e tal. Ligou pro ginecologista, fez exame de sangue, viram que ela tava grávida. Quando ela contou pro namorado, o namorado falou que isso era muito... ele tava muito confuso, que ele precisava pensar. Sumiu, nunca mais ligou, não perguntou mais nada. Ele ligou perguntando um dia, dois dias depois, falando que ele pagava, mas de um jeito muito frio. Aí, ela não aceitou, ela falou que não, que o problema agora era dela, já que ele tinha tirado o corpo fora. Nessas foram duas semanas que ela só chorava e a gente...

- A família estava junto?

- Os pais dela estavam. Ficaram muito bravos no início, mas apoiaram ela. Deixaram livre prá ela escolher.

- E eles pagaram o aborto?

- Pagaram.

- Acompanharam ela?

- Fui eu, ela, uma outra amiga nossa e os pais dela até a clínica em que ela fez o aborto. Ela passou muito mal depois. Aí, eu e essa outra amiga nossa, a gente dormiu na casa dela. Ela passou muito mal, chorava o tempo inteiro e tinha cólicas muito fortes.

- Mesmo porque é uma situação que não é permitida legalmente, né...

- É.

- Traz muitos medos, né?

- Muitos e... depois deste período, a gente acabou entrando em férias e ela foi prá casa dos tios dela que moram lá em Piracicaba. Passou o tempo todo lá. A gente falou algumas vezes por telefone, mas nunca tocando no assunto. Ela só perguntou uma vez se eu tinha visto o namorado dela e eu não tinha. Aí, depois que a gente voltou pro colégio, a gente não conversou a respeito. Mas, ela tava mais triste. Com o tempo ela foi melhorando. Mas aí, logo vieram os nove meses, ela piorou de novo, ficou muito mal, ficou muito triste, chegou a fazer terapia e depois foi melhorando também aos poucos. Nunca mais conversei com ela a



*respeito, nunca mais. Eu não sei se por isso que eu nunca nem considerei a hipótese de transar sem a camisinha.*

*(CÍNTIA, 20 ANOS, ESTUDANTE DE FISIOTERAPIA)*

Ao partilhar a vivência de uma situação concreta, que revela toda a complexidade da opção pela interrupção da gravidez e o sofrimento acarretado à sua amiga, Cíntia desmitifica o medo da banalização do aborto. Mais do que isso, ela deseja evitar que a mesma experiência se repita na vida dela. Cíntia menciona o “*pacto silencioso*” que se estabelece entre as amigas, que continuam agindo como se nada tivesse acontecido. No entanto, os conflitos vivenciados pela adolescente indicam as profundas inquietações desencadeadas por essa experiência e, em alguns momentos, elas rompem o pacto de silêncio para voltar a conversar sobre o assunto.

*ARDAILLON (1994)*, comentando as experiências de mulheres com o aborto clandestino, menciona que “*Nem sempre acusadas, porém sempre vítimas, as gestantes que abortam na ilegalidade atravessam momentos de pavor, de intensa dor física e de humilhação.*” (P.214)

No relato de Cíntia, assim como nos demais relatos de estudantes que tiveram alguma experiência em relação ao aborto provocado, seja consigo própria ou apoiando suas amigas, repetem-se histórias de sofrimento e angústia de adolescentes e jovens que enfrentaram solitariamente a forte vivência que o aborto representa.

No próximo relato, depois de acompanhar a experiência de duas amigas que optaram pela interrupção da gravidez, a entrevistada defende integralmente o direito da mulher decidir.

- E o que você acha do aborto?

- Eu sou a favor, né! Não só nos casos de estupro, de má formação do feto, de risco prá mãe, mas eu sou a favor, porque eu acho que... Não é que: 'Ah, como o aborto é legalizado, por exemplo, que então um monte de gente vai engravidar'. Acho que tem muito a ver isso, né?! Não é porque agora é fácil abortar que as pessoas vão engravidar mais. Acho que não. Acho que informação todo mundo tem, mesmo sendo de baixa renda, né?! Assim, informação básica todo mundo tem um pouco, né?! Só que, eu acho que a gravidez afeta muito a vida da mulher. O mesmo que você perguntou, como que vai mudar a sua vida... Eu acho que muda em tudo, né?! Eu acho que você tem que estar preparada e aceitar muito bem isso. Que se não, o filho que vai sofrer muito. Eu acho que não vai ser uma coisa legal e vai ser meio um ciclo assim. Porque depois, ele vai nascer, você vai dar uma educação que você... não soube dar. Talvez, o mesmo erro que aconteceu com você aconteça com ele, sabe! Talvez, você não consiga dar as mesmas condições de vida que você teve, né? Tão boas quanto. E eu acho que você não consegue se sustentar financeiramente, tipo seus pais, por exemplo. Se uma pessoa, uma menina, ficar grávida e ela não for independente dos pais nesse aspecto, eu acho que aí envolve também a vida dos pais, dos avós no caso, né?! Acho que não... você fala, 'Ai, não! Vou ter filho!' Só que os pais vão ter que cuidar. A avó, a mãe, né? A avó vai ter que ficar em casa tomando conta, enquanto você vai trabalhar ou vai estudar. Eu acho que aí também tem que ter o consenso dos avós, né? Porque você não pode pegar e invadir e colocar essa responsabilidade nas costas de um pouquinho de cada um, né! Quando é uma decisão sua, eu acho que... Assim mesmo, você vê nos países em que o aborto é legalizado: não é uma coisa absurda o número de gravidez que tem, sabe. Então, ah... todo mundo fala, parece que aí é assim... tirar a vida. Eu acho que realmente é uma forma de tirar a vida. Por mais que seja minúsculo, o feto que esteja no seu útero, é uma vida que tá lá e que vai se desenvolver. Acho que é difícil você falar, 'ah, não! tá certo' ou 'tá errado'. É muito relativo.

(MARIANA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

Mariana argumenta que a legalização do aborto não iria banalizar essa prática nem tampouco aumentar o número de gravidezes. O desejo de adiar a fecundidade é equacionado em função da necessidade de continuar os estudos e garantir uma situação econômica igual à da família de origem, para poder oferecer aos filhos as mesmas condições que foram oferecidas a ela. Num momento em que a mulher não

tem essas condições e é dependente dos pais para sobreviver, ela deverá ponderar que levar adiante uma gestação acarretaria um invasão na vida dos pais, pois eles teriam que se responsabilizar pelos cuidados com mais uma criança. Na continuidade da narrativa, Mariana descreve a experiência vivenciada por duas amigas:

- *Você conhece alguém que fez aborto?*

- *Conheço.*

- *Alguém próximo?*

- *Conheço. Duas pessoas próximas.*

- *Como foi. Elas puderam contar com a família, tiveram ajuda?*

- *Uma pessoa que eu conheço, ela não contou prá família. E ela... foi só ela e o namorado.*

- *Ela foi sozinha? O namorado ajudou?*

- *Ajudou sim.*

- *Economicamente também?*

- *É, mas ela ficou muito mais desesperada do que ele, sabe? Aquela coisa que eu falo da mulher e do impacto com o homem, né! Depois ela sentiu um pouco de raiva do namorado, por causa disso. Ela falou que ela queria que o namorado sentisse a mesma coisa que ela tava sentindo, mas é uma coisa impossível, né? Porque o organismo é totalmente diferente. E ele pode ajudar ela, até onde ele podia, né? Mas ele não conseguiu tomar as dores dela, né? Prá ele, o fato dela estar grávida era um problema, mas não tanto quanto o dela. Assim... de mexer no organismo dela, de mudar totalmente o psicológico dela, sabe!? Ela também não tinha nenhuma condição financeira de se sustentar. Os pais dela eram meio rígidos. Então, foi um pouco difícil, sabe? Mas, ela falou, 'meu!'... Acho que ela queria ter prá caramba o filho só que, na hora, ela falou que não tinha como ter. Que ela não ia conseguir. Não ia ser bom pro filho. Que ela ia depositar todas as coisas ruins que tavam acontecendo com ela em cima do filho. Então, acho que tem bem aquele negócio de você... 'Ah, você errou, agora você paga', né?! Então, você tem que arcar com conseqüências. Mas acho que, às vezes, você não pode mexer quando... falar assim quando é uma vida. Quando é uma criança. Que você vai descontar em cima da criança, né?! Ou você tem que elaborar prá conseguir receber a criança bem. Mas às vezes é difícil, porque acho que querendo ou não você passa muita expectativa em cima do filho, muita responsabilidade, né! Do que você queria ser, do que você deixou de ser, por causa da gravidez precoce.*

- *E a outra?*

- A outra teve apoio dos pais.

- Acompanharam economicamente? Também ajudaram?

- Não, economicamente não. Eles apoiaram, mas falaram assim: 'Agora você também vai arcar com as conseqüências'. Os pais deixaram aberto e falaram assim: 'Você decide'. Não falaram: 'Não. Eu quero que você tenha.' Ou 'Eu quero que você aborte'. Deixaram a minha amiga decidir né?! Só que ela decidiu por tirar. Acho que, talvez pelos mesmos fatores de não conseguir dar uma boa qualidade de vida pro filho, de não estar no momento certo, de tá no meio da faculdade e ter que parar com tudo, com todos os planos futuros. De ter sido um erro bobo, né?! E o namorado, ele tinha uma vida um pouco mais estável, mas ainda não dava mesmo, né! E aí, ela decidiu por abortar. Então, como o namorado era um pouco melhor financeiramente, ele pagou tudo, o aborto, tudo, né?! Foram numa clínica meio boa, que já tinham escutado de outras pessoas que já tinham ido também. Então, tinha referência da clínica. Aí, eles foram. E minha primeira amiga, não. Ela não foi numa clínica. Ela foi na ginecologista e a ginecologista falou que ela tava grávida. E aí, acho que, eu não lembro, faz um tempo já por isso... mas ela foi meio que lá no centro da cidade, que tinha uns comprimidos que você tomava e abortava.

- Ah, ela usou esses comprimidos?

- É, não foi cirurgia, não. Foi de curetagem.

- E aí?

- E ela tomou. Era um comprimido super caro. Só que era num lugar que ela falou que... super muquifo. Porque é meio proibido, né?! É escondido. Então, ela falou que prá achar o lugar era super difícil e era um muquifo, assim. E o remédio também estava super escondido. Ela falou que ela ficou muito assustada, sabe?! E ela tava muito desesperada. Que prá chegar nesse ponto assim... de aceitar qualquer coisa! E ela tomou o remédio e aí, depois, acho que começou a menstruar. Não sei direito como foi, mas teve alguns efeitos colaterais, de vomitar, de sentir umas dores, umas cólicas, sabe?!

(MARIANA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)

O relato de Mariana indica as condições precárias às quais as mulheres se submetem para interromper a gravidez, expondo suas vidas aos riscos decorrentes da situação de clandestinidade do aborto. A centralidade do corpo feminino na experiência da gravidez e do aborto também aparece claramente: ainda que o namorado estivesse apoiando a parceira, ele não poderia nunca sentir a mesma coisa

que ela estava sentido, pois o fato dela estar grávida incide diretamente sobre o seu corpo e sua vida. Mariana continua refletindo sobre essas experiências das amigas:

*- O que você achou de tudo isso, olhando essas duas pessoas?*

*- Uma das grandes lições que eu tomei é de não cometer o mesmo erro que elas cometeram, sabe?! Acho que, talvez, se eu tivesse grávida... o mais provável, acho que seria eu ter a mesma atitude delas, de querer tirar o neném, né?! Pelos mesmos motivos, sabe?! Estou no terceiro ano da faculdade, ter que parar e começar tudo de novo. E por não desejar agora um filho, não ter nenhuma estrutura psicológica de ser mãe e de sustentar. Então, eu acho que não é legal. Nunca é legal um aborto. Nunca você fica feliz. Acho que, não é que eu sou a favor... que eu acho legal, não é assim. Eu não acho nem um pouco legal você tirar a vida de uma pessoa. Ainda mais que ela não tem culpa de nada, nenhuma. Mas, acho que se você deixar nascer, às vezes as conseqüências podem ser piores, sabe. De ter uma criança super infeliz, super problemática, de ter pais separados, né? Que é muito comum quando você é mãe adolescente, mãe precoce, da relação não dar certo, porque é uma relação muito nova, sem estrutura ainda. E quando nasce o filho, às vezes é difícil de continuar, porque é muita barra. Então, acho que, nesses casos talvez, foram bons. Acho que, na maioria dos abortos, os motivos são sempre os mesmos, né? Mais ou menos assim... dos erros do casal na hora da relação. A gente não tem estrutura depois prá ter um filho.*

*(MARIANA, 21 ANOS, ESTUDANTE DE NUTRIÇÃO)*

Partilhando da experiência das duas amigas que enfrentaram as dificuldades inerentes à condição de ilegalidade da prática do aborto, Mariana tem receio da gravidez não planejada, mas assume que faria essa opção pelos mesmos motivos delas. Ela reitera que a gravidez não planejada é um erro do casal, que comete falhas em relação à contracepção, e o aborto provocado acaba sendo a única opção de finalizar o episódio de uma gravidez precoce.

A questão da centralidade do corpo feminino no processo de gestação e do aborto e dos riscos a que a mulher se submete quando opta pela interrupção da gravidez é formulada a partir da concretude com que essa possibilidade se revela na

vida das mulheres e leva a entrevistada a recear que a gestação não planejada venha a ocorrer com ela. O receio da banalização do aborto é totalmente descartado diante da experiência concreta do aborto. Essa prática é interpretada como um último recurso que, ainda assim, para sempre marcará a vida da mulher.

*- Se eu faria? Faria, acho. Teve um dia que eu achei que eu estava grávida. Eu falei: 'Não! Pelo amor de Deus!'. Sabe quando você fica rezando, 'Ai, não quero.' Eu nunca tinha pensado de verdade, sentido que eu ia ter que fazer um aborto. Sabe eu sempre falava 'Se eu ficar grávida eu vou fazer'. Só que dessa vez que eu achei que eu estava, eu fiquei desesperada. Eu falei: 'Meu, se eu tiver que fazer...' Aí que eu comecei a pensar de fato, se eu tivesse que fazer, se tinha um nenê dentro de mim... Que coisa horrível que ia ser tirar, acho que ia ser horrível, mas eu ia tirar porque não dá! Porque acho que eu não tenho maturidade prá ser mãe. Ainda tem muita coisa... Eu ainda sou muito egoísta, sabe? Ainda tem muita coisa que eu quero fazer, sem ter que pensar em outra pessoa, só em mim. Então, eu acho que eu não ia ser uma boa mãe agora.*

*- E você compartilharia sua decisão com seu namorado?*

*- Compartilharia. Mas se ele dissesse que não, que não queria que eu fizesse, eu ia fazer do mesmo jeito. Eu ia. Porque no fundo, não que a responsabilidade fique mais com a mãe, mas pelo menos no começo da vida é muito mais ligado à mãe, sabe? Eu que ia ter que amamentar, ia parar de estudar. Ele não. Ele não ia precisar fazer isso.*

*(SIMONE, 21 ANOS, ESTUDANTE DE LETRAS)*

A opção pela interrupção voluntária da gravidez é cercada por contradições e pelo conflito. As obrigações socialmente definidas da mulher perante a maternidade e o cuidado com os filhos se chocam com a busca de autonomia e de realização pessoal em outras esferas da vida, como no trabalho ou no estudo.

No relato seguinte, a entrevistada relata sua própria experiência perante a interrupção voluntária da gravidez:

- *Eu estava sozinha, porque ele tava trabalhando e não deu prá ele ir comigo. A enfermeira ainda falou, era uma enfermeira que eu conhecia há bastante tempo também, que ela trabalhava faz tempo, ela falou assim: 'O que vai acontecer se der positivo?'. Eu falei, 'Olha, eu não sei. Eu não sei de nada'. Ela falou assim, 'Tá dando positivo'. Eu falei, 'Ái, meu Deus!'. Eu fiquei desesperada, foi um desespero e... Não sei te explicar, é uma sensação muito estranha. A minha médica falou, 'Calma! Fica calma agora'.*

(...)

- *Quando ele chegou, ele falou, 'Você foi fazer o exame?'. Eu falei: 'Fui'. Ele falou: 'Deu positivo?'. Eu falei: 'Deu'. Ái, os dois ficaram muito em choque, sabe? Mas ele me apoiou muito, sempre, sempre. Em todos os momentos, sabe? E nesse dia mesmo, ele ficou feliz. Eu não conseguia ficar. Não sei se era feliz, mas eu não conseguia sentir muita alegria, porque eu sabia que não estava preparada, nem materialmente, nem psicologicamente, como eu te falei.*

(...)

- *Você contou prá alguém?*

- *Olha, pouquíssimas pessoas ficaram sabendo. Não falei nem prá minha mãe, porque preferi deixar eles acreditando que fosse uma gastrite e porque é uma coisa que me choca muito. Porque a hora que eu deitei naquela mesa, a hora que eu entrei no hospital, o Leo falou assim prá mim: 'Olha, se você quiser, a gente volta. A gente fala que vai pegar alguma coisa no carro e vai embora'. Mas eu não conseguia me decidir. Sabe quando você não consegue se decidir? Eu sabia que ia ser uma mudança na minha vida muito grande, que eu não estava preparada e eu tinha muito medo.*

(...)

- *Que eu falo: 'Não. Não quero que ninguém passe por isso'. Porque é uma dor que é difícil de você apagar, é uma coisa que fica marcada. Por mais que as pessoas falem: 'Você tem que se perdoar e passar por cima disso e viver a sua vida'. E eu falo: 'Não dá!'*

(...)

- *Como vocês fizeram economicamente?*

- *Na época, o Léo tinha um dinheiro guardado e... Até eu me sinto muito mal com isso, porque na época... Eu sou estagiária, né? Então eu me viro, me aperto aqui, me aperto ali e consigo me virar. Pagar minha gasolina, pagar os meus livros e me virar. E ele trabalhava, então ele tinha um dinheiro guardado.*

(...)

- *Foi o diretor de um hospital. O mais impressionante foi que, a hora que ele entrou, a gente tava na recepção. Eu falei: 'Putá, esse cara!' E ele que me consultou, uma pessoa super grossa, sem*

*sensibilidade. Ele fez um exame em mim que me machucou. A enfermeira dele era uma pessoa super falsa, sabe? Você percebia, ela: 'Ah, meu amor! Vem aqui, você tá bem?'. Aí, a hora que eu tomei a anestesia... Então, quando eu tava na mesa, que eu... Sabe quando você fala, 'Não quero, não quero.' E aí quando você quer se levantar, você não consegue mais, e eu fui chorando prá mesa, eu tava assim...*

*- Eu posso ter os filhos que eu tiver, mas um eu vou adotar. Pelo menos, que é prá compensar. Não sei se eu vou conseguir compensar essa... Porque prá mim, isso nunca vai se apagar. Eu vou levar isso comigo. Mas, não sei se tem um jeito de compensar isso. Eu penso muito em adotar uma criança, sabe? É o que eu penso. Pelo menos prá tentar dar uma contornada, mas eu sei que isso não... Não tem. É uma dor muito... Vai fazer um ano, agora em setembro.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

Fabiana relata sua própria experiência desde a confirmação da gravidez até a opção pela interrupção voluntária. Ela discorre sobre a sua dificuldade para tomar a decisão até o último momento. Nesse relato, observa-se a solidariedade do parceiro que apoia a decisão de Fabiana, havendo um entedimento entre o casal. Ela menciona que, através do apoio financeiro do parceiro, foi assistida em uma clínica e não teve nenhuma sequela física. Fabiana também menciona o silêncio e o isolamento em torno da opção pela interrupção da gravidez. Na seqüência da entrevista, Fabiana segue refletindo sobre o impacto da opção pelo aborto na sua vida:

*- Eu penso muito em trabalhar com isso. Com meninas de periferia. Trabalhar a auto estima e trabalhar isso. Porque é uma coisa que, prá gente que pode fazer em lugar... Que eu tive essa possibilidade, tudo bem. Fica o psicológico. Fica marcado. A parte emocional, isso fica muito abalado. Mas, a parte física se cura. E prá quem... essas meninas que não têm onde ir, usam agulhas ou... Enfim, prá elas é muito ruim emocional e fisicamente. Então, eu penso em fazer um trabalho assim. Estou só me organizando, organizando o meu tempo, que eu quero fazer. É uma coisa que eu me propuz a fazer, porque eu não quero que ninguém passe pelo que eu passei.*

*-O que você avalia dessa experiência toda?*



- *Eu sou contra. Eu vou te falar, eu não falo prá ninguém fazer. Eu falo... Bom, é difícil quando... porque eu... Eu era contra, sempre fui contra, e fiz. Mas, quando você tá na situação, que você pode avaliar o que é, como é, se é correto, se é errado, se é bonito, se é feio.*

(...)

- *Eu comecei ver outras coisas, ver a vida de outra forma. As pessoas... encarar os relacionamentos com as pessoas de uma outra forma. Foi uma experiência de crescimento, apesar de ter sido muito negativa. Eu estou tentando ainda reverter prá uma coisa boa.*

*(FABIANA, 23 ANOS, ESTUDANTE DE GEOGRAFIA)*

A vivência do aborto provocado é marcada por conflitos e contradições. Se, por um lado, Fabiana se solidariza com mulheres que não dispõem dos mesmos recursos que ela para enfrentar a interrupção da gravidez, por outro, ela não consegue articular a sua experiência a partir de parâmetros políticos e sociais, resignificando a sua própria vivência no contexto das transformações do papel da mulher na sociedade e das relações de gênero.

A opção pelo aborto provocado representa uma experiência radical, a partir da qual Fabiana foi levada a “*ver outras coisas, ver a vida de outra forma*”. A radicalidade da vivência do aborto traz à tona os dilemas da maternidade e os desafios e conflitos que a mulher enfrenta na conquista de autonomia perante a sociedade.

#### ***IV.11.2 Falas de homens. Do controle do corpo feminino à construção de um espaço comum de diálogo.***

Se o discurso feminino se articula através da questão da centralidade do corpo feminino no processo da gravidez e do aborto, levando em conta, por exemplo, os problemas ligados aos cuidados com a criança, as mudanças acarretadas na vida da mulher e de sua família, a independência econômica, a busca de autonomia, o sentido da maternidade, o discurso masculino se estrutura a partir de outras referências. Nas falas dos homens as referências ao aborto incidem sobre a centralidade do corpo feminino e são articuladas em função da evidência da diferença biológica, que se transforma em desigualdade. Sob esse ponto de vista, o corpo feminino deve ser controlado por uma vontade externa à da mulher, seja em função de demandas sociais, seja em função de regras morais. Sobre o corpo feminino incidem relações de poder que relativizam sua liberdade de escolha. No entanto, nota-se a presença de um outro tipo de discurso que articula categorias como “diálogo”, “negociação”, “casal”, em busca de uma relação simétrica.

A seguir transcrevemos alguns trechos das entrevistas:

- *O que você acha do aborto?*
- *Eu sou contra. Tem as exceções amparadas por lei ou então por más formações genéticas e tal que até é permitido, entre aspas. Mas eu sou contra o aborto de um modo geral. Por opção da mulher eu sou contra. Acho que mesmo se fosse no meu caso, se tivesse acontecido algum acidente, eu quereria ter o filho de qualquer forma entendeu? Tem outros métodos assim de você não ter a criança prá você. Leva a criança, sei lá, tem sempre alguém por perto que vai estar acompanhando que pode criar aquela pessoa, tem caso de adoção, não sei, acho que é, sou mais, penso mais por esse lado. Se fez tem que ter. No caso de um estupro, alguma coisa, que é por lei eu respeito, se quiser*

*amparar, se quiser abortar eu respeito, mas mesmo assim ainda sou contra.*

*- Tá certo. E de quem você acha que é a responsabilidade de pensar em métodos de contracepção? Do homem ou da mulher?*

*- Acho, deveria ser de ambos né. Partindo-se, se é uma relação, um relacionamento fixo assim, acho que deve ser de ambos. Agora com relação, com relações assim, esparsas né, sem um companheiro fixo, eu acho que a mulher tem mais responsabilidade, porque quem vai levar a gravidez é ela, né? É ela que tem que pensar assim, na contracepção, mesmo porque pelo que eu vejo assim de doenças venéreas é mais fácil a mulher adquirir do que o homem também numa relação. Então acho que ela tem que tomar mais cuidado, porque a sociedade não vai, não vai tomar partido dela, vai achar que se ela não tomou cuidado, é responsabilidade dela. Ela que vai ter o filho depois, né? Se o cara sumir, quem vai estar com a criança depois? Não é ele no caso, então... mas a princípio sendo num relacionamento estável, eu acho ambos tem que ter responsabilidade.*

*(LUCAS, 24 ANOS, ESTUDANTE DE MEDICINA)*

No relato, Lucas afirma ser totalmente contra o aborto, mesmo nas exceções previstas em lei. E reitera que é contra o aborto por opção da mulher. Ele exigiria que a mulher levasse a gravidez adiante, mas não se sente obrigado a se responsabilizar pelos cuidados com a criança. Acredita que outras pessoas poderiam se encarregar desses cuidados, podendo delegá-los para familiares ou até para o Estado – através da adoção. Afirma que “*se fez, tem que ter*”. A frase expressa uma dicotomia: quem fez? E quem vai ter? Cabendo a discussão quanto ao papel do homem e da mulher perante a fecundidade. Esses papéis aparecem melhor definidos quando afirma que a mulher tem mais responsabilidade quanto à contracepção porque é ela quem vai arcar com as conseqüências da gravidez e que ela tem que ter mais cuidado pois “*a sociedade não vai tomar o partido dela*”. Nesse discurso, delinea-se claramente a assimetria de gênero, na medida em que a mulher é obrigada a arcar com todos os ônus da vida reprodutiva, sem ter autonomia para decidir sobre o próprio corpo.

- O que você acha do aborto?

- Eu acho, na minha opinião, um crime. Logicamente, tirando os casos de estupro, [que] eu coloco como possibilidade de aborto. O estupro, que acredito que é uma agressão muito grande à mulher, eu encaro como forma normal. Quando a criança nascer com alguma anomalia muito grave, eu acho que num.... Eu tenho caso na família de criança com defeitos genéticos, problemas genéticos, e é muito desgastante, muito desgastante para os pais. (...) É um desgaste muito grande tanto pra própria família, mesmo pai e mãe, e mais pra familiares que estão em volta, avós, tias, primos. É meio complicado, você praticamente, você tem de se abdicar, a família e os pais abdicarem de muita coisa na vida por causa da criança. E a criança também não, não vai ter grande... ela não vai aproveitar a vida, ela vem pra sofrer. (...) Acho que acredito, vamos dizer, que o nascimento é vida, muito bonito, mas tirando isso, acho que poderia ser aberto. Mas, em outros casos de gravidez indesejada ou qualquer outro tipo, eu sou totalmente contra.

- Você não faria?

- Não. Hoje se tivesse algum problema, vamos dizer, amanhã a minha namorada viesse a dizer 'olha você vai ser pai', eu assumiria, cuidaria, nem que daqui a dois meses a gente falasse 'olha infelizmente a gente não dá mais certo junto'. Mas assumiria, mandaria ela ter e não admitiria que ela abortasse também.

(PEDRO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

No trecho transcrito acima, Pedro manifesta-se contra o direito ao aborto, embora considere que a interrupção voluntária da gravidez seja aceitável em caso de estupro ou de uma anomalia grave. Pedro afirma que, caso uma namorada ficasse grávida, “mandaria ela ter e não admitiria que ela abortasse”, numa clara alusão a que não cabe a mulher decidir. Embora ele afirme que “assumiria” a paternidade, logo em seguida ele expressa a possibilidade de romper com o relacionamento que gerou a gravidez. Nesse sentido, a paternidade é vista sob um ponto de vista apenas teórico e moral, não acarretando mudanças significativas na vida do homem. Na prática, ao que parece, Pedro não se responsabiliza pela gravidez da parceira e pela criação do filho, cabendo à mulher exercer esse papel sozinha.

- O que que você acha do aborto?

- Olha, eu acho que não é um negócio que deva ser, vamos dizer assim, aplicado em larga escala. Não é um negócio que deva ser considerado como opção trivial. Ah! teve uma gravidez indesejada, aborto, aborto. Não é uma situação, não é uma coisa que tem que acontecer sempre. Mas, eu acho que não pode ser proibido. Porque existem situações em que o aborto se faz necessário, como situações de estupro, situações de maus tratos ou coisa assim. Se por acaso, as pessoas envolvidas no caso... se for uma gravidez de jovens... não, assim, muito jovens... só as duas partes envolvidas, se é que eles tem responsabilidade para decidir isso... mas também acho que se os pais, que são os familiares mais imediatos, chegarem a conclusão de que o aborto é a melhor saída... Mas não pode ser aquela opção tipo trivial, aquela coisa de imediato, o pessoal já leva em consideração, eu acho que não vale a pena.

- Você conhece alguém que fez?

- Aborto? Não...

- Você faria?

- Não sei, é difícil dizer. É difícil dizer. A única situação que isso poderia ter me acontecido foi com essa minha amiga e, ainda assim, ficaria difícil dizer o que aconteceria se por acaso ela tivesse engravidado. Hoje, mesmo depois de ter passado, já ter pensado na situação de forma fria, já ter vivido outras relações depois, eu acho que não conseguiria pensar de imediato. Eu me lembro que na época, estávamos mais preocupados em saber tava ou não tava, em ficar cruzando os dedos: 'não aconteceu nada, bobagem.'. Foi uma coisa que aconteceu no momento, uma bobagem, um deslize do dois, tomara que não aconteça nada e não tenha nenhum comprometimento mais. Agora se acontecesse, se a gente faria o aborto, aí não sei. Não dá para dizer isso agora porque eu teria que conversar. É uma decisão que não dependeria só de mim, dependeria dela também. Não dá para chegar e dizer: 'Aborta porque eu não quero me comprometer'. Eu acho que não é justo. Se por acaso chegassemos a conclusão de que o aborto seria a melhor saída, se fosse uma decisão dos dois, acho que uma coisa que chegou os dois a essa conclusão: sim, faríamos. Mas, a princípio, nem chegou a passar pela nossa cabeça. Pelo menos não pela minha e, se passou pela dela, acho que ela nunca me contou. Mas se chegasse a conclusão que aquela era a solução ideal, faria.

(CELSO, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)

Celso considera que o aborto não deve ser proibido apesar de manifestar restrições quanto ao direito ao aborto aplicar-se a todas as situações. Defendendo essa opção nos casos de estupro e em outras situações especiais, ele acha que o aborto também deve ser tolerado quando se trata de gravidez de pais jovens. Tendo vivenciado uma relação sexual em que a gravidez indesejada poderia ter se tornado uma realidade e analisando distanciadamente aquela experiência, Celso aponta para que a decisão sobre levar ou não a gestação à diante dependeria de uma negociação entre o casal e a parceira teria uma participação importante.

Nesse discurso, destaca-se a presença da parceira na tomada de decisão e observa-se o destaque que a figura do casal começa a delinear no universo de significações masculino. Também se destaca a instância do convencimento – a conversa entre o casal para promover a tomada de decisão.

*- Ah, tive um amigo bem próximo que teve... que a namorada dele fez um aborto. Eu acompanhei bem o caso.*

*- Como foi? Ele usavam algum método? Não? Falhou?*

*- Olha, acho que eles usavam até camisinha, mas um dia esqueceram e acabaram tendo um filho.*

*- E aí, quando chegou o momento de assumir... de ter a realidade presente da gestação, eles optaram pelo aborto? Como foi?*

*- Optaram, sim. Eles optaram pelo aborto, sim.*

*- Contaram com a família?*

*- Não, não. Tanto ela quanto ele... eles nem pensaram muito em ter o filho, não. Eles logo foram fazer o aborto.*

*- E assumiram sozinhos, sem contar com ninguém?*

*- É, eles assumiram sozinhos sem contar. Ele contou pra mim que era o amigo mais próximo. Ela talvez também tenha contado pra outra pessoa que era... mas nada... não se espalhou muito não.*

*- E quem arcou economicamente?*

- *Acho que foram os dois que arcaram. Porque tanto o meu amigo como a namorada dele trabalhavam na época e arcaram com o preço, né!*

- *Ele acompanhou esse momento?*

- *Acompanhou. Acompanhou, sim.*

- *Você percebeu como ele ficou depois disso?*

- *Olha, não é uma coisa normal ,né?! Eu não sei. Eu não conversei tanto assim... como ele ficou... mas você percebe que é sempre uma experiência meio traumática. Não é nada: 'Ah, vou na padaria comprar uns pãezinhos'. É uma coisa difícil que mexe um pouco com a vida da pessoa. Mas, aparentemente, ele não teve grandes problemas, não. Mas sempre que a gente comenta isso é um assunto meio delicado.*

- *Como seria se isso acontecesse com você? O que você faria?*

- *Depende muito. Depende muito do que a outra pessoa quer também, né?! Quando envolve duas pessoas você nunca toma uma decisão sozinho. Então, você sempre toma uma decisão com a outra parte. Então, mesmo que você queira que a sua namorada aborte, se ela não quiser, ela nunca vai abortar. E, ao contrário, também: se ela quiser abortar e você não, dificilmente vai ter o filho. Acho que a mulher tem um papel um pouco mais decisivo nessa hora. Até porque o filho quem vai carregar é ela. Mas, óbvio que a conversa sempre é dos dois. Eu acho que é difícil. Com a minha ex-namorada, acho que a gente...se fosse um pouquinho, se fosse atrás, a gente não teria filho também, não. Agora, se fosse um pouco prá frente, talvez assim... um pouco mais de... uma carreira profissional estabilizada... aí, talvez. Acho que é isso .*

*(FLÁVIO, 23 ANOS, ESTUDANTE DE DIREITO)*

No discurso de Flávio a figura do casal passa a centralidade da argumentação. Diante da evidência de que o papel da mulher é mais decisivo do que o do homem na questão da gravidez e do aborto, cabe ao homem dialogar, argumentar, conversar para influir na tomada de decisão. Nesse discurso, a esfera da negociação aparece com clareza diante da constatação de que a mulher está no centro da tomada de decisão.

- *O que você acha do aborto?*

- *Eu tradicionalmente defendo com muita convicção a liberação. Eu acho que não tem razão prá você se preocupar tanto com*

*uma vida. Milhares de vidas são perdidas aí. Prá você comer um churrasco, prá você comer uma salada. Você tá matando uma alface. Porque uma alface é diferente de um ser humano? Eu acho que é diferente. Um ser humano é diferente à medida que o ser humano tem pessoas em volta dele. Tem família, tem amigos, então aquele humano, aquele ser humano, se a vida dele for perdida é uma perda para a sociedade, então isso eu acho importante. Agora um ser humano que está dentro da barriga de uma pessoa, e que os únicos responsáveis por ele não desejam aquilo... Não, não é perda nenhuma prá sociedade, nem prá natureza. Aquilo é como um pé de alface. Não vejo nenhuma diferença. É pretensão... eu acho que é pretensão nossa achar: 'não! vida do ser humano é muito mais importante que de um porco que você comeu ontem no almoço'. Isso é coisa da igreja católica. Então eu defendo com muita convicção que é bobagem isso. E, o contrário, você acaba perdendo vidas importantes por ser ilegal, pelas pessoas, pelas mulheres terem que fazer em clínicas clandestinas. Aí, você perde vidas importantes. Essas vidas que são perdidas num acidente é que são importantes Ou mesmo nem só a vida, o trauma que é prá mulher, você ir... Não sei se é assim, mas o cara enfia as ferramentas lá e tira. Isso aí não precisa ser assim. Isso aí, se existe um, eu não sou especialista, mas eu imagino que é... se colocando uma sonda com laser, você cauteriza um feto sem dor nenhuma, sem trauma nenhum. E não é só o trauma físico, trauma psicológico da mulher tá achando que tá cometendo um crime bárbaro, em que tá fazendo isso que é... essas perdas que são importantes prá sociedade. Não a perda de um nenê, de um feto, de um ...que [não] é desejado. Todo mundo... os únicos que se importam com ele, que deveriam se importar são aqueles que é: 'Ó! eu prefiro. Eu acho que é melhor prá ele'. A mulher não está pensando só nela. Não! Os pais não estão pensando só neles, estão também pensando na criança: 'Olha a criança não é bem vinda no momento, a gente não quer isso né!'. Então é muito... eu, eu, eu acho que é uma pena.*

*- Você já viveu alguma circunstância?*

*- Não.*

*(DANIEL, 23 ANOS, ESTUDANTE DA POLITÉCNICA)*

Embora já tenhamos observado que, admitindo a possibilidade de um aborto, o discurso dos homens aponta para a dimensão da negociação que deve ser estabelecida pelo casal, cabendo conversar, argumentar, dialogar com a parceira para influenciar no processo de tomada de decisão, constatamos a ausência da referência ao direito da mulher decidir. No discurso de Daniel, apesar da defesa do direito ao



aborto e da preocupação com a saúde da mulher, ausência de referência aos direitos humanos, em especial no âmbito dos direitos reprodutivos, leva a uma radicalização do pensamento, a ponto de considerar que algumas vidas são mais importantes do que outras e que é a sociedade que deve determinar qual vida vale mais. O discurso acaba desembocando numa visão política totalitária, defendendo a supremacia dos interesses da sociedade perante o direito das minorias.

O discurso masculino coloca o problema da legitimação do direito ao aborto. Movendo-se num campo onde as referências existenciais possuem menos peso, o raciocínio esbarra na falta de referências democráticas, sobretudo na dificuldade de incorporar a questão dos direitos humanos e dos direitos reprodutivos na discussão sobre o direito ao aborto. Dificilmente encontra-se referência ao direito da mulher decidir, ou à liberdade de escolha da mulher frente às questões que envolvem o seu próprio corpo. O corpo feminino aparece cercado por determinações estabelecidas em instâncias que são exteriores à mulher e à sua vontade.

## ***V. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

O estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre o grupo de jovens estudantes universitários da USP indicou que uma das principais influências da escolaridade em relação às opções reprodutivas é o acentuado desejo de adiar a fecundidade. Esse desejo é fartamente referido nas falas dos jovens e das jovens entrevistadas e também é indicado pela baixíssima fecundidade no grupo e pela projeção da idade ideal para ter o primeiro filho após o decurso de uma década.

O desejo de adiar a fecundidade articula diversas condutas em relação à contracepção e à saúde reprodutiva, desde o uso de métodos contraceptivos até a prática do aborto provocado. A compreensão das práticas e das representações em relação à vida reprodutiva deve levar em conta os diversos aspectos envolvidos nesse processo.

Trata-se de um parâmetro do projeto dos estudantes que se equaciona com outros elementos como: a busca de autonomia perante à família, a busca de independência econômica, o desejo de ter sucesso profissional, a busca da conjugalidade igualitária e o desejo de manter ou melhorar o *status* socioeconômico. O desejo de adiar o nascimento dos filhos deve ser entendido a partir do contexto global do projeto de vida dos estudantes, no interior do qual ele adquire sentido.

Esses projetos e planos de futuro são compartilhados pelo grupo, indicando o processo de construção de uma identidade social, que supera as diferentes formas de inserção socioeconômica das famílias de origem dos estudantes e as diferenças

inerentes às carreiras escolhidas. Projetos de vida semelhantes, tanto do ponto de vista das escolhas reprodutivas quanto dos projetos e planos para o futuro, permitem constatar a construção de uma identidade social que articula o sentido das práticas em relação à vida reprodutiva e sexual.

Os estudantes têm consciência do risco da transmissão do HIV e das demais doenças sexualmente transmissíveis em práticas sexuais desprotegidas. Desse modo, o *condom* é um método contraceptivo bastante referido no grupo. Além de proteger dessas doenças, o *condom* também evita a gravidez não planejada e permite que o homem controle a sua própria fecundidade.

O alto percentual de estudantes que referiram o uso do *condom*, sobretudo na primeira relação sexual, diferencia esse grupo frente à população jovem. No entanto, o uso do *condom* está associado a determinadas situações da vida dos jovens: a primeira relação sexual, as relações sexuais esporádicas com um parceiro ou uma parceira pouco conhecidos e o início de um relacionamento com um novo parceiro ou com uma nova parceira.

No namoro, os jovens universitários tendem a substituir o *condom* pela pílula. Tratando-se de uma geração que se formou num contexto em que a epidemia de Aids já estava claramente delineada, o risco do HIV é um elemento a mais para ser enfrentado no cenário da sexualidade. Partindo do pressuposto de que o *condom* é um método obrigatório nas relações sexuais, o grupo universitário inverte os termos da negociação sexual, “*negociando*” a substituição do *condom* com seus parceiros mais “*fixos*”. A partir da opção por abandonar o *condom*, diminuindo-se a segurança em relação às doenças sexualmente transmissíveis, o casal sela uma relação de

compromisso, baseada na fidelidade, no “*respeito*” entre os parceiros, na confiança e na segurança.

Os jovens estudantes buscam parceiros ou parceiras para estabelecerem arranjos conjugais baseados na divisão das responsabilidades, dos deveres e das tarefas. A noção de conjugalidade igualitária – orientada pela simetria nas atribuições e pelo cuidado com a relação – encerra o paradigma perseguido pelos estudantes em relação ao desejo de ter uma vida em comum com o parceiro. A igualdade é valorizada, tanto pelos homens como pelas mulheres, perante a divisão de tarefas no dia a dia e o sustento do casal. Em nome desse projeto, no namoro, a liberdade ou a autonomia de cada um dos membros do casal é limitada.

No “*ficar*” – um tipo de arranjo conjugal e sexual que apresenta baixo nível de “*compromisso*” entre os parceiros – a autonomia individual sobrepõe-se ao pacto de compromisso entre o casal. Desse modo, o “*ficar*” é uma modalidade de relação onde as regras e normas que regulam o namoro não são seguidas. Mais do que a ausência das regras de conduta e das normas sociais que orientam a relação a dois, o “*ficar*” mantém um certo antagonismo com o namoro: “*não precisa apresentar a parceira para os pais e para a família*”; “*não precisa ligar todo o dia*”; “*não precisa sair todo dia*”; “*não precisa sair em todos os finais de semana*”... Essas são algumas das frases que definem o significado do “*ficar*” e que expressam sua relação de contraposição ao namoro: no “*ficar*”, a autonomia é afirmada em detrimento do compromisso e no namoro, o compromisso é afirmado em detrimento da autonomia. No entanto, o “*ficar*” também expressa uma complementariedade em relação ao namoro: em algumas falas femininas, o “*ficar*” poderia propiciar o início de um

namoro sem se correr o risco de “*assustar*” o parceiro ou, numa perspectiva mais masculina, criar as bases do relacionamento mais gradativamente.

O “*ficar*” e o namorar definem-se um a partir do outro e a noção de “*ter ou não ter compromisso*” é elemento central nessa definição. Confiança, respeito, segurança são valores centrais para o pacto de compromisso se estabelecer e esse pacto é negociado pelo casal. A sexualidade é um dos elementos articuladores dessa negociação.

No discurso das mulheres, a sexualidade está diretamente relacionada com a intimidade e com a noção de compromisso com o parceiro. A vivência da sexualidade, entre as mulheres, é orientada para o “*futuro*”, diferentemente dos homens. No discurso dos homens, a articulação entre a vida sexual e os planos futuros ou o projeto de vida a dois não é tão evidente quanto no das mulheres, embora os jovens do sexo masculino tendam a concordar em protelar o início das relações sexuais para a parceira sentir-se mais segura. Para a maioria das mulheres, por sua vez, a confiança no parceiro é fundamental para a opção de ter relações sexuais.

Confiança e sexualidade também aparecem juntas na opção pelo uso ou pelo não-uso do *condom*. A negociação que permite a passagem do *condom* para a pílula é ancorada sobre a confiança no parceiro, sobre o respeito que um parceiro deve ao outro e sobre o pacto de fidelidade. Ao abandonar o *condom*, abrindo-se mão da segurança oferecida por esse método, afirma-se o dever do outro de não ter outros parceiros sexuais fora da relação de namoro e cada membro do casal assegura seu compromisso de entrega, fidelidade, confiança, segurança e respeito. Esse pacto é reafirmado a cada vez que o casal mantém uma relação sexual.

Diante dessa dinâmica, a presença do *condom* numa relação sexual é índice de que o compromisso não está estabelecido e de que o cenário em que ela acontece aproxima-se do universo do “*ficar*”.

O significado da sexualidade é construído ao lado do significado do projeto que é compartilhado pelo grupo. O abandono do *condom* é um processo ritualizado, havendo uma dramatização das representações sócio culturais que incidem sobre a sexualidade, sobre a conjugalidade e sobre a reprodução: os membros do casal consideram que o relacionamento presente é o mais importante da sua vida e discorrem sobre a sexualidade e as relações sexuais e afetivas anteriores ao relacionamento presente; busca-se um respaldo objetivo, como o exame de sangue, para indicar a ausência de doenças sexualmente transmissíveis; partilham-se as crenças e expectativas em relação ao futuro e é estabelecido um compromisso de fidelidade entre o casal; as regras, os valores e as condutas que serão admitidas são negociadas; a mulher prepara-se para evitar a gravidez e, no momento da relação sexual, o *condom* passa a ser negligenciado.

A principal prova de confiança que pode ser oferecida é a entrega sem reservas na relação sexual. Ao abrir mão do uso do *condom*, o casal estabelece uma marca concreta, um signo exterior que afirma o pacto entre eles. Essa prova de confiança é sempre revisitada, a cada relação sexual, renovando-se o seu conteúdo. Por isso, é impossível reintroduzir o uso sistemático do *condom* sem se levantar uma suspeita sobre o relacionamento. Essa prova é estabelecida sobre o corpo. O corpo, *locus* da intimidade, é o bem mais precioso que pode ser empenhado na negociação de um projeto comum e na celebração de um pacto de compromisso.

Delimitadas as condições do namoro, a preocupação central do casal passa a ser com a gravidez não planejada e não mais com as doenças sexualmente transmissíveis. A gravidez não planejada é um elemento desagregador do projeto dos universitários, ela é o principal receio dos estudantes em relação à vida reprodutiva. No universo da regulação da fecundidade, a mulher tem precedência e o homem se vê na contingência de “*confiar*” que ela não ficará grávida. A confiança, do ponto de vista do homem, é referida principalmente em relação ao risco da gravidez não planejada, pois os recursos do homem para regular a sua fecundidade são limitados ao *condom* e ao coito interrompido.

Nos discursos das mulheres, o receio da gravidez não planejada é bastante evidente. A mulher reconhece na maternidade uma mudança de papel social capaz de desarticular seus projetos individuais. A pílula anticoncepcional passa para o centro da cena e, em geral, a mulher busca orientação médica para tomá-la.

A centralidade do corpo feminino diante das questões que envolvem a gravidez e a maternidade é a principal categoria que articula o significado da vivências em relação à regulação da fecundidade. A pílula é considerada o “*método mais natural*” para evitar a gravidez pois esse método incide sobre o corpo feminino e depende da atuação da mulher para ser eficiente. O grupo universitário assume, nessa medida, a divisão tradicional dos papéis de gênero frente à vida reprodutiva.

A centralidade do corpo feminino também é articulada nas falas sobre o aborto provocado. Apesar da maioria dos estudantes não ser favorável a essa prática, os estudantes recorrem ao aborto diante da gravidez não planejada. Observa-se, através dos discursos, a falta de referências democráticas, baseadas na noção de direitos humanos, em relação ao direito à interrupção voluntária da gravidez. Ainda

assim, tanto homens quanto mulheres tendem a reconhecer a legitimidade do recurso ao aborto provocado quando a gravidez é resultante de violência contra a mulher.

As opiniões sobre o aborto, entre as mulheres, são fortemente influenciadas pelas vivências compartilhadas com outras mulheres que decidiram interromper a gravidez. As mulheres expressam uma solidariedade em relação a outras mulheres que se submeteram ao aborto clandestino e temem que o mesmo venha a ocorrer com elas próprias. Diante das condições precárias com que o aborto clandestino é realizado, as mulheres sabem que estão correndo risco de vida e a vivência do aborto é uma experiência radical.

Entre os homens, o discurso sobre o aborto apresenta um distanciamento maior em relação às condições concretas de sua realização. Trata-se de um discurso mais teórico e encontra-se uma dificuldade em estabelecer parâmetros frente a essa situação. Ao expressarem sua opinião em relação ao aborto provocado, muitas vezes, os homens entrevistados manifestam uma visão tradicional dos papéis de gênero: o corpo feminino deve ser controlado por um poder externo em função da sua capacidade reprodutiva.

Apesar dos estudantes possuírem informações sobre os métodos contraceptivos e acesso à medicina, a contracepção e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis são cercadas por erros e esquecimentos. O estudo também indicou que os universitários têm dúvidas em relação à eficácia dos métodos modernos, especialmente no âmbito da prevenção da gravidez. A insegurança com os métodos leva a práticas equivocadas em relação à regulação da fecundidade.

O sistema de saúde é procurado principalmente pelas jovens que começam a ter relações sexuais e querem tomar a pílula. A busca de orientação médica traz à



tona as dificuldades enfrentadas pelos jovens junto aos serviços de saúde. Ainda que o grupo recorra à medicina privada de boa qualidade, observa-se que não há uma atenção especial em relação à saúde reprodutiva dos jovens e suas demandas não são adequadamente contempladas.

Os jovens do sexo masculino estão completamente à margem de um programa de atenção à saúde reprodutiva e mal conseguem acompanhar suas parceiras na consulta ginecológica. A atenção à saúde reprodutiva é reduzida à indicação do contraceptivo oral e não se vislumbra nenhum esforço significativo para incentivar a prevenção do HIV e das demais doenças sexualmente transmissíveis. Nas consultas médicas, são reproduzidos muitos dos preconceitos de gênero em relação ao processo de regulação da fecundidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e evidencia-se a dificuldade do setor médico perante a sexualidade de jovens mulheres solteiras.

Uma das etapas que marcam o processo ritualístico de substituição do *condom* pela pílula é o “*teste da Aids*”. Em geral, são os homens que se submetem a ele para provar para a parceira que não são portadores do vírus HIV. Esse teste é feito, muitas vezes, em bancos de sangue, através da doação de sangue, sem nenhum tipo de indicação médica. Os jovens submetem-se a uma situação em que não há nenhum tipo de orientação sobre o significado desse exame e de seu resultado. Os bancos de sangue não oferecem nenhum tipo de acolhimento para os jovens que querem “*testar*” o seu sangue e, caso o resultado seja positivo, esse jovem será orientado a procurar um serviço especializado, sem maiores explicações. Por outro lado, existe a questão da janela imunológica e uma infecção recente pode não ser diagnosticada através do teste. A busca dos bancos de sangue com vistas a realização

desse exame também dificulta o controle da qualidade do sangue distribuído. O teste do sangue oferece uma falsa segurança para os casais jovens, mascarando as práticas de risco que são adotadas pelo grupo.

As questões que envolvem as dificuldades de acesso dos homens jovens aos serviços de saúde na área da saúde reprodutiva revelam uma importante lacuna nas políticas de saúde dirigidas para a população jovem. Os principais textos de referência na área dos direitos reprodutivos e sexuais, como os Programas e Planos de Ação das Conferências do Cairo e de Beijing, mencionados no decorrer do presente estudo, destacam a importância da efetivação de políticas públicas na área da saúde reprodutiva e sexual de jovens e adolescentes.

Na perspectiva de incentivar novos comportamentos e atitudes entre jovens e adolescentes em relação à saúde sexual e reprodutiva, promovendo atitudes responsáveis em relação à sexualidade e à reprodução e permitindo que os jovens e adolescentes vivenciem sua vida sexual de maneira saudável e prazerosa, as políticas de saúde devem incorporar a noção de equidade de gênero e superar os preconceitos que cercam a sexualidade dos jovens e dos adolescentes e os papéis sociais de homens e mulheres perante a vida reprodutiva e sexual.

Entrevê-se nos discursos dos universitários o desejo de superar antigas determinações que recaem sobre o relacionamento conjugal e sobre as relações de gênero, mas a busca de um novo modelo é cercada de contradições e de ambigüidades. Um dos aspectos que se destaca, tanto entre as mulheres quanto entre os homens entrevistados, é o desejo de dividir as responsabilidades e as obrigações na vida cotidiana. Diante dos impasses ligados à fecundidade e à vida sexual, os

homens apontam que a busca de diálogo com a parceira é a única forma de mediação das diferenças.

Convivem e contrapõem-se, no universo das significações ligadas à vida sexual e reprodutiva, discursos que têm origem em diferentes circunstâncias históricas e sociais: o amor romântico, a conjugalidade igualitária, os papéis tradicionais de gênero... Na busca de um novo paradigma para as relações entre homens e mulheres, conceitos e idéias são apropriados, misturados e re-significados.

A incorporação, pelos setores responsáveis pela implementação de políticas públicas, dos modernos conceitos de equidade de gênero e de direitos reprodutivos e sexuais é um relevante aporte à busca das jovens e dos jovens por um mundo mais justo, mais democrático e mais igualitário.

## VI. BIBLIOGRAFIA REFERIDA

- ALENCAR JA, ANDRADE EC. O uso de contraceptivos no Brasil: uma análise da prevalência da esterilização feminina. *Dados*, 36 : 419-39, 1993.
- ALVARENGA AT, SCHOR N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Rev. Saúde e Sociedade*. 1998; 7(1): 87-110.
- ARDAILLON D. O aborto no Judiciário: uma lei que justiça a vítima. In: BRUSCHINI C, SORJ B. (orgs.). *Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil*. São Paulo: Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, 1994. p. 213-249.
- AYRES JRCM, CALAZANS GJ, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: VIEIRA EM, FERNANDES MEL, BAILEY P, MCKAY A. (orgs.) *Seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 97-109.
- BARBIERI T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. In: AZERÊDO S, STOLCKE V. (coords.) *Direitos reprodutivos*. São Paulo: FCC/DPE, 1991. p. 25-45.
- BARBOSA MHS. Sexualidade e gênero na medicina. *Cadernos Cepia*. 1998. 4: 149-57.
- BARBOSA RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA RM, PARKER R. (orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 73-88.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Eds. 70, 1977.
- BARROSO C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Rev. Saúde Pública*. 1984; 18: 170-80.
- BEAUVOIR S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s/d. 2 vols.

- BEMFAM. *Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
- BENEDICT R. *Padrões de cultura*. Lisboa: Edições Livros do Brasil, s/d.
- BERCOVICH AM, MADEIRA FR, TORRES HG. Descontinuidades demográficas. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p. 2-12.
- BERQUÓ E. Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. I. p. 93-107.
- BERQUÓ E. Brasil um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. Campinas: Núcleo de Estatística Populacional da UNICAMP, 1993. [Apresentado ao Seminário A situação da mulher e o desenvolvimento; 1993; Campinas, Brasil]
- BERQUÓ E. O crescimento da população da América Latina e mudanças na fecundidade. In: Azeredo S, Stolleke V. (coords.) *Direitos reprodutivos*. São Paulo, FCC/DPE, 1991. p. 61-71.
- BOLTANSKI L. *Prime education et morale de classe*. Paris: Mouton, 1969. (Cahiers du Centre de Sociologie Europeenne, 5)
- BOURDIEU P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BOURDIEU P. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel-Bertrand Brasil, 1989.
- BRITO ALS, RODRIGUES EM. Diagnóstico das internações hospitalares. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p. 84-101.

- CALAZANS G. Cultura adolescente e saúde: perspectivas para investigação. In: OLIVEIRA MC. (org.). *Cultura, adolescência e saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas: CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 1999. p. 44-97.
- CALDEIRA TPR. *Cidade de muros: crime segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Ed. 34/Edusp, 2000.
- CAMARANO AA. Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: VIEIRA EM, FERNANDES MEL, BAILEY P, MCKAY A. (orgs.) *Seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 35-46.
- CAMARGO ABM, YAZAKI LM. A fecundidade recente em São Paulo: abaixo dos níveis de reposição? 2002. (datilog.)
- CARVALHO AJL, SANTOS MIDA, DANZIATO OCM. Sexualidade e adolescência: discurso e prática nas instituições de saúde. In: SILVA DPM. (org.). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p. 83-100.
- CARVALHO MLO, PIROTTA KCM, SCHOR N. A participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Rev. Saúde Pública* [Periódico on line]. 2001: 35(1). Disponível em <URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp>>
- CARVALHO SN, BELLUZZO L, FERREIRA MP, NERY EG. Situação educacional e condições sociais. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. *Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. P.186-194.
- COSTA AM. *O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão da Cidadania e Reprodução, 1992.
- COUTO MT. Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução. Recife, 2001. [Tese de doutorado – Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco]

- D'ORO ACD'A. Gravidez e adolescência: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da Cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. São Paulo, 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]
- DOMINGUES CMAS. Identidade e sexualidade no discurso adolescente. São Paulo, 1997. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]
- FONSECA JS, MARTINS GA. *Curso de estatística*. São Paulo: Atlas, 1996.
- FONSECA RMGS. Mulher, reprodução biológica e classe social: a compreensão do nexo coesivo através do estudo dialético do perfil reprodutivo de mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, 1990. [Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da USP]
- GEERTZ C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- GIDDENS A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.
- GOIS A. País tem mais mães adolescentes. *Folha de São Paulo*, 2002 maio 9; cad especial A:4.
- HEILBORN ML. "Gênero, sexualidade e saúde." In: SILVA DPM. (org.). *Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades*. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. p. 101-10.
- HEILBORN ML. Vida a dois: conjugalidade igualitária e identidade sexual. In: **Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. 1992; Caxambu, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1992. p. 143-56.
- IPPF – International Planned Parenthood Federation. *Survey of world needs in family planning*. Londres: 1974.
- JORGE MHPM. Como morrem nossos jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. I. p. 209-89.
- LEVIN J. *Estatística aplicada a ciências humanas*. São Paulo: Harbra, 1987.

- LINHARES L. As conferências das Nações Unidas influenciando a mudança legislativa e as decisões do Poder Judiciário. In: ***Seminário Direitos Humanos: Rumo a uma jurisprudência da igualdade***. Belo Horizonte: 1998.
- MADEIRA FR, RODRIGUES EM. Recado dos jovens: mais qualificação. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. II. p. 427-96.
- MAMERI CP, SAAD PM, MAIA PB. Uma questão de saúde pública. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p. 42-57.
- MARCOLINO C. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. São Paulo, 1994. [Dissertação de mestrado – Fac. de Saúde Pública da USP]
- MARTINS CM, ALMEIDA MF. Diferenciais intra-urbanos de fecundidade na Cidade de São Paulo. In: **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais** [Publicação em CD-ROM]; 1998 out 19-23; Caxambu, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1998. p.75-94.
- MEIHY JCSP. *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola, 1996.
- MELO AV, YAZAKI LM. O despertar do desejo. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p. 119-25.
- MELO AV. A gravidez na adolescência: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo, 1993. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Sociais da PUC-SP]
- MELO AV. Mães adolescentes nas regiões de Governo de São Paulo. ***Conjunt. Demogr.*** (24-25): 13-27, 1994.



- MILLET K. *Política sexual*. México: Aguilar, 1975.
- MONROY A. Puberdade, adolescência y cultura juvenil. In: MADDALENO M et al. (ed.) *La salud del adolescente y del joven*. Washington DC: OPS, 1995. p.27-35.
- MORELL MGG, SILVA RS. Anticoncepção e preferências reprodutivas, São Paulo, 1986-1996. 2002. (datilog.)
- MORELL MGG, YAZAKI LM. Anticoncepção e preferências reprodutivas. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. *Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p.136-148.
- MORELL MGGP et al. Evidências para uma polêmica: a homogeneização da fecundidade e da anticoncepção na transição. 1997. (datilog.)
- MORELL MGGP, MELO VA. Declaração de nascido vivo no Estado de São Paulo: alguns resultados. *Inf.Téc. SEADE* 1995, (29): 15-60.
- MORELL MGGP. A prática de esterilizações em São Paulo: uma tentativa de caracterização. In: *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais* [CD-ROM]; 1992; Caxambú, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1992. v.2 p.61-82
- NAÇÕES UNIDAS. PROGRAMME OF ACTION OF THE UNICPD. *Reproductive rights and reproductive health: basis for action*. 1994. [on line] Disponível na Internet: <http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p07002.html>
- NAÇÕES UNIDAS. THE FOURTH WORLD CONFERENCE ON WOMEN. BEIJING DECLARATION PLATFORM FOR ACTION. 1995. [on line] Disponível na Internet: <http://www.un.org>
- OLAVARRÍA J. Desejo, prazer e poder: questões em torno da masculinidade heterossexual. . In: BARBOSA RM, PARKER R. (orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 153-74.

- OLIVEIRA JC, PEREIRA NO, CAMARANO AA, BAENINGER R. Evolução e características da população jovem no Brasil. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. I. p. 7-19.
- OSIS MJMD. Laqueadura e representação acerca da sexualidade e do papel reprodutivo. São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP].
- PAIVA V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual. In: PARKER R, BARBOSA RM. (orgs.) *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 211-34.
- PAIVA V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: BARBOSA RM, PARKER R. (orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 249-69.
- PASINI E. Fronteiras da intimidade: uso de preservativo entre prostitutas de rua. In: BRUSCHINI C, PINTO CR. (orgs.) *Tempos e lugares de gênero*. São Paulo: FCC/Ed. 34, 2001. p. 275-300.
- PARRAS M, RANCE S. Aborto e anticoncepção na interação da consulta médica: um estudo de caso. In: COSTA AO. (org.) *Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: FCC/Ed. 34, 1997. p. 225-48.
- PATARRA NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA. (org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil - a evolução do país e suas doenças*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 61-78.
- PENA MVJ. Política e população: dados sobre um Estado de duas caras. ***Physis: Rev. de Saúde Coletiva***, 1991. 1(1): 97-115.
- PERPÉTUO IHO, AGUIRRE MAC. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócioeconômicos do declínio da fecundidade no Brasil. In: ***Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*** [CD-ROM]; 1998; Caxambú, Brasil. Belo Horizonte: ABEP; 1998. P. 2997-3024.
- PERROT M. *Os excluídos da história - operários, mulheres, prisioneiros*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

- PINTO EA. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: ARILHA M, RIDENTI SGU, MEDRADO B. (orgs.) *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998. p. 101-28.
- PIOVESAN F, PIROTTA WRB. A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno. In: PIOVESAN F. *Temas de direitos humanos*. São Paulo: Max Limonad, 1998. P.167-202.
- PIROTTA WRB, PIROTTA KCM. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR N, MOTA MSFT, BRANCO VC. (orgs.) *Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p. 30-40.
- PIROTTA KCM, SCHOR N. Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo. *Rev. Saúde e Sociedade*. 1999; 8(2): 33-57.
- PIROTTA KCM. A mulher e a esterilização: do mito da emancipação ao desvelamento da subalternidade. São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP]
- PISCITELLI A. "Ambivalência sobre os conceitos de sexo e gênero na produção de algumas teóricas feministas." In: AGUIAR N (org.). *Gênero e ciências humanas: desafio às ciências humanas desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 49-66.
- PITANGUY J. Sexo e sexualidades. *Cadernos Cepia*. 1998. 4: 139-48.
- PRIORE M. *A mulher na história do Brasil*. São Paulo: Contexto, 1994.
- RAKOFF VM. Una interpretación psicohistórica del adolescente. In: MADDALENO M et al. (ed.) *La salud del adolescente y del joven*. Washington DC: OPS, 1995. p. 57-64.
- REIS AOA. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: Avatares. São Paulo, 1993. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

- RIETH F. Ficar e namorar. In: BRUSCHINI C, HOLLANDA EB. (orgs.)  
*Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: FCC/Ed. 34,  
1998. p. 111-34.
- SAAD PM, MAMERI CP, MAIA PB. Vítimas potenciais da violência. In: SÃO  
PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO.  
FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20  
anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São  
Paulo: SEADE, 1998. p. 58-73.
- SCHOR N et al. Adolescência e anticoncepção: análise do discurso das adolescentes  
grávidas e puérperas em relação à anticoncepção. In: *Rev. Bras. de crescimento e  
desenvolvimento humano*. 6,(1/2), jan-dez, 1996. p.77-86.
- SCHOR N. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso. São Paulo, 1995.  
[Tese de Livre-docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- SCHRAIBER LB, d'OLIVEIRA AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a  
saúde. In: *Interface*. 3(5), agosto, 1999. P.11-26
- SCOTT J. História das mulheres. In: BURKE P (org.). *A escrita da história - novas  
perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992.
- SERRUYA S. *Mulheres esterilizadas: submissão e desejo*. Belém:  
NAEA/UFPA/UEPA, 1996.
- SILBER T J, D'ANGELO L, WOODWARD K. El SIDA y otras enfermedades de  
transmisión sexual. In: MADDALENO M et al. (ed.). *La salud del adolescente y  
del joven*. Washington DC: OPS, 1995. p. 273- 84
- SILVA RS. Aborto provocado: sua incidência e características. São Paulo: 1992.  
[Tese de doutorado – Fac. de Saúde Pública da USP]
- SOUZAS R. Sob o signo de Marte. Relações conjugais, gênero e saúde reprodutiva  
no discurso de mulheres de baixa renda. São Paulo, 2000. [Dissertação de  
Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP]

- SUÁREZ M. A problematização das diferenças de gênero e a antropologia In: AGUIAR N (org.). *Gênero e ciências humanas: desafio às ciências humanas desde a perspectiva das mulheres*. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997. p. 31-48.
- TANAKA AC. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- VELHO G. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.
- VERMELHO LL. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991. A transição epidemiológica para a violência. São Paulo, 1994. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP].
- VIEIRA EM. O arrependimento após a esterilização feminina. In: *Cadernos de Saúde Pública*. 14(1), 1998. P. 59-68
- VITIELLO N et al. *Adolescência hoje*. São Paulo: Roca, 1988.
- WALDVOGEL B, TEIXEIRA MLP, MORAIS LCC, CASTIÑEIRAS LL. Aids, finalmente um cenário promissor. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998. p. 74-83.
- YAZAKI LM, MORELL MGG. Fecundidade é antecipada. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. *20 anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998a. p.106-18.
- YAZAKI LM, MORELL MGG. A primeira experiência sexual, conjugal e materna. In: SÃO PAULO (ESTADO) SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. *Vinte anos no ano 2000: estudos sociodemográficos sobre a juventude paulista*. São Paulo: SEADE, 1998b. p.149-52.

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA  
ENTRE  
ALUNOS DA USP

Este questionário faz parte de um levantamento sobre a saúde reprodutiva dos estudantes da USP, realizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, com o apoio da FAPESP.

Sua PARTICIPAÇÃO é super importante para que possamos conhecer as nossas dificuldades e as nossas necessidades nesse assunto tão importante para nossa vida. COLABORE, respondendo com precisão ao questionário. Você não precisa se identificar!

Responsáveis:  
Katia C. M. Pirotta & Prof<sup>a</sup>. Dr. Néia Schor  
Depto. de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP.  
Av. Dr. Arnaldo, 715 2º andar  
Tel: (011) 881-2451 e (011) 3066-7703



---

12. SE SIM, com que **idade** teve a sua 1ª relação sexual? \_\_\_\_\_ anos

---

13. Você usou algum **método** ( ) Sim

**anticoncepcional** na 1ª relação sexual? ( ) Não

---

14. SE SIM, **qual (quais)**?

- ( ) Tabela ( ) Camisinha feminina ( ) Esterilização feminina  
( ) Coito Interrompido ( ) DIU ( ) Esterilização masculina  
( ) Pílula ( ) Injeção ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Camisinha ( ) Diafragma

---

15. Você e/ou sua (seu) parceira(o) usam algum tipo de **método anticoncepcional** nos seus relacionamentos? ( ) Sim ( ) Não

---

16. SE SIM, **qual (quais)**?

- ( ) Tabela ( ) Camisinha feminina ( ) Esterilização feminina  
( ) Coito Interrompido ( ) DIU ( ) Esterilização masculina  
( ) Pílula ( ) Injeção ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Camisinha ( ) Diafragma

---

17. Onde **obtem** o contraceptivo?

- ( ) Farmácia/supermercado ( ) Através do namorado (a) ou do parceiro (a)  
( ) Posto de saúde ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
( ) Através do médico(a)
-



---

18. Quem **orientou ou sugeriu** a escolha do método? (só o principal)

- ( ) Médico (a) particular ou convênio      ( ) Posto de saúde      ( ) Iniciativa própria
- ( ) Namorado(a) /parceiro (a)      ( ) Mídia/TV/imprensa/ campanhas de saúde      ( ) Amigos (as)
- ( ) Escola/professores
- ( ) Família/mãe      ( ) Outros: \_\_\_\_\_

---

19. *Apenas para usuários(as) de camisinha*: Você já deixou de fazer uso da camisinha?      ( ) Sim      ( ) Não

---

20. *Apenas para usuários(as) de camisinha*: Se surgisse uma possibilidade de relacionamento sexual desejado por você e você não tivesse uma camisinha a mão, o que você faria?

- ( ) Teria a relação mesmo assim.
- ( ) Não teria a relação em hipótese nenhuma.
- ( ) Em determinadas situações, teria a relação.
- ( ) Não sabe.

---

21. *Apenas para usuários(as) de camisinha*: Até que ponto você usaria a camisinha num relacionamento firme/estável?

- ( ) Sempre      ( ) Nunca
- ( ) Por algum tempo      ( ) Não Sabe

---

22. Qual o **número de filhos** que você considera ideal? \_\_\_\_\_ filhos

---

23. Com que idade você acha que deveria ter o **primeiro filho**? \_\_\_\_\_ anos

---

---

24. Já teve alguma **gestação** (você ou sua(s) parceira(s))?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei

---

25. Em caso afirmativo, preencha o quadro abaixo:

|             | Resultado  | Idade de <b>ambos</b> os parceiros no término da gestação               | Tipo de parto (não se aplica no caso de aborto)                     |
|-------------|--|---|---|
| 1ª gestação | <input type="checkbox"/> nascido vivo<br><input type="checkbox"/> aborto espontâneo<br><input type="checkbox"/> nascido morto<br><input type="checkbox"/> aborto provocado | <input type="checkbox"/> do homem<br><input type="checkbox"/> da mulher | <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> cesárea |
| 2ª gestação | <input type="checkbox"/> nascido vivo<br><input type="checkbox"/> aborto espontâneo<br><input type="checkbox"/> nascido morto<br><input type="checkbox"/> aborto provocado | <input type="checkbox"/> do homem<br><input type="checkbox"/> da mulher | <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> cesárea |

***Havendo outras gestações, indique segundo o esquema, utilizando-se do verso da folha.***

---

26. **SÓ PARA AS MULHERES:** Qual a sua idade na 1ª. menstruação?

\_\_\_\_\_anos

Espaço reservado para seus **Comentários e Sugestões!**

**SUA COLABORAÇÃO FOI MUITO IMPORTANTE PARA O  
DESENVOLVIMENTO DESTE TRABALHO, RECEBA NOSSOS  
AGRADECIMENTOS!**

**ATENÇÃO:** Se você quiser colaborar com a segunda parte deste projeto, dando um depoimento mais completo sobre questões ligadas à saúde reprodutiva entre jovens universitários da USP, preencha os dados abaixo:

Nome:

Telefone para contato:

e-mail:

## ROTEIRO TEMÁTICO DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

1. **Como você vê a mulher na sociedade de hoje? E o homem?** (Explorar a família, os pais, as gerações passadas. Como o homem se sente em relação às mudanças?)
2. **O que você acha do casamento?**
3. **Você quer ter filhos?**
4. **Iria mudar alguma coisa na sua vida?** (Como fica a situação da mulher perante o trabalho? E a situação do homem?)
5. **Qual seria o melhor momento de sua vida para ter filhos?**
6. **Como seria o(a) parceiro(a) ideal?**
7. **Como são suas relações atuais?** (No decorrer da entrevista, conforme surjam as referências a ter “transado com uma amiga” ou “ficado” com alguém, por exemplo, explorar o significado dessas relações e porque elas são diferentes do namoro.)
8. **Você e seu parceiro(a) têm relações sexuais?** (Sua 1ª relação sexual foi com atual parceiro(a)? Ele(a) é da universidade? O que o(a) levou a concluir que era o melhor momento para ter relações sexuais?)
9. **Vocês usam anticoncepcionais? Qual? Por que usam esse método? Quem escolheu? No decorrer do relacionamento mudou alguma coisa em relação às relações sexuais e ao uso de anticoncepcionais?**
10. **No caso da camisinha, em que situações ela é usada? Em que situações não é usada? Como o(a) parceiro(a) age em relação à camisinha? Quando parou de usar camisinha? Quem pediu para não usar mais? Como foi a 1ª vez sem a camisinha? Em que situação voltaria a usar a camisinha?**
11. **Já teve outros parceiros? Qual método era usado?** (Explorar como é a história afetivo-sexual do entrevistado. Pesquisar se há diferença na escolha do anticoncepcional conforme o parceiro. Como os outros parceiros agiam em relação ao uso de métodos, em especial ao uso da camisinha?)
12. **Como foi a sua primeira relação? Com que parceiro(a)?** (Namorada(o) ou relação esporádica?) **Como soube que era o momento? Usou camisinha ou outro método? Como o(a) parceiro(a) se comportou em relação ao uso de método, em especial ao uso da camisinha?**
13. **Mudou algo na sua vida em relação à contracepção no decorrer dos seus relacionamentos?** (Explorar a passagem da camisinha para a pílula ou para outros métodos.)
14. (No caso de entrevistado(a) que foi ao médico para a escolha do anticoncepcional): **Como o médico orientou no uso de anticoncepcionais? O que ele falou?**

- 15. De quem é a responsabilidade em relação à contracepção?**
- 16. Como seus colegas e amigos(as) agem em relação à contracepção? Isso é conversado entre amigos?**
- 17. O que você acha do aborto? Conhece alguém que fez essa escolha na universidade? Você faria?** (Se aconteceu um aborto, explorar como foi decidido, em que tipo de relacionamento aconteceu, como agiu o parceiro, e a família, como foi feito, quem fez o pagamento. Esse fato trouxe alguma mudança na vida da mulher? e do homem?)
- 18. Na primeira questão, você respondeu como vê a mulher e o homem na sociedade atual. Agora, voltando-se para a sua vida: você se vê como aquele(a) homem(mulher) que descreveu?**
- 19. O que você achou dessa entrevista?**
- Você gostaria de dizer mais alguma coisa?**