

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

RENATA TEIXEIRA JARDIM

**O CONTROLE DA REPRODUÇÃO:
ESTUDO ETNOGRÁFICO DA PRÁTICA CONTRACEPTIVA DE
IMPLANTES SUBCUTÂNEOS NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2009

RENATA TEIXEIRA JARDIM

**O CONTROLE DA REPRODUÇÃO:
ESTUDO ETNOGRÁFICO DA PRÁTICA CONTRACEPTIVA DE
IMPLANTES SUBCUTÂNEOS NA CIDADE DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ondina Fachel Leal

Porto Alegre

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Renata Teixeira Jardim

O controle da reprodução:
Estudo etnográfico da prática contraceptiva de implantes subcutâneos na cidade de
Porto Alegre/RS.

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do
título de mestre em Antropologia Social.**

Aprovado em 15 de abril de 2009

Banca examinadora:

Ondina Fachel Leal

Orientadora. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)

Soraya Maria Vargas Cortes

Componente da Banca Examinadora. Programa de Pós-Graduação em Sociologia
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGS/UFRGS)

Arlei Sander Damo

Componente da Banca Examinadora. Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)

Ceres Gomes Victora

Componente da Banca Examinadora. Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

A pesquisa que aqui se apresenta é resultado do investimento e da colaboração de muitas pessoas que de alguma forma tornaram possível este trabalho. Devo-lhes meu grato reconhecimento.

Agradeço à minha orientadora, professora Ondina Fachel Leal, pelos ensinamentos que se refletem ao longo de todo este trabalho.

Aos professores do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS). Em especial, Ceres Víctora, que me acompanhou no início da minha inserção na Antropologia, bem como os demais professores que participaram da minha formação, como Daniela Knauth, Bernardo Lewgoy, Arlei Damo, Carlos Steil, Cláudia Fonseca e Ari Oro.

Aos colegas e amigos, pelo companheirismo, apoio e ajuda acadêmica. Principalmente, quero agradecer as discussões e companhias de campo de Miguel Nieto, Nádia Meinerz, Fernanda Tussi e Shana Hughes. Igualmente me apoiaram, neste processo de formação, os colegas de turma, especialmente Luis Felipe Murillo, pelas “aulas” de teoria antropológica, e Patricia Melotto, pelas discussões nos Seminários de Teses, e demais colegas.

A todos os integrantes do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, pelas trocas acadêmicas e pelos momentos de descontração. Neste espaço foram realizados seminários que muito contribuíram para o que apresento nesta dissertação. Por tanto, agradeço, também, Juliana Macedo, Marta Faria, Ana Luisa Gediél, Paula Sandrine Machado e Andréa Fachel Leal.

Agradeço, ainda, a CAPES, pela concessão, pelo período de 12 meses, da bolsa de mestrado.

Devo gratidão, da mesma forma, aos sujeitos desta pesquisa. Foram eles que tornaram possível a feitura deste trabalho, pois destinaram seu tempo para me explicar, conversar e me levar aos locais onde precisava ir. Meu muito obrigado

a todas estas pessoas; mas, em particular, às jovens, profissionais e líderes comunitárias que compartilharam comigo suas percepções e experiências.

Finalmente, agradeço à minha família e ao João Paulo Damiani, pelo apoio constante, tanto na decisão de escolher o mestrado em Antropologia Social quanto aos incansáveis incentivos pelo decorrer do curso. Principalmente neste momento final de completude deste processo, tua presença João, foi muito importante.

A compreensão, o carinho e apoio de todas estas pessoas neste processo foram fundamentais.

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	<u>9</u>
<u>1 TRILHANDO NOVOS CAMINHOS: PENSANDO POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA ANTROPOLOGIA.....</u>	<u>13</u>
1.1 PRELIMINARES: TEMAS E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	13
1.2 DOS DIREITOS ÀS PRÁTICAS DOS SUJEITOS: A CAMINHO DA ANTROPOLOGIA.....	15
1.3 O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO DE INVESTIGAÇÃO CENTRADO EM UMA AÇÃO GOVERNAMENTAL ESPECÍFICA: ABORDAGEM CENTRADA NAS EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS SOCIAIS.....	17
1.4 QUESTÕES METODOLÓGICAS E UNIVERSO DA PESQUISA	30
<u>2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: O CASO DA POLÍTICA DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS</u>	<u>43</u>
2.1 “PROGRAMA ADOLESCÊNCIA, UM PROJETO DE VIDA”	43
2.2 IMPLANTES SUBCUTÂNEOS: “MÉTODO MAIS EFICAZ E EFETIVO”	48
2.3 “PELO CAMINHO MAIS DIFÍCIL”: PERCALÇOS, CONTROVÉRSIAS E CONSENSOS NA TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE IMPLANTES.	52
2.4 A PROPOSTA DOS IMPLANTES SOB O OLHAR DA COMUNIDADE LOCAL E DAS MULHERES ENTREVISTADAS:.....	62
<u>3 PENSANDO PRÁTICAS, EXPERIÊNCIAS E RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS SOB A PERSPECTIVA DA TRAJETÓRIA SOCIAL.....</u>	<u>68</u>
3.1. SEXUALIDADE COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL: ALGUMAS ABORDAGENS TEÓRICAS	68
3.2 ALGUMAS NOTAS SOBRE AS TRAJETÓRIAS AFETIVO-SEXUAIS:.....	71
3.3 RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS: FICAR, NAMORAR, CASAR... ..	74
3.4 CONJUGALIDADE E GRAVIDEZ: UMA (QUASE) INSEPARÁVEL RELAÇÃO	80
<u>4 A PRÁTICA CONTRACEPTIVA DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS.....</u>	<u>94</u>
4.1 PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS E SUA INTERFACE COM AS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS E DE PARENTESCO	94
4.2 IMPLANTES SUBCUTÂNEOS: O CORPO DA TECNOLOGIA, A TECNOLOGIA NO CORPO.....	97
4.3 EU TO CONFIANDO: A EXPERIÊNCIA CONTRACEPTIVA E SUA INTERFACE COM CONTEXTO SOCIAL, A SITUAÇÃO ESPECÍFICA E AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS	103
<u>APONTAMENTOS FINAIS</u>	<u>116</u>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....121

ANEXO – QUADRO COM DADOS GERAIS DAS JOVENS ENTREVISTADAS...130

RESUMO

Este trabalho se inscreve no campo dos estudos sobre sexualidade e práticas reprodutivas e contraceptivas, no contexto do Município de Porto Alegre onde muito recentemente passou a ser disponibilizado, na rede pública de saúde, um novo método contraceptivo, o implante subcutâneo *Implanon*. Partindo de um caso específico de implementação de uma ação governamental na área de saúde reprodutiva, este estudo tem como objetivo compreender, a partir de uma perspectiva antropológica, os significados da prática contraceptiva de implantes subcutâneos para as jovens residentes na região geográfica da cidade, a Restinga e seu entorno, que foi alvo privilegiado desta intervenção pública. Como pano de fundo descreve-se e apresenta-se o processo de idealização, implementação e debate em torno desta política de saúde, assim como o conjunto de atores e agência que participaram do mesmo. Com a finalidade de conhecer o universo cultural das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva oferecida pela política municipal, analisam-se as práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas das mulheres entrevistadas, evidenciando algumas categorias e valores imputados a estas práticas e experiências. Discutem-se, a partir do contexto específico pesquisado, os significados e o universo de relações onde se dá a prática contraceptiva de implantes subcutâneos. Enfatiza-se, nesta parte final, como é que tal prática contraceptiva se conecta com as relações afetivo-sexuais, contraceptivas e reprodutivas. A partir desta contextualização foi possível perceber que os eventos envolvidos no processo de gestar e evitar gravidez pode significar e gerar diferentes consequências para os sujeitos neles envolvidos. Igualmente, a abordagem centrada nas especificidades do grupo social “alvo” da ação governamental, evidenciou as diferentes perspectivas e apropriações desta política municipal.

Palavras-chave: práticas contraceptivas; políticas públicas; saúde reprodutiva; antropologia da saúde.

ABSTRACT

Situated within the field of studies on sexuality and reproductive and contraceptive practices, this study takes as its context the municipality of Porto Alegre, where a new contraceptive method – the subcutaneous implant, *Implanon* – was recently made available through the public health system. Departing from a specific case of the implementation of a governmental action in reproductive health, the objective of this study is to understand, from an anthropological perspective, what the contraceptive implants mean for young female residents of a particular area of the city – Restinga and its surroundings – that was a target of this public intervention. As background, the process of the health policy's formulation and implementation, and the subsequent debates regarding it, is described, and the collection of participating actors and agencies is presented. With the aim of becoming familiar with the cultural universe of the women who opted for the contraceptive technology proffered by the municipal policy, the sexual, reproductive, and contraceptive practices of interviewed women are analyzed; these data bring to light some of the categories and values ascribed to aforesaid practices and experiences. The meanings and the universe of relationships in which the contraceptive practice of the implants takes place is discussed with specific reference to the research context. The last section emphasizes how such contraceptive practices connect with affective-sexual, contraceptive and reproductive relationships. Through contextualization, it is possible to perceive that the process of both becoming pregnant and avoiding becoming pregnant can mean different things and generate diverse consequences for the subjects involved. Likewise, an approach focused on the specificities of the target population of this governmental action makes plain the different perspectives on and appropriations of municipal policy.

Key words: contraceptive practices; public policy; reproductive health; anthropology of health.

INTRODUÇÃO

O debate em torno das questões de saúde sexual e reprodutiva avança junto com discussões referentes aos direitos e políticas públicas de acesso a estes. A interconexão destas questões com o desenvolvimento, crescimento econômico e pobreza evidencia que o tema da reprodução e da sexualidade abarca interesses, perspectivas e vivências diferenciadas. No campo das políticas de controle da reprodução, observam-se historicamente ações governamentais que são balizadas por um conjunto de atores, normas (nacionais e internacionais) e conhecimentos produzidos acerca das relações imbricadas entre contingente populacional, mecanismos de controle e regulação, e direitos individuais a respeito das liberdades individuais e coletivas. No que tange à especificidade deste trabalho, tais estratégias de intervenção são aqui abordadas a partir de um caso específico de uma parceria público-privada realizada entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e um Instituto de Pesquisa não-governamental, por meio da qual se implementou uma política de acesso a um novo método contraceptivo, o implante subcutâneo *Implanon*. Trata-se de contraceptivo que é inserido na parte interna do braço da mulher, de duração prolongada (três anos), que não faz parte do rol de métodos contraceptivos oferecidos pela política nacional de direitos sexuais e reprodutivos e de alto custo no mercado de fármacos.

Iniciada no final de 2006, a proposta de oferecer este novo método contraceptivo à rede pública de saúde gerou, na cidade de Porto Alegre, uma dinâmica de debates e ações de diferentes atores e agências sociais, vindo a se refletir na mídia e em outras instâncias governamentais e não-governamentais em âmbito nacional. Surgem, neste processo, discussões a propósito do papel do Estado no controle reprodutivo feminino e dos procedimentos e princípios adequados para exercer tal função. Para tanto, toma-se como pano de fundo para pensar as práticas e projetos reprodutivos e contraceptivos das mulheres de determinado grupo social, o processo de idealização, execução e debate da política municipal de disponibilização de implantes subcutâneos. Neste sentido, procura-se

verificar as diferentes perspectivas apresentadas ao longo deste processo pelos atores sociais nele envolvidos em relação às questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Desta maneira, o estudo dessa política municipal tem como objetivo perceber de que forma ela se constitui e foi implementada, e como ela é recebida e apropriada pelo seu público-alvo.

É importante destacar desde logo, o incômodo em nomear tal intervenção estatal, uma vez que esta foi fortemente criticada e não reconhecida como política pública por diversos atores sociais. Opta-se, então, em percebê-la como uma estratégia governamental que reflete uma determinada concepção estatal com relação a um fenômeno social que, no caso específico, tratou a gravidez no período da juventude como um problema social que deve ser solucionado. Além disto, é necessário inseri-la dentro de um conjunto maior de políticas públicas nacionais e internacionais de saúde sexual e reprodutiva que informam também diretrizes, procedimentos e prioridades. Neste sentido, utiliza-se o termo *política* nos termos propostos por Singer e Castro (2004: XI), ou seja, para designar o conjunto de diretrizes implementadas por uma instituição social destinadas a orientar e definir ações e meios de ação. Desta forma, designa-se *política de implantes subcutâneos*, a ação governamental realizada pela Prefeitura de Porto Alegre de disponibilização de implantes subcutâneos na rede pública de saúde, procurando perceber o conjunto de diretrizes que informam esta ação, bem como o conjunto de atores e instituições sociais que formaram e informam esta política. Ao longo do texto, utiliza-se, ainda, a denominação de *programa* ou *projeto* para se referir à política de implantes, uma vez que estes termos foram utilizados em documentos e pelos atores sociais envolvidos na discussão aqui apresentada.

Partindo do campo de estudos relativos à sexualidade e práticas reprodutivas e contraceptivas, tomam-se como foco de pesquisa os significados sociais que perpassam e constituem as práticas sexuais reprodutivas e contraceptivas das mulheres que participaram e participam desta política municipal e que residem na região da Restinga e seu entorno. O universo de pesquisa compreende, deste modo, um contexto mais amplo de discussão no que refere da política de implantes subcutâneos e o contexto social das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva oferecida pela política aqui objeto de estudo.

A metodologia utilizada contemplou a análise de documentos produzidos na idealização, execução e debate sobre a política de implantes subcutâneos;

observações pontuais em alguns fóruns de discussão e debate no que diz respeito à política de implantes; observação direta e parcialmente participante junto ao contexto social do qual fazem parte as mulheres que estão com a tecnologia no corpo e, por fim, a realização de 21 entrevistas semiestruturadas com os principais atores sociais que participaram da política de implantes, dentre os quais se destacam mulheres que optaram pela tecnologia, agentes governamentais, de controle social e líderes comunitárias.

A presente dissertação estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro apresenta o caminho percorrido para escolha do tema, o enfoque do trabalho, e os pressupostos metodológicos e epistemológicos da pesquisa. Portanto, nele é possível vislumbrar os percursos da pesquisa e conhecer um pouco da história e das características da região onde se realizou a pesquisa de campo. Do mesmo modo aqui se descreve a própria trajetória acadêmica da autora, que se iniciou com aulas e trabalhos no âmbito das Ciências Jurídicas e Sociais, e o encontro com a Antropologia e suas possibilidades de compreensão da realidade social.

O segundo capítulo aborda os principais pressupostos e atores sociais que atuaram e construiriam a política de implantes subcutâneos da Prefeitura de Porto Alegre. Nele, apresenta-se desde o projeto idealizado pela organização da sociedade civil, o percurso percorrido pelas instâncias municipais até seu reflexo na comunidade alvo da intervenção. Dentro deste processo, destacam-se as modificações e reinterpretações sofridas pela proposta inicial ao longo desta trajetória e o olhar da comunidade local e das mulheres entrevistadas no que se refere esta intervenção governamental.

O terceiro capítulo traz a discussão e os dados de campo das práticas, experiências e relacionamentos afetivo-sexuais das mulheres entrevistadas. Aqui, aborda-se de que forma se estruturam as relações afetivo-sexuais e como que estas se articulam com certos eventos como a união, reprodução e a contracepção. Apresenta-se, além disso, uma discussão acerca do olhar das Ciências Sociais no que se refere à sexualidade e à reprodução, assim como se dialoga com algumas pesquisas acadêmicas que discutem as trajetórias sociais dos jovens brasileiros.

O último capítulo trata da prática contraceptiva de implantes subcutâneos. Enfatiza-se, nesta parte final da dissertação, a relação entre práticas contraceptivas e o conjunto de instituições e atores que atuam de forma contundente nas decisões e práticas contraceptivas. Além disto, discutem-se os significados e universo de

relações onde se dá a prática contraceptiva de implantes subcutâneos, procurando perceber como, porque e de que forma esta se conecta com as relações afetivo-sexuais, contraceptivas e reprodutivas.

Após estes quatro capítulos, traçam-se alguns apontamentos finais, privilegiando alguns pontos levantados ao longo do trabalho, pensando de que forma os dados de campo, quanto aos valores, às práticas e às trajetórias das mulheres entrevistadas, contribuem para pensar as políticas públicas na área de saúde reprodutiva.

Para auxiliar na sistematização dos dados e visão mais global das trajetórias das mulheres que fizeram parte desta pesquisa, apresenta-se, ao final deste trabalho, quadro com as características mais gerais e outros elementos considerados relevantes para a discussão delineada pela presente investigação. Neste, pode-se visualizar, primeiro, os dados sócio-demográficos das jovens entrevistadas, como idade, número de filhos, situação de conjugalidade ou não, escolaridade e ocupação. Logo em seguida, apresentam-se os dados referentes à iniciação sexual; relacionamentos afetivo-sexuais, conjugalidade e gravidez; e por fim, as motivações para o uso do Implanon.

1 TRILHANDO NOVOS CAMINHOS: PENSANDO POLÍTICAS PÚBLICAS A PARTIR DA ANTROPOLOGIA

1.1 Preliminares: Temas e Objetivos da Pesquisa

Este trabalho se inscreve no campo dos estudos sobre sexualidade e práticas reprodutivas e contraceptivas, no contexto do Município de Porto Alegre onde muito recentemente passou a ser disponibilizado, na rede pública de saúde, um novo método contraceptivo: o implante subcutâneo *Implanon*. Partindo de um caso específico de implementação de uma ação governamental na área de saúde reprodutiva, este estudo foca nas mulheres residentes na região geográfica da cidade que foi alvo privilegiado de intervenção pública e que optaram pela tecnologia contraceptiva oferecida, buscando os significados sociais que perpassam e constituem as práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas destas mulheres.

A tecnologia de implantes subcutâneos tornou-se acessível no sistema de saúde de Porto Alegre no final de 2006. Trata-se de uma nova tecnologia, de alto custo no mercado de fármacos, que não faz parte do rol de contraceptivos oferecidos pela política federal de direitos sexuais e reprodutivos. Fruto de uma *parceria* entre Prefeitura Municipal e uma Organização da Sociedade Civil, a oferta deste novo contraceptivo pelos serviços municipais de saúde gerou uma série de questionamentos. Primeiro, pelo estabelecimento de uma parceria com um Instituto (na época criado há apenas seis meses) cuja finalidade era desenvolver *pesquisas clínicas*, além de destinar suas ações a *jovens pobres* ou que *cumpriam medidas de proteção* (albergadas), e teria uma vinculação com o próprio laboratório fabricante do medicamento. Segundo, que a Prefeitura estaria atuando de forma discriminatória e coercitiva ao implementar uma ação direcionada a oferecer exclusivamente um método contraceptivo a jovens de determinadas regiões da cidade, identificadas pelos seus índices de gravidez na adolescência, mas que coincidiria com o perfil étnico afro-descendente. E que, de alguma forma, a Prefeitura estaria impondo a utilização do implante subcutâneo em detrimento de outros métodos contraceptivos possíveis. Terceiro, pela adequação do método contraceptivo a jovens, pela suspeita de trazer malefícios à saúde, seja por não prevenir doenças sexualmente

transmissíveis e incentivar o não uso de método de barreira; seja por não haver estudos mais avançados a propósito dos efeitos do medicamento nesta população. Quarto, pelo descumprimento dos procedimentos adequados para a implementação de políticas públicas, ou seja, sua discussão nas instâncias técnicas competentes e nos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.

Tais discussões promoveram uma dinâmica de debates na cidade sobre planejamento familiar, gravidez na adolescência e direitos sexuais e reprodutivos. A resolução para o impasse, que se criou em torno da adoção desta política, foi determinada pelo Conselho Municipal de Saúde, quando este emitiu parecer sugerindo que a Prefeitura estendesse a distribuição dos implantes a todas as mulheres em idade fértil na cidade. Tal parecer foi acolhido pela Prefeitura e hoje podemos encontrar na cidade uma ainda maior heterogeneidade de *mulheres implantadas*¹ pela rede de saúde.

É importante mencionar que os implantes contraceptivos subcutâneos surgem no contexto da rede de saúde de Porto Alegre pela compreensão de gestores e de seus parceiros que as taxas de natalidade na adolescência, em determinadas regiões da cidade, evidencia um problema social que deve ser solucionado. No Estado do Rio Grande do Sul, há alguns anos, a prevenção da *gravidez* (identificada pelos gestores como *indesejada*) vem ganhando destaque entre as preocupações das políticas públicas de saúde reprodutiva. A chamada *gravidez na adolescência* é o principal alvo de constantes discussões na mídia e de campanhas de conscientização em escolas, como a campanha elaborada pelo Gabinete da Primeira Dama do Estado, entre os anos de 2004 e 2005, intitulada “Te liga, gravidez tem hora!”, associada, em grande medida, à compreensão de que o Estado deve atuar de forma mais *efetiva* na promoção do planejamento familiar. Neste contexto, as ações de promoção do planejamento familiar são percebidas pelos gestores como necessárias, principalmente, as que têm como foco os grupos menos favorecidos economicamente.

Ao longo deste trabalho abordar-se-á os principais pressupostos que fundamentam a elaboração desta política de saúde, assim como os atores que

¹ Usa-se o termo *implantada* para designar as mulheres que se encontram com o contraceptivo *Implanon* no corpo. Trata-se apenas de uma denominação que se escolheu e ressalta-se que, com isto, não se tem a intenção de reduzir as mulheres que fazem parte da pesquisa apenas por sua prática contraceptiva, mas uma maneira de identificá-las em certos momentos no texto. A expressão *implantada* igualmente foi encontrada em campo durante conversas informais.

participaram da sua implementação e debate. A incorporação de um recorte de classe social, para pensar de que forma esta ação governamental é recebida pela comunidade e mulheres que participaram dela, tem como objetivo, além de contribuir para uma reflexão acadêmica acerca dos processos sociais, dar, conforme bem nos adverte Fonseca (2006), um caráter de *positividade* ao modo de vida das pessoas “alvo” da intervenção. Tal abordagem tem ainda como objetivo *instrumentalizar* os agentes de intervenção que procuram, através do *diálogo* com os múltiplos atores sociais, medidas que ajudem a reduzir as desigualdades políticas, econômicas e sociais. Neste sentido, o estudo desta política municipal tem como objetivo perceber de que forma ela é recebida pelo público-alvo, buscando contribuir para a elaboração de políticas públicas *mais inclusivas*, que insiram na discussão o grupo tomado como público-alvo.

1.2 Dos direitos às práticas dos sujeitos: a caminho da antropologia

O interesse em cursar o mestrado de Antropologia Social da UFRGS surgiu pela perspectiva de buscar compreender questões sócio-culturais a partir do olhar das pessoas de segmentos populares. Foi através da experiência profissional com a elaboração de projetos sociais destinados a grupos populares e do estudo de políticas públicas, que percebi a importância deste enfoque para tais trabalhos. Vindo de uma formação em Ciências Jurídicas e Sociais, as atividades enquanto estagiária de Direito do Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres de Porto Alegre, despertaram outras questões, para além do que o referencial jurídico poderia oferecer. Aliado a esta descoberta, o contato com o Movimento Feminista e a participação em suas atividades, que muitas vezes eram realizadas em parceria com o Conselho, igualmente contribuiu para a escolha deste percurso em busca de novos instrumentos de atuação e compreensão da realidade social. A partir desta trajetória, realizou-se, então, uma pesquisa na área de políticas públicas de planejamento familiar e, posteriormente, então no curso de especialização, outra pesquisa que teve como tema a política nacional de combate à violência contra as mulheres².

² Pesquisas estas intituladas “Esterilização Feminina: na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle populacional”, sob orientação de Maria Cláudia Crespo Brauner (JARDIM, 2003) e “Políticas

Ao longo desta caminhada tornou-se claro a necessidade de se aprofundar os conhecimentos adquiridos e ampliar as perspectivas de análise e foi então que se buscou a formação em Antropologia. A idéia era discutir a questão da violência doméstica, especialmente as implicações da implementação da, na época, recém promulgada Lei Maria da Penha³. No entanto, outro tema começou a ter visibilidade na mídia e no debate feminista. Tratava-se das discussões a respeito do programa da Prefeitura de Porto Alegre, de disponibilização de implantes contraceptivos subcutâneos a jovens de regiões da cidade com prevalência de gravidez na faixa etária alvo do projeto (jovens entre 15 e 18 anos). O acompanhamento das discussões, das notícias e documentos produzidos em função desta política, assim como o contato com alguns dos atores que participaram da idealização, implementação e debates desta ação governamental ajudaram a ir formatando a presente investigação.

A partir de um olhar mais antropológico, foi possível incorporar na análise as práticas e experiências cotidianas que são compartilhadas em torno de um padrão de vida. Portanto, não apenas o olhar dos direitos, do Estado ou da perspectiva feminista, no que se refere aos processos políticos, mas também o olhar do *público alvo* destas intervenções, ou seja, dos grupos sociais que são eleitos para receber tais políticas públicas. Entende-se que esta nova abordagem permite com que seja possível a compreensão e a análise das diferentes perspectivas em relação ao processo de implementação de certa ação governamental na área de saúde reprodutiva. Para tanto, foi necessário inserir na pesquisa o olhar das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva *Implanon*.

O presente trabalho optou por focar nas mulheres residentes na região onde se iniciou a política de implantes subcutâneos e contexto no qual foi aplicado o maior número de implantes subcutâneos e que se tornou local de referência desta ação governamental. Isto permitiu que a pesquisa pudesse dar conta de como esta comunidade e as mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos receberam esta política. Consequentemente, além de entrevistas com as mulheres, o contato com líderes comunitárias, agentes e profissionais de saúde e

Públicas de Combate a Violência contra as mulheres: em busca de novas estratégias de ação”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Balena Duarte (JARDIM, 2006), respectivamente.

³ A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) reformulou o procedimento judicial dos processos envolvendo *violência doméstica e familiar contra as mulheres* e instituiu uma política de prevenção, assistência e proteção aos sujeitos envolvidos na relação de violência alvo da Lei.

o trabalho de campo em outros espaços de participação da comunidade foram importantes para a compreensão do significado desta ação governamental naquela comunidade.

O estudo dos temas clássicos da Antropologia foi trazendo outras interrogações de pesquisa, como as questões de corpo e saúde, ampliando-se, da mesma maneira, o olhar sobre a questão. Há uma vasta bibliografia acerca das práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas, que incluem a perspectiva do corpo e da saúde que apontam para a importância de categorias como as relações afetivo-sexuais, de gênero e idade na compreensão destas práticas. Inspirado nestes trabalhos, principalmente os desenvolvidos pelo NUPACS (Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), o foco desta pesquisa buscou centrar nas práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas, inserindo o uso do implante contraceptivo na trajetória social das mulheres que optaram por esta tecnologia contraceptiva.

Partindo desta perspectiva, novas questões surgiram no horizonte de investigação: “De que forma a prática contraceptiva de implantes subcutâneos se insere dentro do conjunto cultural de padrões sexuais e reprodutivos e contraceptivos do grupo eleito para receber a ação governamental? Quais são as motivações e intenções que perpassam a prática contraceptiva de implantes subcutâneos? De que forma a prática contraceptiva de implantes subcutâneos se insere dentro das trajetórias sociais das mulheres? Qual é o significado da prática contraceptiva de implantes subcutâneos no que diz respeito aos projetos das mulheres de grupos populares? Ou seja, de que forma se operacionaliza as relações entre os sujeitos envolvidos nesta prática contraceptiva e o contexto cultural local?”

1.3 O percurso de construção de um objeto de investigação centrado em uma ação governamental específica: abordagem centrada nas experiências e práticas sociais

Como foi dito, a pesquisa aqui desenvolvida se inscreve no campo de estudos sobre sexualidade e práticas reprodutivas e contraceptivas em um contexto específico. Centrando nas especificidades da prática contraceptiva de implantes subcutâneos, a pesquisa busca compreender, a partir de uma perspectiva

antropológica, de que forma estas experiências são vivenciadas e postas em prática pelos sujeitos sociais. Desta forma, tomou-se como objeto de pesquisa a prática contraceptiva de implantes subcutâneos de mulheres de grupos populares na sua dialética entre o contexto social e os sujeitos envolvidos na prática de implantes, com suas intenções e motivações, questionando os significados que perpassam e dão sentido a essa prática.

O contexto social é entendido aqui como a cultura particular de *grupos populares* em contato com esta ação governamental. O estudo do contexto social no qual ocorre a prática contraceptiva é de extrema relevância para a compreensão do sentido desta prática, pois explica de que forma os sujeitos fazem uso (ou não) dos recursos contraceptivos a partir de suas práticas cotidianas. Neste sentido, adota-se aqui o conceito de *cultura de grupos populares* para destacar as diferentes visões de mundo e estilo de vida entre os idealizadores da ação governamental e a comunidade alvo da intervenção. Pressupõe-se, portanto, que existe, na cidade de Porto Alegre, contexto onde estão inseridos os principais atores envolvidos na política de implantes (ao menos os atores diretos), aquilo que Duarte (1986) denominou de *níveis de compartilhamento cultural*. Neste sentido, segue-se a proposta de Duarte do uso do termo cultura para recortes *situacionais*, ou seja, que “os diversos níveis em que o recorte observador (...) se possa deter possam ser chamados igualmente de cultura” (DUARTE, 1986: 123).

Este recorte situacional busca evidenciar, além das diferenças entre grupos sociais, as similitudes dentro do grupo social aqui objeto de estudo e se afina com o que Bourdieu (2007a; 2007b) chama de *espaço social*. Ou seja, um espaço que construído pelo pesquisador com o objetivo de organizar as experiências e as práticas dos sujeitos em termos explicativos, indicando as diferenças que separam os grupos sociais:

(...) as classes sociais são apenas classes lógicas, determinadas, em teoria e, se pode dizer assim, no papel, pela delimitação de um conjunto – relativamente – homogêneo de agentes que ocupam posição idêntica no espaço social (BOURDIEU, 2007: 29).

O referencial de classe social, na produção acadêmica brasileira relativo a grupos populares (DUARTE, 1986; FONSECA, 2004, entre outros), está ancorado no recurso teórico de percebê-la enquanto um *espaço de distinção*, ou seja, enquanto uma *unidade de sentido*. Fonseca (2004), por exemplo, utiliza o recorte

classe popular para enfatizar a alteridade dos grupos populares e defini-los em termos de espaço social. Em seu trabalho sobre o cotidiano de grupos populares, Fonseca procura situar o grupo “dentro do contexto da sociedade abrangente para compreender os códigos de valores que regem as interações entre moradores da vila” (FONSECA, 2004: 18).

Para tanto, a compreensão deste contexto local passa, segundo Geertz (2001), pela oposição entre o *saber local* e o *outro*, aqui entendido enquanto o contexto de cultura de classe popular e os outros segmentos sociais. Na perspectiva de Geertz (1989), a cultura é compreendida como uma *teia de significados*, tecida pelos sujeitos que dela fazem parte, cabendo ao antropólogo apreender e apresentá-la. Ou seja, é um *contexto* dentro do qual podem ser descritos acontecimentos sociais, comportamentos, instituições e processos. Além disso, a cultura consiste em *estruturas de significados socialmente estabelecidas* que informam os sujeitos. Nesta acepção:

Os padrões culturais têm um aspecto duplo, (...) eles dão significado (...) à realidade social e psicológica, modelando-se em conformidade a ela e ao mesmo tempo modelando-a a eles mesmos.

[...] Eles modelam induzindo (...) [o sujeito] a um conjunto distinto de disposições (tendências, capacidades, propensões, habilidades, hábitos, compromissos, inclinações) que emprestam um caráter crônico ao fluxo de sua atividade e à qualidade de sua experiência (GEERTZ, 1989: 69-70).

Ao contextualizar a prática contraceptiva de implantes subcutâneos dentro da cultura de grupos populares, procura-se, então, conferir ao conceito de cultura, ambos os sentidos apontados por Ortner (2006:18): Primeiro, que a cultura modula esquemas e subjetividades através dos quais as pessoas veem, atuam, sentem e imaginam o mundo ao seu redor. Além disso, dentro deste contexto, engendram-se as relações de poder e desigualdades. Segundo, que a cultura está em constante produção, contestação e transformação, incorporando e tentando dar forma a velhos e novos pensamentos, sentimentos e ideologias. Neste sentido, o enfoque nas práticas sociais permite demonstrar como o sistema simbólico e as desigualdades materiais estão conectadas com a prática da vida cotidiana e são mutuamente reforçadas (MOORE; SANDERS, 2006: 12). Ou, nos termos de Geertz (1989: 12), “deve-se atentar para o comportamento, (...) pois é através do fluxo do comportamento – ou mais precisamente da ação social – que as formas culturais encontram articulação”. Já o recorte de classe popular permite compreender a

prática de implantes contraceptivos dentro do conjunto de relações locais de gênero, de poder, de conjugalidade e geração que engendram certas estratégias, intenções e improvisações. Desta maneira, será abordado de que forma a prática contraceptiva de implantes subcutâneos é inserida dentro deste contexto social, bem como de que forma ela é moldada e transformadora deste contexto.

Ao construir o objeto procurando entender a lógica das relações entre diferentes grupos sociais, como os interventores, os idealizadores e a comunidade que recebe este recurso contraceptivo, torna-se necessário, além de colocar estes atores sociais em espaços sociais distintos, demonstrar as diferenças de sentido da prática contraceptiva de implantes subcutâneos, para os médicos, para a Primeira Dama do Município, para uma jovem sem filhos da comunidade, e para uma mulher, unida há algum tempo, que não deseja ter mais filhos, que estava na *fila* para a esterilização e conta com 25 anos. Procura-se, pois, demonstrar a heterogeneidade de perfis e de estilos de vida dos sujeitos envolvidos nesta política municipal.

A noção de *trajetória* imprime à análise uma dimensão *processual e temporal* nas experiências dos sujeitos. A reconstituição do percurso de experiências vivenciadas pelos sujeitos ao longo de sua vida permite, por um lado, evidenciar o processo de aprendizado de certos valores, atitudes, práticas e padrões de conduta, e, por outro, as transformações, adaptações e reelaborações deste conjunto cultural aprendido. Além disto, permite captar os deslocamentos e a dinâmica de papéis e práticas sociais que os sujeitos acionam nas situações específicas. Assim sendo, é um dos conceitos que são apropriados neste estudo para a compreensão das práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas. Ela nos ajuda a organizar o percurso de experiências e práticas das mulheres que fazem parte desse estudo e compreender como a prática de implantes subcutâneos se insere em suas vidas. A perspectiva da trajetória social permite, ainda, alargar o escopo para pensar outras dimensões importantes relacionadas com a sexualidade, como a conjugalidade, a reprodução e as práticas contraceptivas.

Seria difícil pensar *trajetória social* conceitualmente sem levar em conta os trabalhos de Bourdieu. Bourdieu (2007b) utiliza o conceito de trajetória como ferramenta metodológica para apreender a sequência de posições sociais que o indivíduo ocupa ao longo da sua vida. A noção de trajetória é definida por Bourdieu como:

[...] uma série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo), em um espaço ele próprio um devir e submetido a transformações incessantes (BOURDIEU, 2007b: 81).

E que, deste modo:

[...] não podemos compreender uma trajetória (ou seja, o *envelhecimento social* que, ainda que inevitavelmente o acompanhe, é independente do envelhecimento biológico), ao menos que tenhamos previamente construído os estados sucessivos do campo no qual ela se desenrolou; logo, ao conjunto de relações objetivas que vincularam o agente considerado – pelo menos em certo número de estados pertinentes do campo – ao conjunto dos outros agentes envolvidos no mesmo campo e que se defrontam no mesmo espaço de possíveis (BOURDIEU, 2007b: 82).

Revela-se desta leitura, novamente a idéia de que as práticas e escolhas realizadas pelos sujeitos ao longo da vida operam dentro de um espaço de relações possíveis, previamente constituído pelo conjunto de relações objetivas (BOURDIEU, 2007b: 82). Retomando um pouco o que se discutiu sobre a noção de *espaço social*, este espaço é, segundo Bourdieu, um *espaço de diferenças* que organiza os agentes pelas suas *posições sociais e tomadas de posições* em relação às outras posições ocupadas por outros agentes. A articulação destes dois níveis (*sistema de posições* e *sistema de tomada de posições*) é realizada por intermédio do *habitus*, que opera na unificação das *características intrínsecas e relacionais* de uma posição social traduzindo-as em *signos de distinção*, ou seja, em um *estilo de vida unívoco* (BOURDIEU, 2007a: 21-22). Portanto, para Bourdieu, a vida de uma pessoa deve ser compreendida, para fins sociológicos, levando em conta a *matriz das relações objetivas* entre as diversas posições ocupadas pelos agentes ao longo da vida.

De tal modo, podemos pensar que as práticas, escolhas e *projetos* correlacionados com o campo da sexualidade e da reprodução se definem na relação entre o conjunto de disposições e motivações (o *habitus* no sentido de Bourdieu) incorporado ao longo do processo de socialização, que se traduzem em *signos distintivos*, ou seja, em marcas sociais (diferenciais de gênero, classe e geração, por exemplo) e a situação, no momento específico no qual elas são acionadas no espaço social. Neste sentido, conforme será visto nas abordagens dos autores que discutem a aplicação da *trajetória social* para pensar práticas, valores e experiências vinculadas à sexualidade, a construção desta *matriz de relações objetivas* permite delimitar certas trajetórias sociais relacionando-as com certas inscrições sociais como gênero, classe social e etapa do ciclo de vida.

O foco proposto na presente pesquisa provém de uma metodologia distinta da proposta por Bourdieu, uma vez que extrapola o escopo deste trabalho uma investigação das relações objetivas que determinam o *habitus* e que levariam a determinadas escolhas reprodutivas e contraceptivas. No entanto, a concepção de trajetórias individuais que se dão em um determinado contexto social, o qual delimita e oferece possibilidades de escolhas e percursos para os atores, fez parte da reflexão para se pensar como a política de implantes contraceptivos se insere na vida destas mulheres.

Dito isto, este trabalho busca pensar os modos de viver a sexualidade e reprodução de um determinado grupo de mulheres de segmento popular e que se distinguem entre si no que se refere tanto ao momento nos seus respectivos ciclos de vida quanto à trajetória escolar-profissional, afetivo-sexual, reprodutiva e contraceptiva. São mulheres entre 13 e 27 anos, que são casadas ou solteiras; com filhos ou sem filhos, que projetam novos filhos ou que não possuem mais a vontade de ter filhos; que trabalham ou que não trabalham; que foram mães antes dos 15 anos ou que não foram; que utilizaram diferentes métodos contraceptivos ou que nunca haviam utilizado. Para dar conta desta heterogeneidade, o conceito de trajetória ajuda a organizar os diferentes percursos percorridos por estas mulheres, permitindo, também, delimitar certos *projetos* e compreender suas práticas contraceptivas, como a dos implantes subcutâneos.

Toma-se aqui a idéia de *projeto* enquanto uma *ação* direcionada para se atingir determinados fins, no sentido de Schutz (1932 [1979]) e que são elaborados e construídos em função das experiências socioculturais, sendo dinâmicos e constantemente reelaborados ao longo da trajetória dos sujeitos (VELHO, 2004b). Tais reelaborações produzem (ou permitem produzir) reinvenções e metamorfoses⁴ do sujeito:

Os projetos constituem, portanto, uma dimensão da cultura, na medida em que sempre são expressão simbólica. São *consciente e potencialmente públicos*, estão diretamente ligados à organização social e aos processos de mudança social. Assim, implicando em relações de poder, são sempre políticos (VELHO, 2004b: 33-4).

⁴ Utiliza-se aqui a idéia de metamorfose proposta por Velho enquanto um *potencial de metamorfose* que “permite, em geral, aos indivíduos transitarem entre diferentes domínios e situações”, ou seja, “trata-se de uma característica mais generalizada da sociabilidade contemporânea, que faz com que todos, potencialmente, possam participar de *n* códigos e mundos” (VELHO, 1994: 82).

Além disto, tais projetos são construídos dentro de um *campo de possibilidades* socialmente dadas, ou seja, “circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes.” (VELHO, 2004b: 27). Destarte, pode-se pensar que, dentro de um contexto no qual há uma diversidade de trajetórias, experiências e visões de mundo, acerca do bom e do desejável, no que diz respeito a projetos vinculados à reprodução e sexualidade (quando ter filhos, com quem ter filhos, quando ter a primeira relação sexual e etc.) haverá uma multiplicidade de projetos e práticas sociais. Tais diferenças podem gerar conflitos, principalmente quando esta diversidade é colocada em questão, como no caso da gravidez no período da juventude. Por exemplo, no campo da biomedicina, um projeto reprodutivo antes dos 20 anos de idade é visto como problemático, visto que nas suas concepções se estaria rompendo ou desestruturando com o desenvolvimento (biológico e social) desta jovem (HEILBORN *et al*, 2006). É corrente nas classes médias da nossa sociedade (de certa forma, também, fortemente informada por este discurso biomédico apresentado anteriormente) a percepção de que o projeto reprodutivo e familiar deve estar subordinado ao projeto escolar e profissional.

Consequentemente há que se questionar se, para as pessoas que pertencem a outros extratos sociais, que adquiriram, ao longo do processo de socialização, outras percepções, valores e visões de mundo, irão formular e relacionar tais projetos da mesma forma. No que tange às especificidades de grupos populares, Sarti (1996: 60-63), por exemplo, apresenta como, neste contexto, os projetos de *melhorar de vida* nunca são concebidos de forma individual, mas em termos de complementaridade entre homem e mulher, que é constituída através de um projeto familiar que se inicia com o casamento⁵. Tal configuração está conectada com o universo de valores característicos dos grupos populares, no qual as obrigações morais em relação aos familiares ou ao conjunto de pessoas *com quem se pode contar* são fundamentais.

Dando conta desta particularidade dos grupos populares apresentada por Sarti (1996), a noção de projeto é, então, apropriada nesta pesquisa para pensar o conjunto de atores envolvidos nas redes de relações que intervêm nos projetos

⁵ Conforme Sarti, o projeto do casamento está indissociado de outros dois elementos, a casa e os filhos: “Quem casa, quer casa, mas não apenas isso. (...) É inconcebível formar uma família sem o desejo de ter filhos. A idéia de família compõe-se, então, de três peças: o casamento (o homem e a mulher), a casa e os filhos” (SARTI, 1996: 50).

contraceptivos, reprodutivos e afetivos das mulheres que fazem parte desta pesquisa e que, além disso, possuem projetos ou os imputam. Assim, pergunta-se de quem são estes projetos de não-reprodução, principalmente quando se enfoca nas relações assimétricas de gênero e geração. Questionam-se até que ponto pode aferir que se trata de um projeto individual, certas decisões contraceptivas, quando a mulher depende de um conjunto de apoio pessoal para determinadas decisões ou sofre restrições em sua autonomia. Nesse sentido, o conceito de trajetória permite visualizar a dinâmica de construção de diferentes projetos, como o movimento dos diferentes atores envolvidos na construção e implementação destes projetos.

Ortner (2007) nos lembra, contudo, que, mesmo os sujeitos que se encontram nas margens do poder exercem algum tipo de *agência* sobre suas próprias vidas. Isto é, mesmo que certos projetos relacionados com a reprodução e sexualidade sejam condicionados por um conjunto de constrangimentos exercidos, ora pelas condições sócio-culturais e/ou pelo poder instituído a certos atores sociais, haverá sempre um espaço para elaborações ou resistências. Tal capacidade é definida pela autora enquanto poder e enquanto capacidade de perseguir projetos:

Em um campo de significado, “agência” tem a ver com intencionalidades e com o fato de perseguir projetos (culturalmente definidos). No outro campo de significado, agência tem a ver com poder, como o fato de agir no contexto de relações de desigualdade, de assimetria e de forças sociais. Na realidade, “agência” nunca é meramente um ou outro. Suas duas “faces” – como (perseguir) projetos ou como (o fato de exercer ou de ser contra) o “poder” – ou se misturam/transfundem um no outro, ou mantêm sua distinção, mas se entrelaçam em uma relação Moebius. Além disso, o poder, em si, é faca de dois gumes, operando de cima para baixo como dominação, e de baixo para cima como resistência (ORTNER, 2007: 58).

A agência de projetos é, para Ortner, a dimensão mais importante do conceito de agência. Nos termos da autora, a agência no sentido de realização de projetos (culturais) seria a vida “socialmente organizada em termos de projetos culturalmente constituídos” que dão à vida significados e propósitos. Sendo os propósitos, desejos ou intenções, gerados a partir de diferenças estruturalmente definidas entre categorias sociais e diferenciais de poder (ORTNER, 2007: 66).

No que se refere às práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas, existem trabalhos importantes que procuram situar tais práticas nos contextos de grupos populares. Outras categorias, como relações afetivo-sexuais, relações de gênero e idade, identicamente são importantes para as análises. Tais trabalhos demonstram certos padrões sexuais, reprodutivos e contraceptivos, sendo alguns de maior

abrangência tratando de esquematizar uma cultura sexual e reprodutiva de grupos populares. E é neste contexto de estudos que se insere este trabalho com mulheres de grupos populares que optaram como prática contraceptiva os implantes subcutâneos. Tais estudos mostram que o sentido das práticas sexuais, reprodutivas, contraceptivas e afetivo-sexuais pode ser revelado a partir do contexto cultural no qual o indivíduo está inscrito.

Os estudos na área do corpo e da saúde vão tomar como *locus* de pesquisa os significados culturais atribuídos às práticas e as concepções no que refere a corpo e a saúde-doença. Nesta interconexão, a sexualidade e a reprodução aparecem como dimensões privilegiadas nos trabalhos. Em diálogo com a perspectiva médica, a antropologia da saúde procura entender e explicar a maneira como os diferentes grupos sociais percebem os seus fenômenos corporais que dizem respeito à saúde e à doença. Os esforços iniciais da subdisciplina do corpo e da saúde/doença se concentraram na oposição ao “reducionismo biomédico”, visando à desconstrução da percepção de uma “naturalidade” das experiências do adoecimento. Porém é na década de 80 que a antropologia da saúde/doença passa a estudar a “experiência”, com o objetivo de superar a dicotomia razão/emoção, corpo/espírito. Neste período o corpo é tomado como palco ativo da experiência ou da vivência dos sujeitos (DUARTE, 1998: 17).

Nesta linha de investigação antropológica, estudos sobre a experiência da sexualidade e da reprodução de grupos populares tomam o corpo como *locus* privilegiado para a compreensão das práticas contraceptivas (VICTORA, 1991; LEAL e FACHEL, 1995; LEAL *et al*, 1996). Os estudos que se passa a apresentar, neste momento, são importantes para a pesquisa de novas práticas contraceptivas porque pesquisam o contexto social de grupos populares e explicam de que forma os sujeitos mobilizam os recursos contraceptivos a partir de seus valores e possibilidades sociais. Desta forma, pensar em uma nova prática contraceptiva necessariamente passa pelo estudo da situação anterior à oferta deste, para então perceber as especificidades desta nova tecnologia no contexto de classe popular. O enfoque no corpo permite, ainda, aventar as especificidades deste recurso contraceptivo em relação com o corpo, de que forma ele é incorporado e, assim, como se dá a experiência de estar com a tecnologia *Implanon* no corpo.

Em estudo etnográfico referente a práticas e representações a respeito do corpo, sexualidade e reprodução de mulheres de grupos populares, Victora aborda

as práticas contraceptivas a partir do levantamento do contexto social – das relações de gênero e das relações familiares – no qual as práticas são vivenciadas (VICTORA, 1991: 143). A autora busca no contexto social, o qual denomina como *universo feminino*, a produção de sentido destas práticas. Para sua análise, utiliza representações gráficas do corpo para abstrair a lógica específica que ordena as representações de corpo e reprodução. Trabalhando com as imagens corporais do aparelho reprodutivo do grupo pesquisado, Victora procurou observar de que forma o corpo adquire significado através da experiência social dos sujeitos, destacando que:

O que se passa no corpo, ou seja, as práticas e mesmo as sensações corporais, estão condicionadas às maneiras socialmente reconhecidas de sentir, agir, estas, por sua vez, variáveis conforme a posição social – seja de classe, sexo ou idade – do agente social (VICTORA, 1991: 146).

Victora (1991) observa que, mesmo as mulheres do grupo pesquisado ter acesso à informação e ao conhecimento dos métodos contraceptivos, elas reinterpretam estas informações a partir do referencial cultural no qual fazem parte. Conforme a autora, no grupo pesquisado por ela, “as mulheres possuem uma representação do funcionamento dos seus corpos e dos seus aparelhos reprodutores como um sistema singular” (VICTORA, 1991: 178). Conclui a autora que esta percepção personalizada influencia na utilização da contracepção. Entre seus achados de campo (todavia recorrente em pesquisas em grupos de mulheres de classe popular) está que as mulheres entendem que seu período fértil se sobrepõe ou está imediatamente vinculado ao período menstrual.

Outras pesquisas (LEAL e FACHEL, 1995; LEAL, *et al*, 1996), que abordam a temática sexualidade e práticas reprodutivas e contraceptivas, tomam como objeto de investigação homens e mulheres. Trata-se de uma novidade no campo, uma vez que pesquisas relativas à saúde reprodutiva eram predominantemente estudos sobre mulheres. Esta virada tem como objetivo abordar a reprodução e a sexualidade de homens e mulheres de maneira relacional, ou seja, as relações entre masculinidades e feminilidades (LEAL, BOFF, 1996: 121). Tais pesquisas também trabalharam com representações de corpos masculinos e femininos. Estes trabalhos são de extrema importância para a construção do objeto de investigação aqui delineado. Apontam que, para a compreensão das práticas reprodutivas e sexuais, e

das práticas contraceptivas, é preciso investigar o universo de valores masculinos e femininos, buscando apreender a lógica cultural dos sujeitos envolvidos nas práticas.

Leal (2001) em trabalho que reúne uma série de dados sobre práticas contraceptivas de homens e mulheres, chama a atenção para a influência das concepções de corpo e da reprodução específica de grupos populares para o uso e administração de contraceptivos. A autora, então, destaca que não faz sentido na lógica do grupo estudado, por exemplo, a suspensão da contracepção oral coincidir com o período menstrual, uma vez que este é compreendido como o período fértil da mulher. A diminuição do fluxo menstrual ocasionada pelo contraceptivo oral igualmente é visto como *problemático* pelos sujeitos de classe popular, porque entendem que “retém um sangue que deveria sair” (LEAL, 2001: 30-1). Da mesma maneira, no contexto de grupos populares, tais representações sociais referentes ao corpo, apresentadas nos estudos citados acima, somadas com uma “rotina diária incompatível com a utilização regular de anticoncepcionais orais” (VICTORA, 1991:168), acarretam em recorrentes gestações não previstas e o consequente descrédito com a eficácia do método contraceptivo oral (LEAL, 2001:31).

Já o Dispositivo Intra-Uterino (DIU) é visto com desconfiança pelos grupos populares. Victora (1991:169) aponta que muitas mulheres que estudou sentiam medo de colocar o dispositivo por não saberem aonde “ele vai”. Leal (2001: 31) do mesmo modo indica que o método, “por causar períodos menstruais longos e fora do período”, também não faz sentido para as lógicas locais, as quais conectam a menstruação como o período fértil. Além do que, a menstruação leva a uma “evitação masculina no que se refere às relações vaginais” – uma vez que o sangue menstrual é visto como *sujo* – acarretando em outras formas de contato sexual, que são percebidas pelas mulheres como violentas (LEAL, 2001: 31). Estes estudos apresentam de que forma se estrutura a *coerência da lógica da reprodução* em um grupo popular e demonstra a percepção de eficácia limitada do contraceptivo oral e a desconfiança em relação aos métodos contraceptivos em geral. Tais configurações populares levam a uma demanda por outros métodos que se adequem à cultura desse grupo, como a esterilização feminina, o aborto ou outros métodos tradicionais (LEAL, 2001:35).

Faria (2008) apresenta em seu estudo, realizado na cidade de Curitiba com usuárias de um serviço público de saúde, a demanda crescente pelo contraceptivo injetável. Segundo a autora, tal demanda está associada ao que as pesquisas

apresentadas anteriormente apontavam, ou seja, para o descrédito em relação aos outros métodos contraceptivos oferecidos (contracepção oral principalmente). A partir de seus dados etnográficos, Faria discute, ainda, como os efeitos produzidos pelos diferentes contraceptivos e sua forma de administração irão acionar significados em relação ao corpo e ao seu funcionamento:

(...) as opções contraceptivas disponíveis para estas mulheres propiciam diferentes concepções sobre corpo e seu funcionamento. Frente a uma nova via de administração, como os injetáveis, estas concepções passam a ser constantemente negociadas e explicações são elaboradas ou reforçadas para produzir significados coerentes com este novo padrão, principalmente no que tange ao significado da menstruação e a possibilidade de suspendê-la ou não (FARIA, 2008: 68).

Em outro trabalho, Fachel, Leal e Guimarães (2001) apontam que o uso de métodos contraceptivos de forma sistemática está associado ao tipo de aliança matrimonial e situação social. Conforme os dados apresentados por estes pesquisadores, o uso de algum método contraceptivo está associado a mulheres que possuem certa estabilidade em relação à situação social e em termos de aliança (FACHEL, LEAL, GUIMARÃES, 2001: 51-52). Destarte, o estudo das especificidades do método contraceptivo *Implanon* deve contemplar esta realidade de pouca adequação dos grupos populares aos métodos hormonais e o DIU. Além disso, questões como “quando que os contraceptivos são utilizados e para que finalidade” também irão contribuir para a compreensão das formas de apropriação do novo método aqui tomado como objeto de estudo.

Cabe ressaltar, por fim, de que forma a contracepção e a reprodução são utilizadas como estratégias para alcançar determinados fins. Para tanto, é necessário apreender as práticas reprodutivas e contraceptivas dentro do contexto cultural das classes populares – no qual há uma regra fortemente natalista, uma vez que a família e a gravidez são extremamente valorizadas, conforme apontam a literatura antropológica. Conforme Leal & Fachel (1999: 109) a gravidez, neste contexto social, é ressignificada não enquanto atributo essencial da identidade feminina, mas enquanto “elemento fundamental em uma rede de arranjos domésticos, de consanguinidade, de afinidades, papéis e prestígios sociais”.

Recentemente foram publicados os resultados de uma pesquisa nacional sobre reprodução e trajetória sociais de jovens brasileiros. Trata-se de uma pesquisa realizada em Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro com a população juvenil. As

pesquisadoras buscaram complexificar o “problema da gravidez na adolescência” a partir “de uma abordagem sociológica dos temas como sexualidade, conjugalidade e reprodução na juventude” (HEILBORN *et al*, 2006: 21). Tal pesquisa procura compreender as práticas juvenis através “das concepções de mundo, os valores, as trajetórias de vida que lhes dão sentido e o modo como se atualizam e são engendradas em diferentes contextos” (HEILBORN *et al*, 2006: 85). Esta pesquisa será importante para a comparação vez que o programa dos implantes contraceptivos foi concebido para resolver o *problema da gravidez na adolescência*. Além disto, o enfoque nos valores e crenças que informam as práticas contraceptivas e as trajetórias sociais dos sujeitos permite:

(...) por um lado, não se tomar os jovens de modo generalizado como vítimas da pobreza, da desinformação, nem tampouco, por outro lado, como hábeis estrategistas, acusação que frequentemente recai sobre as moças, que supostamente se utilizariam da alternativa da gravidez para o estabelecimento de uma aliança com os respectivos parceiros (HEILBORN *et al*, 2006: 85).

Identicamente numa perspectiva do corpo e da saúde, outros trabalhos irão privilegiar o impacto da tecnologia no corpo e nas relações sociais em torno da reprodução e contracepção. Da mesma forma, o incremento no mercado de novos métodos contraceptivos (com novas técnicas de colocação e uso, outros efeitos colaterais) é alvo de constantes trabalhos acadêmicos. Em seu trabalho acerca da trajetória social de alguns contraceptivos hormonais que podem provocar a supressão dos sangramentos mensais, Manica (2003) propõe pensar os contraceptivos enquanto sujeitos e objetos, observando sujeitos, concepções e valores com os quais estes interagem. Incorporando a idéia de Appadurai que as coisas têm uma trajetória e uma vida social, a autora toma as tecnologias contraceptivas como uma forma de perceber o contexto social e humano da qual fazem parte (MANICA, 2003:18). Da mesma forma, pode-se pensar as práticas contraceptivas de implantes hormonais levando em conta as relações e interações na qual ela se dá, seja em um contexto de relações de parentesco, médico-paciente, entre os parceiros afetivo-sexuais, até corpo-tecnologia. É através da prática contraceptiva que será possível observar as interações de todos estes atores, pensando a mulher que optou pelo recurso contraceptivo no contexto de suas relações sociais.

Por fim, são apropriados alguns trabalhos antropológicos do campo da antropologia das emoções, com o intuito de dar conta de certos elementos observados em campo, que se revelaram importantes para significar, expressar e elaborar certas sensações e sentimentos, tanto em relação aos parceiros afetivo-sexuais, quanto ao corpo, à reprodução e funcionamento adequado ou não dos métodos contraceptivos. Tais elementos são incorporados na análise desta investigação como uma linguagem elaborada para enunciar sensações, percepções e qualidade das relações estabelecidas entre parceiros sexuais, tecnologias e até mesmo com o corpo e suas transformações.

1.4 Questões metodológicas e universo da pesquisa

Adota-se, enquanto estratégia metodológica para compreensão da realidade social objeto desta pesquisa, a abordagem qualitativa própria da antropologia, a etnografia. Parte-se da idéia de que é fundamental entender o ponto de vista das mulheres e demais atores envolvidos na política de implantes, para buscar o sentido de suas práticas e seus discursos. Como Durham (1986: 18-19), acredita-se que “o trabalho altamente descritivo da antropologia, sua capacidade de detectar perspectivas divergentes e interpretações alternativas, apresenta um material provocativo e estimulante para pensar a realidade social”. Com o objetivo de apreender os diferentes níveis de realidade – regras, instituições e organização social; o nível das práticas cotidianas e o nível dos sentimentos, motivações, ideais e opiniões – recorre-se a três técnicas de coleta de dados: a observação direta e parcialmente participante, entrevistas semiestruturadas e análise de documentos. Conforme destacam Victora *et al* (2000) o uso combinado de diferentes técnicas de coleta de dados na pesquisa etnográfica possibilita apreender “diferentes tipos de dados: registros escritos, observacionais e discursivos, os quais são complementares e podem ser utilizados na triangulação de informações”, contemplando os diferentes níveis de realidade (VICTORA *et al*: 2000: 54).

Desta maneira, com vistas a compreender e conhecer o cotidiano das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos, foi necessário realizar um trabalho de campo junto ao contexto social do qual elas fazem parte. A técnica de pesquisa utilizada para este fim foi a observação direta. Trata-se, segundo Becker (1994: 47) de “explicar os fatos sociais específicos através

da referência explícita a seu envolvimento num complexo de variáveis interconectáveis (...). Neste sentido, o contato com a rede de parentesco e de vizinhança destas mulheres, ao longo do trabalho de campo, foi fundamental para a composição da presente pesquisa e, portanto, fazem parte indiretamente do universo desta.

De forma complementar, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os principais atores envolvidos no processo de idealização, execução e debate da política de implantes, bem como, líderes comunitárias e mulheres que participaram da política de implantes residentes na Restinga e seu entorno (região extremo-sul), escolhida por ser a região que se tornou foco da política, conforme se apresenta no capítulo seguinte. Tais entrevistas foram essenciais para coleta dos diferentes discursos referentes à política de implantes e que tornaram possível a comparação entre os diferentes pontos de vista. Além disto, através desta técnica de pesquisa foi viabilizada a reconstrução das trajetórias sociais das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva.

Deste modo, compõem a base de dados da pesquisa vinte e uma (21) entrevistas. Destas, quinze (15) entrevistas com jovens entre 13 e 27 anos que optaram pela tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos e que residem na Restinga e região extremo-sul da cidade de Porto Alegre. E outras seis (6) entrevistas com os atores-chave envolvidos no processo da política de implantes que são: a Primeira Dama do Município de Porto Alegre⁶; o Coordenador do programa da Prefeitura de Porto Alegre de disponibilização de implantes contraceptivos que atua como médico ginecologista e, na época, era Gerente Distrital da região da Restinga e extremo-sul⁷; o representante do Conselho Municipal de Saúde; uma técnica da Secretaria de Saúde; uma agente de saúde comunitária e uma líder comunitária – estes dois últimos atores residentes e atuantes na região da Restinga e seu entorno.

A seleção dos atores e instituições para a realização das entrevistas foi baseada em uma pesquisa documental realizada anteriormente. A análise dos documentos produzidos ao longo do processo da política de implantes contraceptivos, além de identificar os atores-chave, ajudou a compreender e

⁶ A entrevista com a Primeira Dama do Município de Porto Alegre foi realizada em conjunto com a colega Nádia Meinerz.

⁷ A primeira entrevista com o Coordenador da política de implantes foi realizada em conjunto com o colega Miguel Nieto.

descrever a dinâmica do que se desenrolou na cidade. A análise destes documentos teve como objetivo identificar os principais atores e instituições que fizeram parte deste processo. A partir deste levantamento, realizou-se a escolha de alguns atores-chave para a realização de entrevistas semiestruturadas.

Dos escolhidos e contatados para a realização das entrevistas, apenas a organização da sociedade civil responsável pela idealização do Projeto de Implantes da Prefeitura de Porto Alegre não quis realizá-la. Primeiramente, devido ao fechamento da organização, logo após o início das discussões em torno do programa da Prefeitura, foi necessário entrar em contato com sua Presidente, através de seu consultório particular. Outra dificuldade encontrada foi que a médica não mais estava residindo em Porto Alegre. Porém, mesmo assim, sua secretária chegou a encaminhar um *e-mail* a respeito da pesquisa, o qual convidava a médica, na qualidade de Presidente da organização, a conceder *um relato de sua experiência na idealização da política de implantes contraceptivos executada pela Prefeitura de Porto Alegre*. A resposta do *e-mail* veio cerca de dez dias após o envio da mensagem eletrônica, com a informação de que a médica não poderia *ajudar*. A justificativa pela impossibilidade foi *a pouca duração da organização* que ela fundou, por ela *não mais residir em Porto Alegre* e por *não ter participado da colocação dos implantes*.

Com a finalidade de preservar a confidencialidade das informações aqui utilizadas, foram adotados alguns procedimentos. As pessoas públicas são identificadas pela sua função ou entidade/órgão que representam – o que não garante total anonimato, contudo diminui questões pessoais. Nestes casos, foi discutido com o informante de que forma seria este identificado na presente pesquisa. Apenas após esta negociação foi feita a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Além do procedimento de não-identificação das pessoas envolvidas na pesquisa, esclareceram-se os objetivos desta investigação a cada um dos informantes. Todos concordaram em participar voluntariamente da pesquisa. Tendo em vista o trabalho de campo ter se desenvolvido em um campo político partidário e marcadamente polarizado, houve um pedido, por parte de um informante, de supressão de expressões utilizadas por ele em entrevista, com a justificativa de que tais expressões fora do contexto em que foram ditas poderiam prejudicá-lo, pedido este acolhido de forma plena. Optou-se por não revelar as especificidades da função de alguns informantes sempre que isto pudesse, de uma

forma ou de outra, causar algum dano à imagem pública da pessoa. As entrevistas realizadas com os atores-chave da idealização, implementação e debates desta política foram quase na sua totalidade gravadas (com o consentimento dos entrevistados) e transcritas.

Em se tratando das mulheres que estão com a tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos no corpo e outras pessoas ligadas a elas (marido, irmã, mãe e etc.) são aqui identificadas por nomes fictícios. Com o cuidado de que houvesse uma plena compreensão dos objetivos e procedimentos da pesquisa, principalmente entre as mais jovens, esclareceu-se a respeito da mesma e todas concordaram em participar voluntariamente. Após tal procedimento solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Com relação às jovens que não eram casadas e que tinham idade menor que 18 anos, na época da entrevista, o procedimento de consentimento informado e colhimento da assinatura do Termo igualmente foi realizado com suas mães, indicadas pelas jovens como suas responsáveis. Apenas no caso de Graça, em que a mãe havia falecido, foi indicado o pai para o procedimento de assinatura e autorização da sua participação na presente pesquisa. Algumas entrevistas foram gravadas (a partir da autorização de todos que estavam presentes) e transcritas.

É necessário apresentar, outrossim, o percurso dessa pesquisa etnográfica, uma vez que implicaram nas escolhas metodológicas que se descreveu antes. Essa se inicia com a informação casual de um colega, relatando uma reunião que ele havia participado no Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres no final do ano de 2006. Tratava-se de um encontro no qual as representantes locais do movimento feminista discutiam ações em contraposição a um programa de implantes subcutâneos da Prefeitura de Porto Alegre. Passou-se, então, a realizar um acompanhamento da dinâmica de debates que se produziu na cidade referentemente a esta ação governamental. Nesta etapa, foram coletados reportagens, documentos produzidos pelos atores envolvidos no debate (nota de denúncia do movimento feminista, nota técnica do Ministério da Saúde, dois pareceres do Ministério Público – um sobre o uso do contraceptivo *Implanon* em jovens albergadas (Ministério Público, 2006) e outro relativo à decisão do Conselho Municipal de Saúde de suspender a ação governamental aqui objeto de estudo (Ministério Público, 2007) –, notas taquigráficas da audiência pública, entre outros),

além da participação de fóruns de discussão como seminários e reuniões que tinham como pauta a ação governamental aqui estudada.

Entre estes espaços de discussão que se assistiu/participou, destaca-se o Seminário Regional da Associação Brasileira do Ministério Público, realizado no final de abril de 2007. Durante a fala de uma das palestrantes do evento, esta se posicionou de maneira desfavorável à política de implantes da Prefeitura de Porto Alegre, gerando manifestações de apoio a sua posição na platéia, principalmente de um grupo de Conselheiras do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, com as quais conversei, após a finalização do evento⁸. Algumas delas atuavam na região que depois se tornou universo da presente pesquisa, sendo este contato preliminar importante para o início da minha inserção nas discussões relativas à política de implantes.

Outro espaço de discussão acerca da política de implantes o qual frequentei foi o Fórum de Planejamento Familiar, organizado pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente – COSMAM da Câmara Municipal de Porto Alegre, preparado logo após a adesão do legislativo municipal ao Protocolo de Planejamento Familiar lançado pela Assembléia Legislativa. O Fórum, que ocorreu nos dias 8 e 30 de maio de 2007, tinha como objetivo discutir políticas públicas de planejamento familiar. Durante o Fórum, duas representantes da Secretaria Municipal de Saúde palestraram sobre o programa de planejamento familiar da Prefeitura, destacando as modificações realizadas no programa a partir da inserção do método contraceptivo *Implanon* na rede de saúde. Houve, além disso, palestra da representante da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Estado do Rio Grande do Sul – FASE, que relatou a experiência da instituição no uso dos implantes contraceptivos nas jovens internadas⁹.

O Fórum de Planejamento Familiar organizado pela Assembléia Legislativa de Porto Alegre apresentou, além de uma série de falas de representantes das três instâncias governamentais, o relato das atividades desenvolvidas pelo grupo coordenado pelo presidente da Assembléia Legislativa ao longo do ano de 2007.

⁸ O representante do Ministério Público, responsável pela recomendação de retomada do programa de implantes após a suspensão do Conselho Municipal de Saúde, também estava presente na mesa do Seminário, e se posicionou favorável à política (Seminário Regional ABMP. Porto Alegre, 20 e 21 de abril de 2007).

⁹ Cabe destacar que se trata de um projeto anterior da FASE, que adquiriu o método contraceptivo subcutâneo com recursos próprios e que, a partir da parceria público-privada realizada pela Prefeitura de Porto Alegre aqui objeto de estudo, deu continuidade ao seu projeto.

Contemplou, ainda, espaço para apresentação de uma pesquisa encomendada pelo grupo, no que se refere a planejamento familiar, com comentários de jornalistas e outros profissionais, como o representante do Ministério Público do Estado. Este último encontro foi essencial para a compreensão do contexto mais amplo no qual está inserida a discussão em torno da política de implantes.

Chama atenção o enfoque na responsabilização e culpabilização das camadas populares pelo aumento da criminalidade, associada ao número de filhos. Nas atividades desenvolvidas pela Câmara de Vereadores e da Assembléia Legislativa, algumas falas e materiais desenvolvidos sobre o tema planejamento familiar concentram-se no discurso da *criminalidade crescente* e da *superpopulação* que são então relacionadas com a falta de condições e de responsabilidade no controle reprodutivo. Como exemplo desta leitura, destaca-se a participação de uma organização da sociedade civil que se chama Brasil Sem Grades¹⁰ a qual tem como bandeira de atuação a *paternidade e maternidade responsável*: “lutamos para que sejam colocados no mundo filhos que os pais possam cuidar. Quando os pais cuidam, a chance é muito pequena de que ele será criminoso” (Presidente da ONG, Fórum de Planejamento Familiar, 30/05/2007).

Além desta participação em Fóruns de discussão, o contato com uma profissional da Prefeitura de Porto Alegre que esteve envolvida no início da discussão da política de implantes, foi fundamental para a coleta de documentos, uma vez que ela disponibilizou uma coletânea de documentos cuidadosamente organizada, que incluía todas as reportagens dos implantes contraceptivos divulgadas na imprensa local, assim como do projeto e da *parceria público-privada* estabelecida para desenvolvimento da ação governamental. A coletânea de documentos foi organizada pela Coordenação de Comunicação Social da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de instrumentalizar os representantes da Prefeitura de Porto Alegre na audiência pública sobre a política de implantes realizada em março de 2007 na Câmara de Vereadores. Completando esta etapa, *sites*, *blogs* e documentos divulgados pela Internet, do mesmo modo foram uma fonte acessada para coleta de dados.

¹⁰ O fundador (um empresário que *perdeu* seu filho em um assalto) explica o porquê do nome da entidade: “para que as pessoas de bem não precisem ficar atrás das grades de seus prédios, das suas casas.”

O contato com o Coordenador da política de implantes (ginecologista da região extremo sul da cidade e na época gerente distrital da Restinga/Extremo-Sul) igualmente foi essencial para a formatação do projeto de pesquisa, já que através dele foi possível conhecer a dinâmica da política de implantes na região da Restinga e seu entorno. As atividades desenvolvidas sob coordenação do médico compreendiam palestras em instituições na região pela qual ele é responsável, palestras de orientação para jovens selecionadas e outras interessadas na colocação dos implantes nos postos de saúde, consultas de checagem dos exames necessários e colocação dos implantes contraceptivos, além das reuniões semestrais de revisões dos implantes. As constantes atividades organizadas pelo médico teriam facilitado o acesso às mulheres que participavam da política de implantes. Entretanto, constatou-se que o espaço do posto de saúde ou o acesso das mulheres via equipe de saúde produziria uma relação com as informantes que não seria interessante para pesquisa.

A escolha da forma de identificação e acesso as mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva através das lideranças comunitárias foi definida depois da etapa exploratória da pesquisa. A constatação de que havia na região um forte investimento pela equipe de saúde na adesão ao novo método contraceptivo oferecido pelo sistema de saúde, bem como da percepção de que na comunidade havia uma heterogeneidade de opiniões referentes à política de implantes, optou-se por acessar as informantes para a realização das entrevistas por meio das pessoas que não estavam diretamente ligadas às atividades da política de implantes. Por este caminho, a inserção em campo pode ter sido orientada sob o olhar “das que estão com problemas” ou que têm “queixas” no que diz respeito aos implantes contraceptivos. Houve sim a indicação de “casos” que comprovam a preocupação das líderes comunitárias em relação à política de implantes, mas também as líderes comunitárias indicaram mulheres que faziam parte da sua rede de contatos e que não necessariamente tinham “problemas” com os implantes. Conseqüentemente percebeu-se que os primeiros contatos oferecidos para entrevistas eram os que elas acreditavam serem “problemáticos”. Sonia, por exemplo, apresentou primeiro sua vizinha que havia retirado o implante, porque teve uma série de problemas que ela atribuía ao efeito do implante no corpo. Dália, da mesma forma, fez questão que eu conversasse com sua vizinha, classificando-a como “um caso problemático”. Minimizando os efeitos das opiniões sobre a política de implantes das líderes

comunitárias que foram eleitas como meio de acesso às informantes, o acesso à rede de contatos da própria entrevistada do mesmo modo foi importante. Essa estratégia de pesquisa está ligada com a percepção que essas redes são características e até essenciais da forma como se organiza socialmente um bairro popular (BOTT, 1976; BOISSEVAIN, 1989).

As lideranças comunitárias foram acessadas a partir do contato com uma líder comunitária que atua como PLP - Promotora Legal Popular¹¹ na região da Restinga e seu entorno. Trata-se de uma liderança antiga da comunidade que atua em diversos espaços na comunidade. Sendo a partir da rede de contatos desta que se iniciou as entrevistas com as mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos. O convite para o acompanhamento das reuniões desenvolvidas na Restinga, para a implementação da Escola Técnica Federal da região foi de fundamental importância para o trabalho que aqui se apresenta. Tais reuniões tornaram-se um espaço privilegiado para inserção junto às atividades das lideranças comunitárias da região. Estes encontros, que aconteciam quinzenalmente, aos sábados, em diferentes locais do Bairro (em escolas municipais, no centro administrativo e em associações locais), foram importantes para que se pudesse ir conhecendo as lideranças, suas opiniões relativas às políticas locais e dos serviços oferecidos pelo governo, e estabelecer o vínculo necessário para o desenvolvimento da presente pesquisa etnográfica. Neste contato, ouvi histórias da região, seu desenvolvimento e a atuação política destas lideranças junto à comunidade.

O universo da pesquisa compreende diferentes esferas. A primeira, mais ampla, abarca o contexto de discussão da ação governamental de disponibilização de implantes contraceptivos no serviço de saúde do município de Porto Alegre, que apesar de ter se expandindo de forma nacional (como reportagens de veículos de mídia nacional e de documentos produzidos pelo governo federal), privilegia-se neste estudo o contexto local, ou seja, a dinâmica de discussão na cidade de Porto Alegre. Para a compreensão da prática contraceptiva de implantes subcutâneos do ponto de vista das mulheres que optaram pela tecnologia, foi eleita a região da

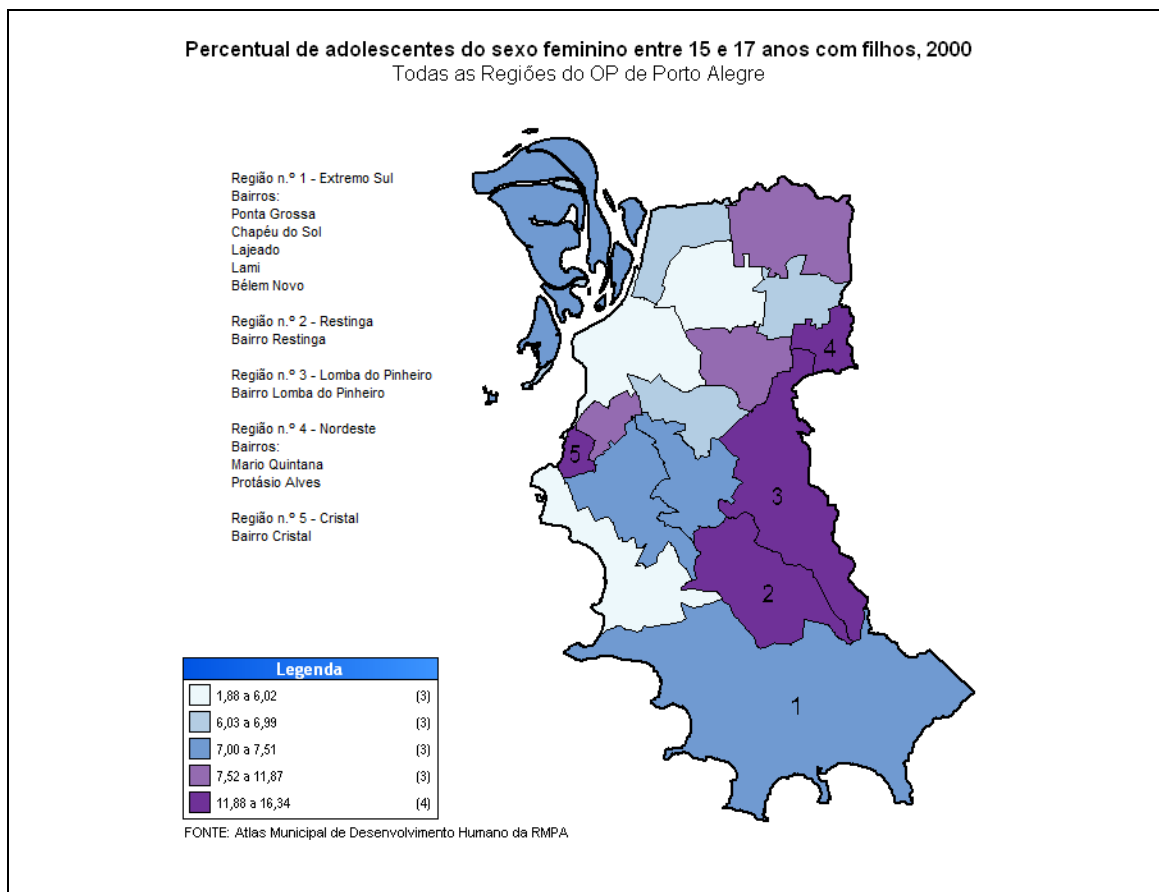
¹¹ As Promotoras Legais Populares são mulheres pertencentes a segmentos populares que receberam um curso de capacitação em cidadania e direitos humanos das mulheres com enfoque na orientação e multiplicação de informações no local onde residem e atuam como lideranças comunitárias. O curso é oferecido pela organização não governamental THEMIS. Conforme dados do site da instituição o curso, que teve sua primeira turma no ano de 1993, capacitou mais de 250 lideranças comunitárias (Disponível em: www.themis.org.br. Acessado em: 27/12/2008).

Restinga e seu entorno (região extremo-sul), por ser a região com maior número de implantes contraceptivos e que se tornou local de referência desta prática de intervenção da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Localizada no extremo-sul do Brasil, a cidade de Porto Alegre tem, segundo dados do IBGE (2000), 1.360.590 habitantes, dos quais 46,7% são homens e 53,3% são mulheres. E a população de jovens entre 18 a 24 anos representa 13% em relação ao total de porto-alegrense (IBGE, 2000). Outros dados relativos a esta faixa etária: 16,67% de nascimentos são de mães com idade entre 15-19 anos, 24,46% de nascimentos são de mães com idade entre 20-24 anos, (DATASUS, 2006). A cidade é reconhecida nacionalmente pelos seus índices de qualidade de vida, sendo que hoje ela ocupa a 11^a posição no ranking das cidades brasileiras com melhor IDH-M (índice de desenvolvimento humano municipal) elaborado pelo PNUD/IPEA/FJP, sendo a primeira entre as cidades com mais de 1 milhão de habitantes (Observatório da Cidade de Porto Alegre, s/d).

No que tange especificamente ao enfoque deste trabalho, apesar de Porto Alegre possuir uma taxa de fecundidade média abaixo do nível de reposição (1,94 filhos por mulher), alguns bairros da cidade contrastam esse dado. Bairros da periferia alcançam cifras de até 3,36, sendo que a região da Restinga possui a taxa de fecundidade de 2,83. Estes dados demográficos mostram a falta de homogeneidade da cidade comparada ao número de filhos por mulheres.

Abaixo, apresenta-se mapa com a distribuição do percentual de jovens entre 15 e 17 anos com filhos na cidade de Porto Alegre, por regiões. Tal dado é importante, pois se trata da população alvo da política de implantes contraceptivos da Prefeitura de Porto Alegre. Novamente a região da Restinga desponta com os maiores índices de gravidez, informação esta utilizada pela Prefeitura de Porto Alegre para justificar seu enfoque na região:



No que se refere ao contexto político da cidade, esta se caracteriza por ter sido governada 16 anos consecutivos por um partido de esquerda. Além disto, por ter abrigado nos últimos anos o Fórum Social Mundial a cidade tem sido “reconhecida internacionalmente como um centro politizado e de grande diversidade cultural” (AQUINO *et al*, 2006:101). Tais características são tensionadas nos anos recentes com a mudança na conjuntura política local. Nas últimas eleições foi reeleito o prefeito da cidade, vinculado a um partido reconhecido como de centro-direita. Tal reconfiguração política é percebida nas falas de alguns atores sociais que participaram da discussão dos implantes contraceptivos. Estas disputas se tornam mais acirradas quando é nomeado o coordenador da política de implantes, um médico que, além de trabalhar a muitos anos na região da Restinga, é identificado por sua inserção partidária em um partido coligado com os que estão atualmente governando a cidade. Sua candidatura para vereador nas duas últimas eleições gerou uma série de desconfianças por parte de alguns atores sociais identificados com a antiga administração municipal. A discussão relativa à política de implantes contraceptivos é analisada a partir do contexto aqui descrito.

A região da Restinga, que é localizada na zona sul da cidade de Porto Alegre e afastada 22 km do centro da cidade, além de refletir esse contexto político mais amplo da cidade tem algumas peculiaridades. A forte aliança com políticos, que garantem o acesso a certas melhorias e serviços para sua comunidade e para si próprios, faz parte das características da região. A necessidade de engajamento comunitário na busca de recursos para a região está fortemente relacionada com a história de constituição do bairro. O início da ocupação do bairro foi um processo que se desenvolveu no período da ditadura militar e foi um reflexo da política de higienização e modernização na região central da cidade, que incluía o afastamento da população de baixa renda para a periferia da cidade. A política habitacional da época, sob o ideário “remover para promover”, fundou então o loteamento da Restinga, com o intuito de remover *malocas* da zona central da cidade. Conforme apresenta a historiadora Nunes (1997), os primeiros moradores da Restinga além de terem sido removidos de suas residências sem seu consentimento, foram realojados em local sem nenhuma infra-estrutura e pior, muitas vezes perdendo parte de seu patrimônio:

Quando eu vim pra Restinga eu ganhava mil e poucos de pensão e ainda comprei uma **maloquinha** porque a que eu tinha na outra vila era bem grande, mas quando viemos eles deram a metade da minha maloca para outra senhora, que não tinha, dizendo que iriam me dar uma casa. Até hoje não me deram nem uma telha. Me botaram num chalezinho de duas pecinhas bem pequenas e, a noite, para dormir, a criança tinha que botar todas as coisas na rua pois não tinha lugar. Então, daquele pinguinho que eu ganhava, comprei uma malokinha maior onde estou até hoje (Relato de uma moradora do Bairro Restinga, extraído de Nunes, 1997: 6 – grifo nosso).

Houve a oportunidade, durante o trabalho de campo, de ouvir algumas experiências das moradoras da Restinga. Lembro da viagem que fiz com a comissão organizada pela comunidade “pró-implantação da Escola Técnica Federal” para Bento Gonçalves. Durante o percurso, algumas moradoras mais antigas contaram que durante o período da ditadura, o exército destruiu as casas de suas famílias e removeram seus parentes para a região da Restinga. Sonia (líder comunitária local) conta que era “terrível”. Ela relata que não havia nada na região, quando os primeiros moradores foram removidos para lá. Eles tiveram que se organizar para conseguir água encanada, luz e infra-estrutura. A líder comunitária conta, ainda, que ganhou o terreno onde hoje mora com sua família. Foi um político da época que lhe deu. Gláucia, em entrevista em sua casa, conta que não conhecia a Restinga antes

de ir morar ali. Conhecia apenas a sua “fama ruim”. Ela comenta que, no início, sua família ouvia das pessoas que eles eram loucos por ir morar na Restinga, pois “todos os dias matam uma pessoa na Restinga”. Gláucia, então, fala para o marido que “não era verdade, pois se matassem todos os dias uma pessoa não teria mais ninguém por lá”. Porém, em tom confessional, a líder comunitária diz que, apesar de ter dito isto, ela própria não estava muito convencida do que afirmava ao marido.

Estes depoimentos, colhidos ao longo do trabalho de campo, refletem, além dos pontos destacados, outro elemento que caracteriza a região: “as pessoas pintam a Restinga como local da criminalidade”, como descreve em outra oportunidade a líder comunitária Sonia. Neste sentido, o histórico de segregação urbana, no qual agiu no sentido de remover populações ditas marginalizadas para a região da Restinga, permanece no imaginário das pessoas que residem na cidade. Isto fica mais claro quando o líder comunitário Eriberto, em uma reunião da Escola Técnica Federal comenta a reação das pessoas das outras regiões da cidade quando souberam que a única Escola Técnica da cidade a ser implementada pelo governo federal seria na Restinga. Segundo Eriberto, “ninguém queria que a Escola Técnica do governo federal se instalasse na Restinga.” Sua explicação é que “as pessoas têm a idéia de que a vagabundagem que mora na Restinga desce para assaltá-los”. Para Eriberto, as pessoas pensam que as pessoas da Restinga “são os outros”. Este ponto será fundamental para compreensão de como os atores sociais percebem a política de implantes. Para tanto, retoma-se esta questão no capítulo seguinte.

A construção desta dicotomia “nós” e “eles” também é reforçada dentro da própria região da Restinga, a partir da criação pelo governo municipal da Vila Restinga Nova, ao lado desta área utilizada para instalar as populações removidas do centro da cidade:

Enquanto a Vila Restinga Velha teve seu desenvolvimento a partir da luta organizada de uma população dita marginal, os órgãos públicos municipais projetavam, a partir de 1969, um grande núcleo habitacional. Este núcleo deveria ser o maior de Porto Alegre e serviria de exemplo para o Brasil, talvez sonhando transformar o país numa grande Restinga. O núcleo foi construído ao lado esquerdo da Avenida João Antônio da Silveira, que passou a ser o divisor das águas entre as duas Restingas (NUNES, 1997: 13).

A Restinga Nova surge, então, como uma possibilidade, para as pessoas que foram desalojadas do centro da cidade de poder viver e residir em um local com melhor infraestrutura e apoio governamental. No entanto, com o critério de seleção

dos moradores, imposto pela política habitacional da época, na qual estipulava uma prestação muito alta para os padrões dos moradores da Restinga Velha, a transferência para o novo loteamento não foi possível para a grande maioria. Novamente entram em cena as alianças políticas com políticos da época, os quais garantiam o acesso às unidades habitacionais, como relata a líder comunitária Sonia (dados apresentados anteriormente). Esta “prática de favoritismo” é descrita por Nunes em seu trabalho sobre o histórico do Bairro, no qual apresenta uma série de depoimentos que contam tal prática (NUNES, 1997: 13).

Deste modo, com a criação do conjunto habitacional Restinga Nova, outros elementos surgem enquanto características da região, como a segregação entre a própria comunidade e o acirramento das relações pessoais com políticos. Após a criação da Restinga Nova, a população da região continuou a crescer, menos por novas construções habitacionais financiadas pelo governo e mais por conta de ocupações irregulares principalmente na parte da Restinga Velha. Tal composição da região fez com que hoje exista na Restinga uma população maior do que a projetada para a região, comportando 3,95% da população da cidade de Porto Alegre (Observatório da Cidade de Porto Alegre, s/d). Desta maneira, apesar dos extensos melhoramentos realizados no local, o bairro ainda é considerado uma área repleta de deficiências no âmbito social, educacional e de saúde.

Cabe ressaltar aqui que há uma discrepância entre os dados apresentados pelas associações de bairro e pelo próprio Departamento Municipal de Habitação¹² referentes aos dados oficiais do censo demográfico de 2000 quanto à população residente na Restinga. Em campo, as lideranças comunitárias adotam, ao falar da sua comunidade, a informação de existir na região mais de cento e cinquenta mil pessoas, número quase três vezes maior do que o apresentado pela contagem populacional do IBGE. Estas diferenças são fundamentais para discussões acerca das verbas destinadas a cada região da cidade, tornando-se ferramentas de disputas políticas em espaços onde tais números determinam a quantidade de verbas a ser repassada pelo poder público, bem como da disponibilização de serviços e infraestrutura.

¹² Segundo dados apresentados por Nunes (1997: 17), a Restinga foi projetada para abrigar, no máximo, cinquenta mil pessoas, mas, conforme dados das associações comunitárias locais e do DEMHAB, a Restinga hoje teria uma população de cento e cinquenta mil pessoas.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: O CASO DA POLÍTICA DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS

2.1 “Programa Adolescência, um projeto de vida”

No final do ano de 2006, a Prefeitura de Porto Alegre, através de uma parceria público-privada com uma organização da sociedade civil, passou a disponibilizar na rede pública de saúde a tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos para jovens entre 15 e 18 anos, residentes em algumas regiões da cidade (Diário Oficial do Município, 2006). O Instituto Mulher Consciente (IMC) foi o idealizador da proposta e atuou na doação de 2.500 kits de implantes contraceptivos subcutâneos à Prefeitura de Porto Alegre, realizando, ainda: capacitação dos profissionais de saúde para a inserção e remoção do implante contraceptivo; aplicação dos questionários epidemiológicos e, por intermédio da empresa fabricante do contraceptivo, disponibilização de um serviço gratuito para informações acerca da tecnologia contraceptiva oferecida para profissionais de saúde e usuárias do produto (Prefeitura de Porto Alegre, 2007). O Programa “Adolescência, um projeto de vida”, que foi apresentado pelo IMC à Prefeitura de Porto Alegre, tinha como objetivo firmar parcerias com entidades governamentais para o fornecimento de implantes contraceptivos fabricados pelo laboratório Organon (*Implanon*) aos serviços de saúde, “como mais um método de contracepção” às jovens entre 15 e 18 anos, iniciadas sexualmente e que tenham menstruado (IMC, 2006) ¹³.

O programa do Instituto Mulher Consciente adota a idéia de que a adolescência é uma fase natural da vida que separa a criança do adulto, caracterizada “como um importante período no ciclo existencial da pessoa” que engloba “mudanças físicas, psicológicas e sociais”. E, neste período, a gravidez é compreendida como um evento “que provocaria mudanças ainda maiores na transformação que já vinha ocorrendo de forma natural” (IMC, 2006:1). A incompatibilidade da gravidez nesta etapa de vida encontra-se fortemente ancorada pelo discurso biomédico, que aponta para os *riscos* de uma gravidez na

¹³ Tal programa havia sido proposto à Fundação de Proteção Especial do Estado do Rio Grande do Sul (FPE) no segundo semestre daquele ano, com objetivo de oferecer às suas abrigadas a tecnologia contraceptiva (MP, 2006).

adolescência: “riscos de aborto espontâneo e de prematuridade, de problemas para a saúde da mãe, risco no parto, mortalidade materna e enfim, riscos para a criança”, além dos “riscos psicossociais”, os quais estão relacionados ao diagnóstico de *imaturidade psicológica* das jovens (HEILBORN, 2006: 31). Complementando esta idéia, no Projeto do Instituto Mulher Consciente, tais “fatores” psicológicos vistos enquanto “inerentes do período da adolescência” estariam associados à atitude da adolescente de negar a possibilidade de engravidar, o que levaria o uso inadequado ou não uso do método contraceptivo no período da adolescência (IMC, 2006:1), o que levaria ao uso inadequado ou não uso de métodos contraceptivos no período da adolescência. Portanto, o programa aposta no método contraceptivo “100% eficaz na prevenção a gravidez na adolescência, seguro (mais seguro que o anticoncepcional oral), reversível, de ação prolongada (3 anos) e com menos efeitos colaterais para as adolescentes.” (IMC, 2006: 1 e 2).

Frente a esta perspectiva, há outros trabalhos, vinculados à perspectiva sócio-antropológica que irão focar os diferentes significados atribuídos a gravidez, assim como em seus aspectos morais envolvidos no processo de gestar, procurando imprimir na análise uma visão não universalista ou generalizante (VICTORA, 1991; PAIM, 1998; LEAL e LEWGOY, 2001; ALMEIDA, 2002; LEAL, 2003; GONÇALVES, 2004; HEILBORN *et al*, 2006 entre outros). Dentre estes trabalhos, destaca-se a pesquisa coordenada por Heilborn (HEILBORN *et al*, 2006) que apresenta a heterogeneidade da experiência da gravidez na juventude. Primeiro que, ao focar a juventude, esta pesquisa descarta a existência de uma fase natural que separa a criança do adulto, mas, ao invés, percebe-a como “uma fase de aprendizado da sexualidade e de progressiva autonomização dos jovens” que “ocorre em meio a complexas interações sociais” e de forma não linear (AQUINO *et al*, 2006: 309). Segundo que, ao contextualizar a experiência reprodutiva de jovens sob o prisma do gênero, da região e da classe social mostram como que o evento gravidez pode significar e gerar diferentes conseqüências para os sujeitos nela envolvidos. Nesta perspectiva, nem sempre a gravidez no período da juventude é percebida como problemática, mas enquanto um projeto de reconhecimento social, de conjugalidade ou até mesmo de autonomização frente ao grupo familiar.

No que se refere ao uso de métodos contraceptivos e de proteção, os dados da pesquisa GRAVAD demonstram que o uso ou não da contracepção está associado ao tipo de relacionamento afetivo-sexual estabelecido entre os parceiros,

uma vez que, por exemplo, o uso do preservativo é deixado de lado quando o parceiro é conhecido ou com o desenrolar do relacionamento. Já nos dados de campo desta pesquisa, observou-se que outros métodos contraceptivos também vão sendo usados de forma mais descuidada com o desenrolar dos relacionamentos, e assim, quando o evento gravidez ocorre este é visto como *inesperado*¹⁴, o que é diferente de uma atitude de negação da possibilidade de gravidez.

O programa de disponibilização de implantes subcutâneos reconhece a adolescência como o período no qual a jovem se inicia sexualmente e que a gravidez neste período provocaria uma desordem no rumo adequado à vida adulta. Neste sentido, destaca-se a fala da ex-Primeira Dama do Estado do Rio Grande do Sul. Quando estava à frente do Gabinete da Primeira Dama do Estado, ela foi responsável pela execução do Projeto “Te liga, gravidez tem hora”, no âmbito estadual, e seu trabalho é uma referência para os atores envolvidos na implementação do programa de implantes contraceptivos:

Acredito que virar as costas para isso [gravidez na adolescência] é negar as chances de uma adolescência saudável, como uma fase transitória para a fase adulta. Queremos que nossos jovens concluam os estudos, que eles tenham uma formação profissional, que eles namorem, que eles se divirtam e que eles vivam os conflitos normais da idade, sem queimar etapas e tudo ao seu tempo. Ter um filho ainda na adolescência não pode ser um Projeto de vida, e sim a falta deste Projeto (Ex-Primeira Dama do Estado do Rio Grande do Sul, Palestra proferida no Fórum de Planejamento Familiar para o século XXI, dezembro de 2007).

Ou seja, pensar a adolescência como um *projeto de vida* é dar destaque para esta etapa da vida enquanto uma fase indispensável para o desenvolvimento pleno da condição de adulto, sendo a gravidez um *risco* para este desenvolvimento. Torna-se necessário, conseqüentemente, oferecer às jovens informações e estratégias que possibilitem a elas concretizarem outros projetos de vida diferentes da maternidade. A ampliação deste campo de possibilidades é apresentada qual um caminho de transformação da trajetória de vida das jovens e, de certa forma, de transformação da própria sociedade:

O Programa: “Adolescência, Um Projeto de Vida” tem como objetivo principal promover para a mulher jovem um futuro melhor e uma vida mais produtiva, auxiliando estas adolescentes a evitar gestações não planejadas, possibilitando a elas a oportunidade de escolhas que possam permitir-lhes uma vida mais saudável e mais produtiva, e uma diminuição da

¹⁴ Ao longo dos próximos capítulos se apresentará os significados atribuídos à gravidez no grupo estudado e suas conseqüências. Da gravidez enquanto um evento inesperado, algo “que aconteceu”, ver item “Conjugalidade e Gravidez: uma quase inseparável relação”.

desigualdade entre os sexos, com maiores oportunidades ao desenvolvimento pleno das mulheres (IMC, 2006: 1).

Duas idéias aparecem neste trecho que são importantes e características de certas leituras sobre a gravidez na adolescência. Primeiro, que a gravidez produz um rompimento na carreira escolar-profissional da mulher. Segundo, que a subordinação feminina estaria vinculada à maternidade. Tais preocupações estão relacionadas aos valores de liberdade (financeira, no caso do trabalho) e igualdade (entre os sexos), próprias dos ideais do individualismo moderno¹⁵. Nesse sentido, a experiência de ter filhos durante a adolescência pode ser entendida, por contraste, como uma experiência que subjugava a mulher aos padrões de vida tradicionais, opressores e prejudiciais do ponto de vista do seu próprio desenvolvimento. Já a contracepção estaria garantindo a *possibilidade de escolhas* destas jovens. E nesta perspectiva, as jovens que engravidam são percebidas enquanto mulheres que não têm escolha, ou seja, que não têm a liberdade de escolher o melhor momento para ter filhos. Exemplificando esta idéia, destacam-se três dados de campo: uma reportagem de um jornal de grande circulação da cidade sobre o programa de implantes contraceptivos executado pela Prefeitura; a fala do, na época, Secretário Municipal de Saúde, divulgada no site de notícias da Prefeitura de Porto Alegre; e, por fim, a fala da Primeira Dama do Município, responsável pela articulação política entre o Instituto Mulher Consciente e a Prefeitura de Porto Alegre. Nestas passagens, fica clara a idéia de que o programa estaria ofertando às jovens um *apoio*, uma *chance*, uma *oportunidade* de elas fazerem escolhas, de planejarem seus filhos e assim terem um futuro melhor:

A partir de hoje, jovens de 15 a 18 anos de Porto Alegre ganharão a **chance** que faltou a Cleonice Rodrigues do Amaral, 38 anos, 13 partos e oito filhos (grifo nosso).

Uma parceria entre a Prefeitura e o Instituto Mulher Consciente (IMC) garantirá o implante gratuito de 2,5 mil anticoncepcionais, capazes de prevenir por três anos a gravidez.

Com a mesma **oportunidade**, Cleonice não teria sido mãe aos 15 anos. Ela perdeu cinco filhos e passou 117 meses grávida – praticamente uma década (grifo nosso).

– Agora terminou, estou para fazer ligadura das trompas. A Rafaela é a última – promete, mostrando a caçula de um mês de idade (Zero Hora, 27 de novembro de 2006).

[O secretário municipal de saúde] destacou o trabalho de conscientização para apoiar “este grupo de meninas que praticamente **não têm apoio algum**” (grifo nosso). Acrescentou que é fundamental orientar a população

¹⁵ Tal leitura tem como base os trabalhos de Dumont (1993) sobre o individualismo moderno.

sobre a gravidez na adolescência “para não vermos mais casos de jovens que passam grande parte da vida em gestação” (Agência POA Multimídia, 27 de novembro de 2006: 26).

Tu imaginas uma criança com 14 anos ou 15, grávida, tu imaginas essa mesma criança crescida, com 19 anos, podendo ficar grávida com 20 anos. Ela teve espaço para crescer, para desenvolver um pouco mais, para entender, para ter maturidade para ser mãe. (...) a gente está dando para uma criança que aplica esse implante, que pelo menos ela está sendo atendida no Posto, recebendo orientação sobre AIDS... Eu estou **ajudando em dobro**, ela passa a entender um pouco de planejamento, contracepção, de saúde própria e de concepção de ser mulher ou não (Entrevista Primeira Dama).

O enfoque nas consequências imediatas e futuras para as jovens e seus filhos é recorrente na literatura que discute gravidez na adolescência e muitas vezes estabelecem uma relação direta com a pobreza. Destarte, a gravidez na adolescência “seria então decorrente da pobreza, da precariedade, da ausência de instrução, da falta de informação e do parco acesso aos serviços de saúde” (HEILBORN, 2006: 31). Em contrapartida, a gravidez na juventude “é considerada como um fator que reforça a pobreza e a marginalidade, na medida em que os jovens interrompem ou são impedidos de retomar os estudos, dificilmente encontrando emprego e podendo somente contar com ajuda familiar limitada” (HEILBORN, 2006: 31). Tal relação pode ser encontrada na fala do Coordenador da política de implantes contraceptivos:

Para que se possa romper com o ciclo da pobreza e dar a estas adolescentes oportunidades de estudo e trabalho é preciso acabar com a gravidez na adolescência (médico e coordenador da política de implantes contraceptivos – Reunião de final de ano, Lami/2009).

A Primeira Dama do Município igualmente relaciona ações de prevenção à gravidez como medida eficaz no enfrentamento da pobreza. Em entrevista, esta agente governamental justifica seu interesse e apoio pelo programa de implantes contraceptivos por conta de seu impacto na realidade social:

Conheci as Vilas de Porto Alegre, conheci vários municípios do Estado. Eu conheço a Vila Dique, Vila Brasil [...] há muitos e muitos anos. E percebo que os governos vêm e vão e poucas coisas mudam. Algumas coisas melhoram, mas poucas coisas na essência mudam. E eu passei a pensar que o planejamento familiar era fundamental para que algumas coisas mudem.

Como apresentado neste item, além de perceber a gravidez no período da juventude como um problema para o desenvolvimento da jovem, a expectativa dos atores envolvidos com a idealização e implementação da política de implantes é de

que ela possa contribuir para solucionar outros “problemas sociais”, que em sua leitura estão associados à gravidez na adolescência, como a pobreza e a injustiça social. Para tanto, tais atores apostam na *eficácia* e *efetividade* do método contraceptivo de implantes subcutâneos como *arma de combate* a gravidez na adolescência.

2.2 Implantes subcutâneos: “método mais eficaz e efetivo”

No que se refere às especificidades da tecnologia contraceptiva ofertada pelo programa “Adolescência: um projeto de vida”, e segundo exposto antes, trata-se de uma tecnologia de alto custo no mercado, que não faz parte do rol de contraceptivos oferecidos pela política federal de direitos sexuais e reprodutivos. Tal recurso contraceptivo foi aprovado pelas autoridades de registro de medicamentos da Holanda em 1998. Segundo a descrição da OMS, trata-se de um bastone de plástico que deve ser inserido e removido por um profissional capacitado. Este bastone, que é inserido por debaixo da pele do braço, acondiciona o hormônio etonogestrel, responsável pela inibição da ovulação. Uma vez inserido no braço, a tecnologia irá liberar no organismo, de forma lenta, o hormônio responsável pela prevenção da gestação pelo período de três anos (OMS, 2005). No Brasil, o *Implanon* foi aprovado pela ANVISA em abril de 2000, tendo sido lançado no mercado brasileiro em setembro 2001.

O método contraceptivo é apresentado no mercado como um dos mais práticos e eficazes métodos de prevenção à gravidez, pois, conforme informa os folhetos de propaganda produzidos pelo laboratório, “você não precisa mais lembrar à hora de tomar” e “nenhum caso de gravidez foi registrado” (MANICA, 2003: 27). No Programa da IMC, conforme descrito anteriormente é destacado, então, os fatores eficácia, segurança e menor impacto para a saúde das jovens.¹⁶ Além disto, a possibilidade de um maior controle na administração do método contraceptivo por parte do médico, uma vez que somente ele, ou é recomendado que somente ele deva realizar a suspensão do uso, também é um fator a ser ponderado, tendo em vista a preocupação do programa no enfretamento do uso inadequado, não uso ou suspensão da contracepção por parte das jovens.

¹⁶ Que estão relacionados com a *probabilidade de benefício da tecnologia em condições ideais* – eficácia – e com a *probabilidade de efeitos colaterais e adversos* - segurança e impacto (Silva, 2003).

No contexto local privilegiado por esta pesquisa (a região da Restinga e seu entorno), os implantes contraceptivos são apresentados pelos profissionais de saúde e outros atores responsáveis pela seleção, orientação e execução da política de implantes como a solução *mais eficaz e efetiva* para o *problema da gravidez na adolescência*:

Se nós temos um método, que é o mais eficaz e efetivo no controle da gravidez indesejada na adolescência, ele tem que ser privilegiado para aquelas 16 populações que estão no Projeto – leiam o Projeto – em que a taxa de natalidade é maior, dentre as quais a Restinga, infelizmente, no que se trata de gravidez indesejada, é a campeã.

[...] O grande fator limitador [para o uso dos implantes contraceptivos pela rede municipal de saúde], para nós, era o custo. É o que se tem de mais moderno no que tange à concepção, é o que tem menor incidência de efeitos colaterais. Obviamente tem, mas é o que tem menor incidência de efeitos colaterais. É o que tem maior efetividade e eficácia. Ele pode ser revertido a qualquer momento.

O Coordenador da política de implantes subcutâneos chama a atenção para duas questões importantes relacionadas aos implantes contraceptivos. Primeira: ele é um medicamento de alto custo no mercado e de acesso restrito, principalmente para os grupos de baixa renda. Além disto, trata-se de uma *nova tecnologia* e, por conta desta qualidade, o implante subcutâneo é visto e apresentado como a tecnologia mais desenvolvida, ou até mesmo como a melhor opção contraceptiva disponível no mercado. Revestida com o *slogan* da modernidade, o implante subcutâneo torna-se uma alternativa sedutora à medida que carrega consigo uma credibilidade científica, assumindo *status* de verdade¹⁷.

Outro ponto destacado pelos atores responsáveis pela proposta dos implantes contraceptivos foi sua efetividade no enfrentamento das barreiras sociais que dificultam o uso e acesso das adolescentes aos métodos contraceptivos. Como exemplo desta “vantagem” imputada à tecnologia de implante, lembra-se uma situação durante o trabalho de campo, na qual um profissional de saúde descreve os “fatores culturais” que influenciam o uso dos contraceptivos convencionais. Nesta ocasião, o médico ressalta que devo conhecer os problemas que as meninas

¹⁷ Um exemplo desta compreensão é o trazido por Fonseca (2004) sobre “a onda de testes de DNA” no Brasil. Segundo a autora “o teste de DNA - com sua muito badalada precisão de 99,9999% – traz uma suposta certeza” (FONSECA, 2004: 29). A autora descreve como que, no contexto por ela estudado, os testes de DNA fizeram com que fossem descartadas as demais opções tecnológicas, que passam a ser vistas como defasadas. E a “nova tecnologia” é apresentada pelos técnicos como “infalível”. Porém, Fonseca chama a atenção que nem sempre a tecnologia mais desenvolvida/lançamento é a mais adequada, visto que pode transformar relações sociais de maneira negativa. O argumento da autora, no que diz respeito aos testes de DNA, é de que, ao invés de fortalecer os laços de parentesco, a tecnologia acaba por gerar uma dúvida constante, atijando a vontade de saber quem é “realmente” (biologicamente) pai de uma criança.

enfrentam, já que nas Ciências Sociais (onde ele se situa) se costuma abordar essas questões. Ele fala da dificuldade de negociar com o parceiro a camisinha. Comenta, do mesmo modo, a propósito do fato de elas se esquecerem de tomar a pílula e da questão do *status* positivo de estar grávida. Além disso, menciona a distinção que a gravidez estabelece no que se refere ao tratamento do posto de saúde: “Quando estão grávidas têm prioridade aqui no posto”.

Assim sendo, o implante, na percepção dos profissionais que apoiam a política, é considerado um método mais efetivo na prevenção da gravidez na adolescência, justamente por não sofrer tanta influência desses fatores contextuais, que não estão sob o controle médico. Nesse sentido, vale destacar que elementos como a moralidade das famílias, que não admitem a entrada das filhas na vida sexual, as dificuldades de acesso autônomo ao posto de saúde, a complexidade do manejo da pílula (que hora é esquecida e hora tomada incorretamente), a dificuldade de negociação do uso de preservativo com os parceiros, foram observados em diversas pesquisas acadêmicas (LEAL, 1998; LEAL, FACHEL, 1999).

No contexto local, os atores responsáveis pela proposta dos implantes atribuem a escolha e enfoque neste grupo específico da população, apontando barreiras sociais que dificultam o uso e acesso das adolescentes aos métodos contraceptivos. Conforme relata uma agente de saúde, o contraceptivo subcutâneo era destinado às *adolescentes de risco*:

Adolescentes que já tinham filhos (adolescentes com filhos); promíscuas que a gente sabe assim né [que tem mais de um parceiro?] Isso. Que não se adaptam ao método anticoncepcional, que já tinha tentado um método anticoncepcional e que não tinha dado certo¹⁸, mais ou menos esses requisitos.

Na lógica de delimitação do “público-alvo” da intervenção, as *adolescentes de risco* são percebidas como as que “mais precisam”. Tal delimitação é necessária tendo em vista o volume de recursos contraceptivos oferecidos pelo programa da Prefeitura não dar conta da demanda da cidade e que, desta forma, deve-se privilegiar o grupo mais *vulnerável*. Ou seja, o grupo é reconhecido como o que possui maior dificuldade de acesso à contracepção e/ou com maior probabilidade de incidência de uma gravidez, por conta de fatores socioculturais e psicológicos, sendo

¹⁸ Explica ainda a agente que, diferentemente do injetável, que surge na rede de saúde para suprir a demanda de jovens que faziam uso incorreto dos outros métodos contraceptivos, o implante foi direcionado às jovens que não se adaptavam aos outros métodos.

a gravidez vista quase sempre como um problema. Os implantes, então, surgem enquanto um recurso contraceptivo mais *eficaz e efetivo* para as especificidades atribuídas a esta categoria.

Conforme chama a atenção Becker (2008), é interessante lembrar a importância do olhar do outro para a definição das categorias. São elas que atribuem e classificam as pessoas enquanto normais ou desviantes. E neste sentido, a pessoa é desviante quando os outros aplicam este rótulo de maneira eficiente, bem como o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal. Esse rótulo é imputado *pelos outros* e implica em um processo de ser classificado enquanto tal (BECKER, 2008: 21-2). Nesse sentido, trata-se de uma categorização construída socialmente a partir de valores morais hegemônicos da sociedade. E que devem ser vistas em relação a quem acusa e seus valores e visão de mundo e a quem recebe o rótulo. Consequentemente, receber um rótulo de *adolescente de risco* por ter um filho, ser “promíscua” ou não se adaptar a um método contraceptivo revela os valores hegemônicos e interesses daqueles que os aplicam. A categoria risco é interessante, pois não necessariamente abarca a idéia de descumprimento da regra, ou seja, da constatação de um desvio, mas de um *possível desvio*. Neste sentido, o uso de um contraceptivo mais *eficaz e efetivo* permite realizar uma ação preventiva, na visão dos gestores, agentes de saúde e demais atores favoráveis à política de implantes. Está se prevenindo um desvio, ou um desvio ainda maior na carreira profissional e escolar destas jovens. Esta categorização evidencia, então, o enquadramento do desvio, ou seja, do descumprimento de uma regra socialmente instituída, que no caso das adolescentes da Restinga, seria a reprodução antes dos 18 anos.

Entretanto, ao longo do percurso da política municipal de implantes subcutâneos, o perfil delimitado se alarga para mulheres em idade reprodutiva que desejavam o implante contraceptivo por algum motivo. Ao se expandir o foco, outras “vantagens” passam, então, a ser relevantes para a apresentação da tecnologia contraceptiva, que não as barreiras sociais enfrentadas pelas adolescentes. Entra em cena a praticidade do método (pois *não precisa lembrar*), o maior índice de eficácia comparado aos outros métodos e sua durabilidade (que se torna, para algumas mulheres que desejam a esterilização e que não conseguiram acessá-la – seja porque o marido não consentiu, seja pela demora da marcação pelo posto, seja pela falta de requisitos legais para a realização – uma opção mais próxima de suas

necessidades contraceptivas). Portanto, a tecnologia de implantes subcutâneos é apresentada ao contexto local como método mais adequado para solução da gravidez na adolescência e, da mesma forma, como uma opção mais prática, eficaz, duradoura e acessível para mulheres que não mais desejam ter filhos.

Neste sentido, podemos pensar o programa de implantes contraceptivos da Prefeitura de Porto Alegre como uma forma de intervenção social baseada em uma determinada concepção acerca da gravidez na juventude. Podemos pensar, além disso, o programa de implantes contraceptivos como reflexo de uma política de saúde mais ampla, que atua na orientação de pressupostos e diretrizes de programas específicos, dentre os quais se destaca o investimento nas mudanças comportamentais individuais e na delimitação de grupos e comportamentos de *risco*.

2.3 “Pelo caminho mais difícil”: percalços, controvérsias e consensos na trajetória de construção da política de implantes.

A ação governamental de disponibilização de implantes contraceptivos às jovens adolescentes de algumas regiões da cidade foi amplamente divulgada pela imprensa local e nacional. As primeiras reportagens tratavam de informar a parceria estabelecida pela Prefeitura com o Instituto Mulher Consciente e anunciar o início das atividades no Bairro Restinga, local eleito para o início da colocação dos implantes que, segundo os critérios da Prefeitura, seria a região com maior índice de gravidez na faixa etária alvo da intervenção. Nas reportagens, a gravidez no período na adolescência é apresentada como “fora de hora” e quase que necessariamente “indesejada”, como apresenta a manchete de uma reportagem de página inteira de um jornal de grande circulação da capital: “Um basta para a gravidez fora de hora” (Zero Hora, 27 de novembro de 2006: 26). Ou mesmo dos comentários de um colunista de outro jornal importante da cidade sobre o programa: “distribuir implantes anticoncepcionais a meninas carentes de Porto Alegre foi um dos mais acertados programas da Prefeitura” (Correio do Povo, 14 de dezembro de 2006: 4).

No entanto, quando divulgada, a ação governamental gerou questionamentos por parte de alguns atores sociais locais. A primeira manifestação pública de desaprovação da disponibilização de implantes subcutâneos na rede de saúde pública veio de algumas ativistas locais que, por meio de uma *nota de denúncia*, posicionaram-se contrárias à proposta da Prefeitura de Porto Alegre. A nota –

elaborada sob a liderança de representantes de entidades feministas locais – retoma os argumentos que haviam sido enunciados em discussões anteriores com referência à esterilização de mulheres no Brasil e o debate em torno de outro implante, o Norplant¹⁹.

O procedimento do referido Instituto é muito semelhante ao realizado durante vários anos no Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, quando instituições internacionais e laboratórios de pesquisa, em parceria com profissionais e instituições de saúde nacionais, implementaram uma nefasta política de esterilização em massa por meio de laqueaduras de trompas, em muitos casos sem consentimento das mulheres que a elas se submetiam, sem informar devidamente a natureza irreversível do procedimento, mas, sobretudo aproveitando-se, naquela época, do desejo justo da maioria das mulheres de controlarem a sua fertilidade e, não tendo acesso aos meios e insumos mais adequados e reversíveis, buscavam a laqueadura de trompas como a saída de quem não tinha saída, atingindo sobretudo mulheres pobres, negras, de regiões Norte e Nordeste do Brasil (Denúncia Movimento Feminista, 2006: 1).

Em sintonia com a posição histórica do movimento feminista com relação às políticas públicas de saúde reprodutiva, a nota assinada pelas entidades locais se pauta na reivindicação do controle autônomo das mulheres do seu corpo e da sua fertilidade. Tal reivindicação se tornou bandeira internacional da luta do movimento feminista, com o ‘slogan’ *nosso corpo nos pertence*, tendo sido inicialmente empregada na reivindicação do acesso aos métodos contraceptivos. Contudo, com o passar dos anos, ela impulsionou uma série de outras reivindicações e conquistas políticas, tanto no campo dos direitos quanto de agenda governamental, em diversos países. Tendo sido ao mesmo tempo empregada, de forma inversa, para questionar o controle médico exercido através de alguns métodos contraceptivos.

Na trajetória do movimento feminista, os princípios de *autonomia e liberdade de escolha* se consolidam e são utilizados principalmente em contraposição às políticas de controle populacional²⁰. Quanto ao termo *direitos reprodutivos*, este

¹⁹ Boletim de uma ONG feminista de 2002 se posicionava contra o Implanon (contraceptivo doado pela IMC a Prefeitura de Porto Alegre), afirmando que a tecnologia contraceptiva retira a autonomia das mulheres e produz graves efeitos colaterais: “Os implantes à base de progesterona aumentam o risco de câncer de mama para todas as mulheres. O risco é maior para as que começam a usar mais cedo”. Na mesma publicação, é resgatada a proibição no Brasil e em diversos países de outro implante contraceptivo, o Norplant (Mulher e Saúde, 2002).

²⁰ Tais políticas são compreendidas como resultado do entendimento hegemônico de que a redução da pobreza dos países periféricos dependia do controle populacional (GIFFIN, 2002: 104). Tal tese associava a pobreza com o número de pessoas, desconsiderando a concentração de renda. Ainda, relacionando unicamente a pobreza com natalidade, este argumento responsabiliza exclusivamente o indivíduo por sua situação de miséria ou de riqueza. Esta tese levou algumas agências internacionais e governos a elaborarem políticas populacionais restritivas, nas quais legitimava o Estado a estabelecer parâmetros reprodutivos, ou melhor, não reprodutivos (JARDIM, 2003: 56-7).

pode ser situado como fruto desta luta política do movimento, ou seja, “se originam na luta feminista pela busca de acesso e segurança aos meios que possibilitem a liberdade de escolha” (ÁVILA e GOUVEIA, 1996: 163). Sendo com base nestes direitos, consolidados internacionalmente, que o movimento pressiona o Estado a assumir como seu dever a promoção de “condições de controlar o corpo para *evitar* a reprodução, recusando a definição hegemônica da identidade feminina e sua redução à maternidade” (GIFFIN, 2002: 104). Ao mesmo tempo, a atuação do Movimento Feminista é marcada pela reivindicação da não utilização, por parte do Estado ou de outras agências, de práticas coercitivas que venham a ferir a autonomia das mulheres de escolherem os métodos que consideram mais adequados (idéia identicamente contemplada pelo conceito de direitos reprodutivos). Nesse sentido, as críticas realizadas pelas ativistas locais à política pública municipal devem ser entendidas como parte dessa segunda forma de atuação. Seu alvo é o caráter *discriminatório* e *restritivo* da política de implantes, o qual, na visão destes atores sociais, viola os direitos reprodutivos das mulheres jovens. Conforme o texto da denúncia:

O que não se admite é a eleição de um tipo específico de anticoncepcional a ser utilizado em larga escala tendo como único critério a condição sócio econômica, que coincide com o perfil racial/étnico prevalente nesta população, que é afro-descendente (Denúncia do Movimento Feminista, 2006).

Nesta passagem, a denúncia do Movimento Feminista pontua, então, o viés discriminatório da ação governamental ao direcionar a ação a pessoas de baixa renda e (em sua maioria) afro-descendente. Além disto, destacam que o programa da Prefeitura de Porto Alegre restringe as possibilidades de escolhas contraceptivas das jovens ao oferecer apenas um método contraceptivo. A crítica à ausência de autonomia para escolha do método fica clara também na fala de uma ativista do Movimento Feminista quando do seminário na Câmara de Vereadores. Este Seminário foi concebido com a finalidade de discutir de forma ampla e democrática a proposta da Prefeitura:

Essa discussão sobre o acesso à informação de todos os métodos foi um dos fundamentos do debate sobre os implantes hormonais em Porto Alegre, porque o fundamento da autonomia na escolha do método contraceptivo a ser utilizado por uma mulher jovem, na adolescência, na juventude, uma mulher adulta, ou mesmo a utilização de hormônios, discutível em alguns setores, deve ser fundamentada na possibilidade, na informação, no consentimento informado (...). Respeitar esses parâmetros

de escolha fundamenta o exercício de autonomia (Câmara de Vereadores, 2007b: 8-9).

Conforme a fala da ativista local, a autonomia é entendida como uma condição necessária para a escolha de um método contraceptivo, ou seja, só há escolha autônoma quando é oferecida à mulher um leque de possibilidades de contracepção e informações no que se refere as vantagens e desvantagens de cada tecnologia contraceptiva. Para além da discussão específica acerca do procedimento da política de implantes, o valor autonomia perpassa tanto as reivindicações dos movimentos sociais como um todo como conforma um modelo no qual a individualidade e a subjetividade se tornam elementos essenciais da vida social (ÁVILA; GOUVEIA, 1996: 162).

Outro argumento que sustenta a crítica realizada pelas militantes locais é que o implante hormonal é questionado por setores importantes da categoria médica, pesquisadores/as da saúde da mulher. A desconfiança com relação à tecnologia contraceptiva é justificada pela caracterização vaga que defensores da política fazem em relação aos bastões subcutâneos, ao mencionarem apenas “um pequeno desconforto”. Segundo as ativistas, dessa forma, os gestores públicos estariam desprezando os “riscos evidentes dos implantes hormonais”. A evidência dos riscos é apresentada com a descrição dos efeitos da tecnologia no organismo das mulheres, os quais apontam para uma variedade de efeitos diferenciados que podem surgir em cada caso. Assim, o documento elaborado também se posiciona criticamente ao próprio método contraceptivo eleito, finalizando seus argumentos contrários à tecnologia referindo que “enfim, tudo pode acontecer” com o corpo da mulher que se utiliza do medicamento. Esta argumentação poderá ser melhor compreendida se considerarmos as especificidades históricas do movimento feminista no Brasil. Conforme aponta Pedro (2003), quando do ingresso dos métodos contraceptivos hormonais no Brasil, estes eram entendidos pelo movimento feminista como uma forma de controle do Estado no que diz respeito ao corpo. Desse modo, o movimento tendia a enfatizar os perigos à saúde das mulheres vinculados ao uso da contracepção hormonal²¹. E a desconfiança de que, na

²¹ Maria Joana Pedro lembra que é peculiar à posição do Movimento Feminista com relação aos métodos contraceptivos no Brasil. Enquanto nos países europeus havia políticas natalistas, no Brasil a divulgação dos métodos contraceptivos modernos fez parte de políticas internacionais voltadas para a redução da população, sendo comercializados sem entraves desde o início da década de 60. Destarte, as notícias dos novos contraceptivos que eram considerados mais eficazes que os

verdade, tratar-se-ia de uma pesquisa em seres humanos é respaldada, outrossim, pelas informações obtidas sobre a organização da sociedade civil idealizadora da política de implantes, que além de ser um instituto de *pesquisa clínica* e destinar suas ações a *jovens pobres* ou que *cumprem medidas de proteção* (albergadas), teria uma vinculação com o próprio laboratório fabricante do medicamento²².

O amplo debate fomentado pela disponibilização dos implantes subcutâneos na rede de saúde de Porto Alegre refletiu em uma nota do Ministério da Saúde igualmente condenando o Programa da Prefeitura:

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde essa **iniciativa não está em sintonia com os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos** de mulheres e homens, adultas(os) e adolescentes, visto que um dos requisitos fundamentais para a efetivação desses direitos é a escolha livre e informada e a possibilidade do sexo seguro e sem violência, cabendo ao poder público oferecer informações e acesso a um leque de métodos e técnicas tanto para a concepção quanto para a anticoncepção, que permitam às pessoas regularem a sua fecundidade, sem colocarem em risco a sua saúde. (Ministério da Saúde, 2006, grifo nosso).

Como se observa nesta passagem, a frente discursiva do Ministério da Saúde se afina aos argumentos feministas, que colocam o foco na violação dos direitos sexuais e reprodutivos da população alvo da política, uma vez que entendem que não houve respeito à *escolha livre e informada*. A nota do Ministério da Saúde, além disso, aponta desvantagens do método contraceptivo eleito pela política pública, enfatizando as altas taxas de descontinuidade no uso do implante de progesterona e concluindo que o medicamento possui baixa efetividade, por conta desta descontinuidade e do alto custo de mercado (Ministério da Saúde, 2006).

Outro aliado na problematização da política de implantes contraceptivos é o Conselho Municipal de Saúde. Na nota acima referida, o documento de denúncia

anteriores, vieram acompanhados de dados alarmantes a respeito do perigo da superpopulação. Tal configuração levou até mesmo o Movimento Feminista brasileiro da década de 70 a posicionar-se de forma crítica aos contraceptivos hormonais, chegando inclusive algumas vezes a repetir alguns dos discursos da Igreja Católica, situação impensável no Movimento Feminista europeu. Para o movimento feminista: a) solução para o problema demográfico era o desenvolvimento econômico com justiça social; b) os métodos artificiais disponíveis traziam problemas de saúde; c) as políticas do Estado em relação à natalidade visavam ao corpo das mulheres e pretendiam acabar com a miséria, não deixando nascerem os pobres. Algumas, todavia, criticavam apenas a falta de acompanhamento médico no uso de contraceptivos (PEDRO, 2003: 241-42).

²² O *slogan* do laboratório fabricante do medicamento aparece na página do Instituto, juntamente com outras empresas privadas. Há até menção à participação do representante do laboratório na ata de Fundação do Instituto. Tal vinculação é alvo de uma série de desconfianças conforme se apreende, além da nota de denúncia do movimento feminista, de algumas falas na audiência pública realizada para discutir a política de implantes.

sublinha o desrespeito as instâncias chamadas de “controle social” e de decisão de políticas públicas. Isso porque, a política de disponibilização de implantes hormonais não teria sido submetida à apreciação em nenhum dos conselhos gestores, responsáveis pela garantia da descentralização e participação democrática das decisões políticas governamentais e nem nas instâncias técnicas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Tal argumento é utilizado pelo próprio Conselho Municipal de Saúde para fundamentar sua decisão de suspender o Programa até que o órgão realizasse uma avaliação da proposta da Prefeitura de Porto Alegre (CMS, 2006).

O que as militantes feministas locais e o Conselho Municipal de Saúde estão chamando atenção, aqui, é para falta de formalidade que se desenvolveu a política de implantes subcutâneos, que não buscou incluir a participação das instâncias democráticas de controle social na discussão da proposta de inserir na rede de saúde pública municipal um novo método contraceptivo. A criação de mecanismos de participação na gestão pública pode ser relacionada às transformações estatais ocorridas durante a década de 70, em que uma das principais propostas foi à descentralização do poder estatal. E, naquele contexto histórico, a descentralização “aparece como uma possibilidade real de melhor gerir os serviços públicos e, nos países egressos de ditadura [como o Brasil], também como possibilidade de democratização” (HEUDRICH, 2002: 26). Neste processo de descentralização, algumas instituições foram instituídas para que a sociedade pudesse exercer, conforme a Constituição Federal de 1988, o controle democrático que lhe compete. Algumas destas instituições foram acionadas durante o processo de construção da política de implantes hormonais, como o Conselho Municipal de Saúde e o próprio Ministério Público, conforme se apresenta a seguir.

Conforme prevê a legislação específica²³, os Conselhos Municipais de Saúde são instâncias deliberativas de planejamento, fiscalização e avaliação do SUS – Sistema Único de Saúde, criadas na década de 1990 com o objetivo de garantir a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. Este modelo de instituição, adotado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, propõe a participação dos cidadãos não apenas na eleição de representantes governamentais, mas sua participação *direta* nos processos de decisão e controle

²³ Constituição Federal; Lei Federal nº 8142/90 e Lei Complementar nº. 277 de 20 de maio de 1992 do Município de Porto Alegre.

político (Brasil, 2005:12). Já o Ministério Público assume no conjunto de mecanismos de controle e descentralização o papel de “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e do interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 da CF, 1988).

E é na função de garantia dos serviços de saúde e dos direitos das jovens adolescentes que o Ministério Público se insere na discussão da política de implantes contraceptivos. Em situação anterior, o órgão havia sido acionado pela própria IMC para opinar a respeito do uso de implantes subcutâneos em jovens albergadas no sistema de proteção do Município de Porto Alegre. No caso da política de implantes, o órgão é acionado pela Prefeitura de Porto Alegre quando da suspensão da política por parte do Conselho Municipal de Saúde. Em ambas as manifestações, o Ministério Público se pauta na “gravidade e urgência do problema da gravidez na adolescência” (Ministério Público, 2007) para embasar sua decisão favorável ao uso dos implantes em jovens adolescentes, assim como a retomada do programa executado pela Prefeitura de Porto Alegre. A recomendação de retomada da política municipal utiliza, ainda, laudo biomédico para descartar dúvidas com relação ao método contraceptivo: “não há contra-indicação do uso desse medicamento exclusivamente pelo critério da faixa etária a que se destina no citado Projeto” (Ministério Público, 2007).

Com o parecer favorável à política de implantes subcutâneos, a Prefeitura de Porto Alegre retoma a colocação dos implantes, enquanto que as ativistas do Movimento Feminista local e o Conselho de Saúde buscam outros espaços públicos para a ampliação da discussão. Dentre estes espaços destaca-se a organização de uma audiência pública específica para discussão do tema na Câmara Municipal de Vereadores, que gerou, mais tarde, um Seminário que tinha como objetivo discutir a gravidez na adolescência (evento referido anteriormente). Nestes espaços de discussão, os defensores da política de implantes procuraram demonstrar que se trata de *mais um método contraceptivo* incorporado na política de planejamento familiar municipal, destinado à população mais vulnerável ao problema da gravidez indesejada e que a Prefeitura não realizava qualquer violação de direitos reprodutivos.

Logo após a realização da audiência pública, a plenária do Conselho Municipal de Saúde resolve aprovar o uso dos implantes contraceptivos doados pela IMC à Prefeitura de Porto Alegre. Contudo, recomendam à Prefeitura que o

Programa seja estendido a todas as mulheres em idade fértil, para que “não se fira os princípios de universalidade do sistema único de saúde” (CMS, 2007b). Neste sentido, o Conselho Municipal de Saúde reconhece a legitimidade da ação governamental após sua discussão nas instâncias democráticas de controle social. No entanto, reformula a proposta inicial por entender que o direito ao uso do medicamento não é exclusivo de jovens de regiões onde há o maior índice de gravidez na adolescência. Tal entendimento destoa das atuais políticas sociais e afirmativas que se pautam em critérios de vulnerabilidade social.

A decisão do Conselho Municipal, de aprovar o Programa e estender a toda a população é alvo de ironia por parte da Primeira Dama do Município, a primeira a articular a parceria da Prefeitura com a IMC:

De um Programa tão ruim, passou a ser um Programa tão bom que deveria se aberto para todas as mulheres de Porto Alegre. A decisão do Conselho foi essa, de ruim, de um Projeto ruim, ele passou a ser um Projeto tão bom que todas as mulheres tivessem o direito de usá-lo.

E óbvio, não estávamos preparados para atender todo o município de Porto Alegre. Estávamos preparados para iniciar um Projeto, um plano piloto, em uma determinada região que seria a Restinga, para atender jovens de 15 a 18 anos. Essa é minha intenção. Mas como o Conselho não me permitiu fazer isto... Então, nós abrimos, para poder fazer. Para não ter que devolver os implantes para a ONG. Ia ser ridículo! Então abrimos, fizemos uma concessão, fizemos uma negociação junto ao Conselho e conseguimos imediatamente implantar esses implantes (Entrevista Primeira Dama).

Conforme esta passagem, fica claro que, tanto para as idealizadoras do Projeto, como para a articuladora da parceria entre Prefeitura e IMC, a idéia era resolver o “problema da gravidez na adolescência” em bairros estratégicos (por conta do maior índice de gravidez nesta faixa etária). Porém, com o ingresso de outros atores na discussão, tal proposta não se concretizou de maneira plena, visto que os implantes contraceptivos foram estendidos a todas as mulheres. Neste sentido, o Projeto inicial “Adolescência: um Projeto de vida” foi se transformando ao longo deste percurso que se procurou demonstrar. E, na percepção da Primeira Dama do Município, as críticas em relação a proposta inicial não foram em relação ao conteúdo da proposta, e sim se tratou de uma ação contra o Governo Municipal. As *dificuldades políticas* encontradas para a implementação do Projeto são destacadas em uma fala da Primeira Dama, em entrevista:

Eu não sabia que iríamos encontrar dificuldades políticas, e foi ali que a Presidente do Instituto Mulher Consciente perdeu as esperanças. E eu não... Eu sei que o caminho político é sempre o mais difícil, é sempre o

mais complexo, é sempre o mais cheio de voltas, é sempre o mais cheio de questionamentos e de combatência, tu vai sempre encontrar algum inimigo no meio do caminho, no caminho político (Entrevista Primeira Dama).

A visão de uma disputa política é compartilhada por outros atores que participam deste debate, como o Coordenador do Programa de implantes subcutâneos da Prefeitura, que, quando se refere às divergências suscitadas pelo programa, explica que houve uma “polarização de torcidas”. Em uma de nossas primeiras conversas, questiona:

Sobre a discussão no Conselho Municipal de Saúde, o médico responsável pelo programa de implantes afirma que o Conselho não tinha motivos técnicos para suspender a política de implantes da Prefeitura. Questiona por que os representantes do Conselho de Saúde estavam agora reclamando se o medicamento é aprovado em vários países, foi autorizado no Brasil e qualquer pessoa pode comprar na farmácia... Refere, para reforçar seus argumentos, que já houve outros Projetos como os mesmos implantes e eles não fizeram nada. Diz que o Implante é o mesmo remédio que o Deprovera (injetável) e que o Estado disponibiliza na rede de saúde há muito tempo.

A referência à disputa política entre a Prefeitura e o Conselho igualmente é feita por um dos membros do Conselho Municipal de Saúde. Em entrevista realizada, o membro de uma das principais protagonistas do debate no que diz respeito aos implantes e de mobilização de ações que chegaram a suspender a parceira público-privada, afirma que a parceira é um “projeto político e não uma política pública” e que “na Secretaria de Saúde Municipal o que prevalece é à vontade dos políticos e não os interesses da população”. O tom de toda sua fala é de suspeita e por diversas vezes afirma que não sabe o que se passa por trás das parcerias que se firmaram para a implementação do Projeto na Prefeitura. Esta desconfiança é justificada pelo envolvimento do coordenador da política de implantes nas últimas eleições, o qual se candidatou a vereador na cidade. Fruto destas divergências houve até uma representação judicial contra o médico por este usar, em seus folhetos de propaganda eleitoral, uma imagem de uma criança e outra dele realizando a aplicação de implantes contraceptivos. Neste mesmo folheto, o médico apresenta como proposta a disponibilização de implantes contraceptivos na rede de saúde pública.

Cabe ressaltar que, nestas falas quanto à disputa política, os atores estão de uma forma ou de outra delimitando as fronteiras entre um projeto político, com fins eleitorais e de divulgação pessoal e uma política pública, que se pretende permanente, democrática, equitativa e que perdure para além dos mandatos

políticos. Quem explica estas noções é uma funcionária da Secretaria de Saúde. De forma bastante crítica ao Programa, a técnica da Secretaria de Saúde defende sua posição com relação ao Programa da Prefeitura com base no desrespeito das instâncias técnicas da saúde da mulher para discussão prévia do Projeto. Ou seja, coloca mais outro ponto fundamental de legitimação de uma política pública, sua adequação técnico-científica.

Ele [o implante contraceptivo] tem que ser mais um método como todos os outros são. Do jeito que é não é uma política pública. Onde já se viu uma secretaria apresentar o Programa dos implantes? Coisa que não funciona. É uma coisa distorcida. Enquanto saúde, tem que ter a questão educativa e dos métodos contraceptivos, isso é política pública. (...) Está difícil, tem que ser política pública. Não dá para ser coisa de pessoas, por que daí muda o governo e eles terminam. (...) O problema do implante é que ele não veio enquanto política pública, ele tem ser equitativo, tem que dar mais a quem precisa. (...) Antes [na outra gestão municipal] existia um respeito técnico. A maioria da coordenação hoje é só político. Quando a questão técnica é bem feita, qualquer barreira política é superada (Entrevista funcionária da Secretaria de Saúde).

Ao descrever a trajetória de implementação da política de implantes contraceptivos em Porto Alegre percebe-se que esta foi construída a partir de uma série de atores, todos com suas visões e posições acerca da maneira de como fazer políticas públicas. E, é a partir deste percurso que se vislumbra também a trajetória de legitimação da proposta de uma organização da sociedade civil como uma política de planejamento familiar. A construção desta legitimação passa por uma série de elementos os quais se destaca três. Primeiro, a potência política do discurso de gênero e da gravidez na adolescência enquanto um problema social, ou seja, suas capacidades de articulação de diferentes atores e agências políticas locais e globais em torno de uma determinada questão. Segundo, a autoridade investida nos propositores da ação que de um lado estava vinculado a um espaço autorizado para falar em nome dos direitos das *mulheres adolescentes* (gabinete da Primeira Dama). E, de outro, estava vinculado à autoridade do Secretário de Saúde, que atuou no sentido de implementar o programa, garantindo a distribuição dos implantes contraceptivos na rede de saúde do município e do médico designado para coordenar as atividades da política de implantes que, além de sua autoridade como médico, atua enquanto liderança política na comunidade alvo da intervenção. O terceiro elemento destacado se trata do contexto histórico de abertura democrática, no qual cada vez mais os movimentos sociais, através da participação

em instâncias democráticas de controle social, atuam na formulação e implementação de políticas públicas²⁴.

2.4 A proposta dos implantes sob o olhar da comunidade local e das mulheres entrevistadas:

Completando as reflexões sobre a política de implantes contraceptivos, cabe neste momento indagar de que forma as pessoas “alvo” desta política percebem e vivenciam o processo de implementação desta política. Desta forma, privilegiou-se o contexto da Restinga e seu entorno, tendo em vista ter sido esta comunidade eleita, pelo programa da Prefeitura, para início de suas atividades. Além disto, foi o local onde houve o maior número de aplicação dos implantes contraceptivos, que de um total de 2.500 disponibilizados, 910 foram aplicados nesta região, segundo informações repassadas pelo coordenador da política de implantes (e divulgadas no site pessoal dele).

Joelma, agente de saúde comunitária da Restinga, por dois momentos esteve à frente das discussões da política de implantes, atuando enquanto representante da comunidade alvo da política de implantes. A legitimidade de *falar em nome da comunidade da Restinga* é justificada por seu trabalho de dez anos na comunidade, conforme sua fala durante a audiência pública realizada na Câmara de Vereadores de Porto Alegre com o objetivo de discutir a utilização de implantes contraceptivos pela Prefeitura de Porto Alegre: “eu vim representando uma comunidade, porque há dez anos eu trabalho de agente comunitária de saúde, eu visito 245 famílias, tenho mais colegas aqui que trabalham também, que vão às casas, que vão aos lares.” (Câmara de Vereadores, 2007a: 32). Em outra oportunidade, quando foi discutida na plenária do Conselho Municipal de Saúde a suspensão do programa implementado pela Prefeitura de Porto Alegre, a agente de saúde comunitária enfatiza a necessidade de se olhar para a comunidade, de ouvi-la de conhecer suas *carências* e *deficiências*:

O que a gente está questionando é uma decisão tomada sem ouvir as pessoas que foram beneficiadas, as que vão se beneficiar, em uma comunidade carente. (...) A gente viu que realmente era um benefício para nossa comunidade. (...) Olhem para a nossa comunidade. Vocês vejam a carência, vejam mães, mulheres que não tem a oportunidade de ficarem

²⁴ A discussão mais ampliada do processo de legitimação da política de implantes contraceptivos foi desenvolvida em Jardim & Meineirz, 2008.

três anos planejando para terem um filho. Que vão poder planejar para dar uma vida. Então, por favor, deixem a gente continuar com o processo. Pensem com carinho, com respeito (CMS, 2007a).

Na sua fala, a agente comunitária pleiteia que seja retomado o programa da Prefeitura de Porto Alegre, porque, como visto antes nas falas dos idealizadores da política apresentadas anteriormente, Joelma acredita que a política de implantes oferece uma *oportunidade* para as jovens da Restinga, jovens estas percebidas como *carentes* de recurso contraceptivos e políticas focalizadas nesta questão. O ideário de que a região é a que *mais precisa* é reforçado pelo argumento do número de gravidez na faixa etária alvo da política de implantes. Entretanto, diferentemente dos idealizadores e gestores públicos que fazem uso de dados estatísticos, a agente de saúde comunitária destaca seu conhecimento empírico da realidade (a partir do seu trabalho enquanto agente de saúde) para comprovar a existência do *problema*: “Nós temos comprovado que [tem na Restinga] adolescentes de 17 anos com dois, com três filhos, com quatro filhos” (Câmara de Vereadores, 2007a: 32). Completando o argumento, Joelma ainda refere-se à política de implantes enquanto um *direito das adolescentes* da Restinga, argumentando que são elas que estão desejando utilizar o novo contraceptivo oferecido. Contrapondo-se diretamente aos argumentos contrários à política de implantes, que sugeriam que as jovens da Restinga não foram respeitadas na sua autonomia de escolha, rebate, afirmando que o povo da Restinga tem sim *discernimento*:

Eu gostaria que vocês vissem assim que a Restinga, gente, eu gostaria de colocar para vocês: não é um povo que não pensa, não. Parece aqui, olhando, que a Restinga não tem condições de discernir que as pessoas, coitadas, são manipuladas, e não é verdade! Não é verdade! (Palmas.) Agora, se querem nos manipular é diferente, porque a gente não quer servir de escudo, de briga para outras coisas, para a disputa política de vocês, para o que vocês estão pensando! Não queremos isso! Nós queremos os nossos direitos, que é o da nossa adolescente poder pensar, durante três anos, além de usar o preservativo, sim! Porque parece que as pessoas não querem escutar que o preservativo está sendo salientado, para as pessoas usarem! Parece que não estão querendo escutar, estão batendo numa tecla, numa tecla! (Câmara de Vereadores, 2007a: 32-33).

Algumas jovens que participaram da política de implantes também se referem ao recurso contraceptivo como *um direito seu*: “era um direito meu, aí eu quis” (Nívea, 21, casada). E ao enfatizarem ser um direito, logo estão indiretamente afirmando sua capacidade para exercê-lo, como bem reivindica a agente comunitária de saúde citada anteriormente. Outras jovens, quando questionadas sobre sua opinião acerca da política de implantes contraceptivos, do mesmo modo se referem

como algo *bom*, como algo *que precisam*, como uma *ajuda*. Clarissa, por exemplo, conta que soube das discussões a respeito da política de implantes através da televisão e diz que “é bom para as gurias”, pois assim elas “não precisam lembrar” de tomar a contracepção oral. A jovem destaca ainda como importante a iniciativa dos funcionários do Posto de Saúde de se preocuparem com estas questões e prontificarem-se a ir até a casa das pessoas para fornecer informações sobre o novo método contraceptivo disponível na rede. Carmem, que é mais velha que Clarissa, afirma que “todas precisam. A gente, que é velha, por exemplo, a gente esquece...” e conclui “acho que para todas vale à pena”. Por outro lado, Jandira faz uma crítica ao argumento desfavorável à política de implantes que apresenta a proposta como instigadora ao não uso do preservativo e enfatiza as boas intenções dos proponentes da política de implantes:

Eu acho errado as pessoas criticarem. Só não usa camisinha quem não quer... O implante é só mais um método para não engravidar... É uma coisa que eles estão tentando ajudar para as crianças não terem criança. Então eles estão fazendo uma coisa para o bem, não para o mal.

O uso combinado do preservativo com o contraceptivo era uma das principais preocupações que se apresentava em relação à política de implantes e que ao longo do trabalho de campo foi destacada por lideranças comunitárias, jovens que estavam com a tecnologia no corpo entre outros. A líder comunitária Sonia, explica que é contra os implantes contraceptivos porque *conhece* a comunidade, e que sua preocupação é a transmissão do vírus HIV. Sonia descreve o que ela denomina de *rede do HIV*: “eu e a Gláucia conversamos muito sobre isto... Tem um guri que a gente conhece que é portador do HIV e que a gente sabe que anda com uma, outra, outra... e é deste modo que se forma a rede do HIV”. Assim, para a líder comunitária, o *problema* está nas jovens que são solteiras, pois “colocar o implante nas que são casadas não tem problema”. Esta questão é importante, uma vez que revela a percepção de quem estaria mais vulnerável ao vírus HIV, para tanto se retoma este assunto mais adiante. Além disto, a idéia de que com o implante as jovens iriam “sair dando a revelia” identicamente é algo destacado por outras pessoas, como descreve Gláucia:

Uma das coisas que mais nos preocuparam, ainda, é que muitas pessoas chegavam e nos perguntavam: ‘Dona Gláucia, agora elas vão sair dando a revelia por aí e as doenças como é que fica? Não vai engravidar, mas vai pegar uma AIDS, daí minha filha morre’. Então teve mães que tiveram consciência.

Conforme relata a líder comunitária Gláucia, a preocupação de algumas mães, e dela própria, é que, com a segurança de não engravidar oferecida pelo implante contraceptivo, as jovens passariam a ter maior liberdade para manter relações sexuais, despreocupando-se com a prevenção de doenças. Neste sentido, o controle eficaz da reprodução²⁵ geraria, na percepção destas líderes comunitárias, o descontrole da sexualidade e de suas consequências relativas a doenças sexualmente transmissíveis. Reforçando esta idéia, há ainda a percepção de que as mais jovens, ou seja, as adolescentes seriam mais “irresponsáveis”, pois “elas estão toda hora trocando de namorado” e “não se cuidam” com relação às doenças sexualmente transmissíveis:

“(…) Só quem mora aqui sabe o que estas meninas fazem... Elas engravidam porque não se cuidam... Já não usavam camisinha, agora menos ainda... Trocam de namorado toda a hora...” (Alma, líder comunitária da Restinga).

Outra questão importante levantada por Gláucia é que a demanda pela tecnologia contraceptiva estaria relacionada com certo prestígio na participação de um projeto que estava em evidência e que oferecia uma tecnologia reconhecida e apresentada como a mais avançada e de alto custo. Para Gláucia, os implantes são um *status* para as jovens que dele fazem uso. Tal relação pode ser verificada em algumas falas que se apresenta nos capítulos seguintes a respeito da imagem de *mais eficaz, mais seguro e que previne mais* associada ao implante subcutâneo.

As disputas políticas entre governo e agências de controle social, ou entre gestores identificados com certos partidos políticos e outros atores sociais identificados com partidos de oposição, igualmente foram pautadas em algumas conversas com lideranças comunitárias. Porém, cabe destacar que estas disputas fazem parte de uma lógica político-partidária na qual estes atores estão envolvidos. Por exemplo, Gláucia constantemente afirma que o investimento da política de implantes na comunidade da Restinga está relacionado com o projeto de se tornar vereador do coordenador da política de implantes²⁶. Porém, em uma reunião da

²⁵ Conforme se descreve nos capítulos seguintes, há uma forte desconfiança em relação aos outros métodos contraceptivos oferecidos pela rede de saúde.

²⁶ Gláucia se tornou essencial para inserção em campo na comunidade da Restinga. A partir dela, se pôde ter acesso a sua rede de contatos de lideranças comunitárias, as quais possibilitaram o acesso as mulheres que estavam com a tecnologia de implantes no corpo. E, em uma de nossas conversas, Gláucia brinca comigo, dizendo que, quando iniciasse a campanha eleitoral logo se iria saber quem havia colocado o implante subcutâneo oferecido nos postos de saúde da região: seus muros estariam

comissão de implantação da Escola Técnica Federal da Restinga, a líder comunitária conta que no início de sua mobilização para a construção da Escola na sua comunidade foi acusada de estar fazendo “politicagem”. Sonia, outra líder comunitária, ao ouvir o relato de Gláucia, ri e diz que “as pessoas diziam que ela queria se candidatar a vereadora!”. Então Gláucia explica como ela percebe as relações dentro da sua comunidade: “aqui tudo é disputado, as pessoas pensam muito longe”.

Verifica-se, no que diz respeito aos posicionamentos das lideranças e agentes comunitárias, diferentes preocupações e perspectivas sobre a política de implantes. Com relação às lideranças comunitárias que tive contato e que, de certa forma, estavam ligadas a partidos de oposição ao governo da época ou a movimentos sociais (como o feminista ou mesmo de uma vertente mais ampla de atuação comunitária em geral – como associações comunitárias ou de representação em instâncias de participação e controle social como Orçamento Participativo, Conselhos), estas demarcam uma crítica ao programa de implantes, bem como levantam preocupações como autonomia de escolha e retirado do método contraceptivo. Agora, as agentes comunitárias de saúde, que além de serem da comunidade atuam enquanto agentes de governo, posicionam-se no sentido de garantir serviços para a comunidade, além de reivindicarem, como mesmo o fazem as líderes comunitárias, que as pessoas as quais se destinam a ação governamental sejam ouvidas.

As ambivalências, divergências e disputas no que tange à política de implantes foram encontradas em uma série de situações ao longo do trabalho de campo. Além disto, apesar do engajamento de uma série de lideranças e outros atores sociais contrapondo-se à política de implantes, era inegável a demanda pelos implantes contraceptivos pelas jovens residentes nas regiões eleitas para recebê-los. Esta demanda, conforme se pontuou aqui, se deve a uma série de fatores, que além de refletirem a perspectiva das pessoas que residem na comunidade alvo da intervenção, apresenta como elas se relacionam com os diversos discursos

pintados com a propaganda eleitoral do coordenador da política de implantes, que se candidatava a vereador naquela eleição. Pôde-se constatar esta relação em campo, quando eu estava em um dos “becos” da Restinga, conversando com a Presidente da Associação daquela localidade, sobre as mulheres que ela conhecia que haviam aplicado o implante subcutâneo. Ela então indica sua filha, mas, no caminho à casa de sua filha, comenta: “Ah, aqui também tem uma guria que colocou o implante.” É então que percebo que está pintado no muro da casa que ela indica a propaganda eleitoral do coordenador da política de implantes.

acionados ao longo do processo de implementação da política de implantes contraceptivos. Já a imersão no contexto cultural das jovens que optaram pela tecnologia de implantes, perquirindo suas percepções e preocupações acerca da reprodução e do exercício de sua sexualidade, por meio de relacionamentos, sentimentos e práticas, tem como objetivo complexificar e aprofundar a reflexão e compreensão dessa nova prática contraceptiva oferecida pela política municipal de saúde.

3 PENSANDO PRÁTICAS, EXPERIÊNCIAS E RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS SOB A PERSPECTIVA DA TRAJETÓRIA SOCIAL

3.1. Sexualidade como construção social: algumas abordagens teóricas

Na tradição disciplinar das Ciências Sociais, o estudo das práticas sexuais foi essencial para pensar a organização social das sociedades, especialmente no que se refere às relações de parentesco e da reprodução social e biológica²⁷. Dentro desta vertente disciplinar, a Antropologia irá direcionar seu olhar para os significados a respeito de práticas e experiências vinculadas com os domínios da sexualidade, sendo compreendidos enquanto elaborações culturais. Neste sentido, o que significa sexo e mesmo como ele se relaciona com os outros domínios da vida social, variam conforme o contexto histórico e cultural. Especialmente no campo antropológico, há estudos clássicos desde o início do século que irão descrever as práticas sexuais, tais como Malinowski (1927), Mead (1935) e Bourdieu ([1966] 2002), para citar alguns. Tais estudos etnográficos influenciaram e impulsionaram novas perspectivas em relação à sexualidade, conforme destaca Vale de Almeida (2003) em seu artigo que discute os consensos e conflitos teóricos sobre a abordagem da sexualidade na perspectiva antropológica. Neste artigo, Vale de Almeida demarca a importância da distinção entre sexo e gênero para o avanço dos estudos relativos à sexualidade o que tem seu marco acentuado nos trabalhos de Mead²⁸.

Produzidas principalmente no âmbito das Ciências Sociais, a abordagem reconhecida como *construtivista* concebe a sexualidade como um produto de processos históricos e sociais, ou seja, “é a cultura quem inventa o sexo, lhe dá

²⁷ O objetivo aqui não é tratar de todos os trabalhos produzidos nesta temática, tendo em vista outros autores terem realizado esta revisão. Quanto aos estudos relativos à sexualidade na antropologia ver, sobretudo Vance, 1995; Loyola, 1998 e Vale de Almeida, 2003, entre outros.

²⁸ Em “Sex and Temperament in the three primitive societies” (1935), Mead discute as elaborações culturais referentes às emoções atribuídas a cada sexo, a partir de três sociedades tribais. A autora mostra, a partir da comparação entre as três sociedades estudadas por ela, que as emoções atribuídas no ocidente como exclusividade masculina ou feminina são, na verdade, construções culturais. Assim, por exemplo, a personalidade maternal que na sociedade ocidental é concebida como uma exclusividade feminina, entre os Arapesh trata-se de um comportamento observado tanto de homens como de mulheres. Em contrapartida, entre os Mundugumor, Mead percebe que os atributos de agressividade, próprios de uma identidade masculina entre a cultura ocidental, podiam ser encontrados identicamente entre os homens e as mulheres.

importância e, inclusive produz teorias para pensá-lo e mesmo para ‘construir’ sexualidade” (TENTRO, 1999: 33). Deste modo, pensar a sexualidade como construção social é torná-la instável e passível de flexibilidade temporal e espacial, uma vez que seus significados e conteúdos podem ser variáveis ao longo da história, entre sociedades, entre diferentes grupos sociais em uma mesma sociedade e até mesmo ao longo da vida dos sujeitos (LOYOLA, 1999: 36). Neste sentido, é que se propõe, nesta ocasião, abordar as experiências e práticas sociais das mulheres que optaram pela tecnologia contraceptiva de implantes subcutâneos, dando conta do contexto onde elas se dão, bem como do momento da trajetória social destas mulheres.

Interessa reter aqui, a proposta do construtivismo social a qual procura analisar as categorias locais e os sistemas de classificação que organizam e definem a experiência sexual nos diferentes contextos sociais e culturais. Desta maneira, colocando o foco nos contextos os quais a atividade e conduta sexual são moldadas e constituídas, é possível desvendar as relações de poder e de desigualdade sociais no qual está imbricada, bem como os sistemas de normas e significados que as organizam. Nesta perspectiva, marcadores sociais como gênero, classe social e geração foram essenciais para pensar estas estruturas e experiências sexuais (GAGNON & PARKER, 1995: 11-12).

A perspectiva do construtivismo social apóia-se nos estudos norte-americanos do interacionismo simbólico, os quais se centravam no processo de interação social e na dimensão simbólica da conduta dos sujeitos, tendo sua influência mais marcada na teoria *sexual scripts* (roteiros sexuais) desenvolvida Gagnon e Simon (1973). Tal conceito supõe que os indivíduos adquirem, através do *processo de socialização*, padrões de conduta sexual que são apropriados para cada situação social e que os *cenários culturais*, onde devem ser aplicados tais *scripts*, são incorporados e manipulados pelos sujeitos. Tais roteiros definem *com quem, quando* e *onde* as pessoas devem fazer sexo e *o que e porque* elas podem/devem fazer sexualmente:

(...) as pessoas adquirem *scripts* para a conduta sexual (com quem elas devem fazer sexo, quando elas devem fazer sexo, onde elas devem fazer sexo, o que elas podem fazer sexualmente e porque elas devem fazer coisas sexuais). Estes *scripts* incorporam o que a cultura intersubjetiva trata como sexualidade (*cenários culturais*) e o que os indivíduos acreditam ser o domínio da sexualidade. Os indivíduos improvisam em torno dos cenários culturais e no processo da atividade sexual criam uma cultura

sexual modificada para a sociedade. (LAUMANN & GAGNON, 1995: 188. Tradução nossa).

Reconhecido como pioneiro da abordagem da sexualidade enquanto construção social, o livro de Gagnon e Simon (1973), apresenta uma proposta teórica que articula diferentes níveis nos quais as práticas sexuais são produzidas, coordenadas, significadas e adaptadas. O deslocamento para pensar a conduta sexual como *roteirizada*, ou seja, fruto de um processo de aprendizado no qual se aprende a executar e desejar certas práticas e parceiros sexuais tem sua inspiração nos trabalhos desenvolvidos pela Escola de Chicago. Tais trabalhos utilizam o modelo de *carreira* para pensar outros aspectos da vida social dos sujeitos, que não o profissional, enquanto um processo no qual as pessoas assimilam estilos de vida e os colocam em prática, conformam identidades e modificam subjetividades (GAGNON, 2006: 405). É importante lembrar, pois, que a noção de carreira é central nos estudos do interacionismo simbólico e que abarcam um conjunto de estudos que extrapolam o campo de estudos da sexualidade.

Dentre estes estudos destacam-se os trabalhos da sociologia do desvio, de Becker ([1963] 2008), com referência à *carreira desviante* dos fumantes de maconha e dos músicos de jazz, e de Goffman ([1961] 1974), referente à *carreira moral* do doente mental. Tais obras são importantes para compreensão de como que certos eventos, práticas e assunção de papéis e posições ao longo da trajetória social dos sujeitos implicam na configuração e/ou reconfiguração de atitudes, práticas e *status* frente a si e aos outros. O enfoque no aprendizado e na aquisição de disposições e motivações ao longo do percurso de uma carreira seja ela desviante ou não, apresentado tanto por Becker como por Goffman, é importante para este trabalho, uma vez que contribuem para algumas questões que são aqui discutidas. Já a incorporação da noção de *contingências da carreira* é interessante para pensar os elementos eventuais que determinam ou modificam o percurso das carreiras dos sujeitos. *Contingências de carreira* seriam fatores e requisitos necessários, impeditivos ou que evitam a mobilidade de uma posição social para outra. Tais contingências englobam “fatores objetivos de estrutura social quanto [às] mudanças nas perspectivas, motivações e desejos do indivíduo” (Becker, 2008: 35).

Goffman (1974), por exemplo, apresenta em seu estudo no que diz respeito à carreira moral do doente mental, como que a rotulação de desviante, por parte de outras pessoas ou a hospitalização do doente mental, atua de forma decisiva no

desenvolvimento das respectivas carreiras analisadas por ele. Por outro lado, Becker (2008), ao estudar as carreiras dos músicos de casas noturnas, destaca o efeito de certas incompreensões e divergências familiares relativo ao trabalho realizado pelo ente familiar, ensejando frequentes alterações no percurso da carreira e, por vezes, inclusive seu encerramento. Neste sentido, tanto Becker quanto Goffman irão dar destaque para o *circuito de agentes e agências* (GOFFMAN, 1974) que participam e intervêm de maneira decisiva na carreira dos sujeitos.

3.2 Algumas notas sobre as trajetórias afetivo-sexuais:

A noção de trajetória afetivo-sexual é cunhada por Bozon e Heilborn (2001) em um trabalho no qual os autores realizam um estudo comparado entre Brasil e França no que tange à iniciação sexual de homens e mulheres nestes países. Nesta esteira teórica, outros trabalhos do mesmo modo irão focar as trajetórias afetivo-sexuais contemplando outros eventos significativos que compõem a vida sexual, afetiva, reprodutiva e contraceptiva dos sujeitos. Por exemplo, a pesquisa *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (Projeto GRAVAD), realizada em três capitais de estados brasileiros (Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador) assinala a importância dos relacionamentos afetivo-sexuais e da conjugalidade para entrada dos jovens na vida adulta (HEILBORN *et al*, 2006). Para tanto, empreendem uma análise das trajetórias afetivo-sexuais dos jovens entrevistados questionando de que forma marcadores como de gênero e classe social se expressam no processo de autonomização dos jovens. Desta forma,

A análise de diversos momentos da vida desses jovens identifica pontos de definição dos possíveis rumos que os percursos biográficos podem ter. Há eventos que direcionam e configuram alguns tipos de trajetórias e resultam de um complexo processo de escolhas e injunções sociais que definem parcerias e contextos dos relacionamentos estabelecidos (KNAUTH, *et al*, 2006: 268).

Conforme dados do GRAVAD, os tipos de trajetórias se relacionam como alguns traços biográficos como: idade, tempo de vida sexualmente ativa e iniciação sexual. Por exemplo, a declaração de ter vivenciado um relacionamento estável aumenta conforme a idade dos entrevistados, além do número de relacionamentos. Destarte, a maior duração de vida sexual está associada ao estabelecimento de

relacionamentos estáveis e a diversificação de parceiros. Quanto às experiências de gravidez são bem menos frequentes entre jovens sem relacionamentos estáveis. Por outro lado, a experiência de união na trajetória está relacionada à idade do entrevistado, sendo mais frequentes entre os que tinham renda e escolaridade menor (KNAUTH, *et al*, 2006: 270-2).

De maneira similar aos dados da pesquisa do GRAVAD, no contexto onde se desenvolveu o trabalho de campo da presente pesquisa e conforme se apresentará ao longo deste capítulo, há uma valorização da conjugalidade como estrutura ideal para relacionamentos afetivo-sexuais, principalmente para o cuidado e suporte de filhos. Isto é muito claro ao se verificar que dentre as 15 entrevistadas, mais da metade delas estão/estiveram em união. Dentre as entrevistadas, a idade para a primeira união concentra-se entre 15 e 16 anos. Também na mesma direção dos dados apresentados pela pesquisa do GRAVAD, a conjugalidade está ligada à idade, reprodução e experiência de relacionamentos mais duradouros, uma vez que, com exceção de Raquel (que tem 25 anos e não se casou com o pai de seu filho), as outras quatro entrevistadas que ainda não possuem experiência de união, não possuem filhos, são menores de 18 anos e não tiveram experiência de namoro mais duradouro. No que se refere à reprodução, esta acontece fundamentalmente no contexto de relacionamentos estáveis. O primeiro filho normalmente acontece em um contexto de namoro, leva a uma união e é percebido como *inesperado*. E, conforme se aborda no item seguinte, a gravidez no contexto de namoro está vinculada com o descuido do uso de métodos contraceptivos ou é vista enquanto provocada pela falha do método contraceptivo.

Com relação à iniciação sexual, os dados do GRAVAD apontam que a maioria dos entrevistados experienciaram um relacionamento afetivo-sexual de cerca de um ano e entre estes, grande parte deles a iniciação se deu no contexto desse relacionamento (KNAUTH, *et al*, 2006: 301). O que permite aventar que “a entrada na sexualidade com um parceiro é progressivamente preparada em marcos de relações estruturadas entre os sexos, como o *namoro* e o *ficar*” e que “tais marcos organizadores atribuem papéis diferenciados aos homens e às mulheres e correspondem, além disto, a comportamentos diferentes três regiões estudadas” (BOZON & HEILBORN, 2006: 155-6).

Comparando aos dados desta pesquisa, a iniciação sexual na maioria dos casos ocorreu em um contexto de relação do tipo namoro. Destas que não se

iniciaram no contexto de namoro, duas relataram terem se iniciado sexualmente no contexto de união e duas declaram terem se iniciado sexualmente com um amigo, ou seja, em um contexto no qual *ficavam*. Com isso, podemos sugerir que, mesmo que a iniciação neste último caso não tenha ocorrido em um contexto de relacionamento que envolvesse compromisso e (certa) estabilidade, havia um conhecimento mútuo entre o casal e de certa forma uma relação mais próxima. No que se refere às experiências anteriores à iniciação sexual, a maioria das entrevistadas relatou ter tido outros envolvimento afetivos antes da iniciação sexual, sendo que oito das quinze entrevistadas havia tido, inclusive, ao menos uma experiência de namoro antes do relacionamento que resultou sua iniciação sexual.

Principalmente entre as mais jovens, ouviu muitas histórias de relações do tipo *ficar* ou *pegar*, que são constantes quando não se está namorando. Não obstante, na mesma esteira que os dados apresentados pela pesquisa GRAVAD, no contexto no qual se desenvolveu esta pesquisa, os relacionamentos que implicam em menor compromisso, como o *ficar*, não é o padrão mais recorrente entre os jovens. Já no caso das uniões, estas parecem ser uma das *alternativas legítimas do processo de autonomização dos jovens* (KNAUTH, et al, 2006). E que, especialmente no contexto de grupos populares, “constitui (...) uma estratégia de autonomização e de auto-valorização frente ao contexto familiar e mesmo frente ao grupo social no qual encontram-se inseridas” e, em geral, dependem da configuração de parcerias na qual o homem seja mais velho, o que possibilita, de maneira mais favorável, seu desempenho enquanto provedor da família (KNAUTH, et al, 2006: 302).

Esta especificidade dos grupos populares está relacionada com o significado que estes atribuem ao exercício da sexualidade, a qual está imiscuída em uma *moralidade mais abrangente e englobante*, conforme indicava os trabalhos de Duarte (1986; 1987) referentemente à vida das classes trabalhadoras urbanas, bem como por Velho (2004a [1987], 1995) a propósito do estilo de vida urbano. Então, conforme descreve Duarte (1987), há um paradigma próprio das classes populares o qual associa a sexualidade a uma moralidade mais abrangente que tem como princípios elementares a *relacionalidade*, a *complementaridade* e *reciprocidade*. Dentro desta moralidade, institui-se um sistema de classificação que relaciona *vergonha*, *respeito* e *juízo* com a *limpeza* e a *pouca vergonha*, *sem respeito* e *juízo* com a *sujeira*. Esta lógica social, específica de grupos populares, irá definir

diferentes roteiros sexuais para homens e mulheres, que irão atuar na delimitação de práticas e valores relativos ao domínio da sexualidade.

3.3 Relações afetivo-sexuais: ficar, namorar, casar...

Segundo a literatura sobre relações afetivo-sexuais, o *ficar* e o *namorar* são etapas do aprendizado da sexualidade que normalmente precedem a conjugalidade e estão mais presentes entre os jovens (BOZON & HEILBORN, 2001; BOZON & HEILBORN, 2006). O *ficar* é caracterizado como uma relação eventual, efêmera e descompromissada, por meio da qual os jovens se envolvem com alguém não necessariamente conhecido, por meio de contatos corporais imediatos, podendo envolver carícias, beijos e sexo (SCHUCH, 1998). Principalmente entre as mais jovens, ouvi muitas histórias de relações do tipo *ficar* ou *pegar*, que são constantes quando não se está namorando:

[Então, me conta umas histórias aí...]
 Ah, a história é que... Ah, a única história é que a gente *pega* os gatos aí os gatos nos *pegam*...
 [E onde acontecem essas *pegações*? São nas festas?]
 Ah, nas festas. Às vezes na casa dos amigos... Às vezes na rua, na pracinha... Quando tu olhas o guri, o guri te olha assim... (Telma, 12 anos, solteira, sem filhos)²⁹

A indicação do desejo, da vontade de *ficar* ou *pegar*, ocorre, segundo a descrição acima, através da troca de olhares mútuos. Trata-se de um primeiro investimento corporal que sinaliza o interesse pelo parceiro, o qual se pode nomear como a etapa da sedução, na qual se desenvolvem a partir de condutas roteirizadas. Este processo, porém, está imerso em um cenário no qual prescreve posições e práticas diferenciadas para homens e mulheres. Tal diferenciação é estabelecida por meio de uma lógica da reciprocidade e da complementaridade dos gêneros descrita por Duarte (1987). Tal lógica prescreve aos homens tomarem a iniciativa, e às mulheres reagirem de forma estratégica, para depois ceder às investidas no intuito do estabelecimento de uma relação – como se observa na passagem que se apresenta abaixo. Trata-se de uma descrição de um evento onde houve a formação de parcerias do tipo *ficar*:

Graça: [Eles] começaram a puxar nós para dentro do quarto...

²⁹ Telma é irmã de Tatiana e não fez parte das 15 jovens selecionadas para a realização das entrevistas semi-estruturadas, pois ela não fez uso da tecnologia de implantes.

Tatiana: (em tom irônico) A gente não queria...
(muitas risadas).

Tarsila: Olha só, o Tomás chegou uma vez e disse assim para mim, sabe aquele ditado que quanto mais a mulher diz que ela não quer é porque (Graça e Tatiana acompanham em coro) ela quer.
(Graça então continua a história)

Graça: É que a gente não queria, aí começaram a puxar, puxar...

O *ficar* normalmente se desenrola em um contexto de festa ou na casa de amigos/vizinhos e dura apenas uma noite, podendo gerar mais encontros e relações sexuais (que podem ocorrer inclusive na primeira vez que se *fica*). Tais encontros acontecem normalmente na companhia de amigos e em um espaço onde há a formação de pares de *ficantes*. Como se pôde evidenciar na descrição de um grupo de jovens entrevistadas, quando estas contam a respeito de um encontro que ocorreu na casa de um vizinho em que estavam presentes cinco casais. Tal história estava relacionada com a iniciação sexual de Telma, onde Graça e Tatiana estavam presentes:

[E vocês então ficaram lá *ficando* e se *pegando*...]

Graça: Passando a mão! Passando a mão!

Tarsila: Renata, passando a mão na pêra, no pepino!
(risadas)

Tatiana: Na melancia...

Graça: Na cenoura!

(muitas risadas)

Tomás: Aquele dia tava uma salada de frutas né...

[E vocês não têm vergonha, quando está todo mundo junto assim?]

Tatiana, Graça e Telma: Não... Normal...

É interessante perceber como que as partes do corpo, que são objeto de carícias mútuas, são comparadas com frutas e seus formatos. Tal indicação parece estar alinhada com a comparação entre o ato sexual e o ato de se alimentar, que pode ser apreendido na expressão *comer*, utilizada corriqueiramente para designar o intercuro sexual. Deste modo, pode-se ouvir frequentemente entre os jovens homens a indicação de que o amigo *comeu* certa mulher (DAMATTA, 1986). No caso aqui apresentado, as jovens utilizam frutas para relacionar com partes específicas do corpo, que parecem representar o pênis, os seios e as nádegas.

Ora o namoro pressupõe uma aproximação gradual e continua, desdobrando-se em um *relacionamento* que prevê o estabelecimento de um compromisso e implica um “gostar” de alguém (SCHUCH, 1998). Nesse sentido, é interessante perceber que o *ficar* implica uma relação, só que não um relacionamento. Diz-se isto porque, ao longo das entrevistas, ao se perguntar acerca

do que é importante para uma relação dar certo, as respostas se basearam em uma noção de relacionamento onde há um compromisso que pressupõem *confiança* e *respeito*. Características que não estão relacionadas com o ficar:

Confiar, confiar bastante. Acho que respeito também é ideal. Se eu não tiver respeito com ele é claro que ele não vai me respeitar (Clarissa, 16 anos, casada, com uma filha).

Tem que ter respeito e confiança... (Juliana, 17 anos, namora, sem filhos).

Acho que tem que respeitar um ao outro. [E tem diferença quando se é casada, com filhos?] Ter filhos e ter casa é mais compromisso... (Lara, 27 anos, casada, com 2 filhos).

Eu acho que para uma relação dá certo, depende dos dois. Tem que ter “combinação” nas coisas. (Ela refere que seu marido está frequentemente acusando-a de chata e justifica que), se eu sou chata é porque ele dá motivo (Alice, 18 anos, casada, com um filho).

Olha só, eu vou te dizer o que eu acho para uma relação dá certo, tá. Respeito um com o outro, amor, um gostar do outro... Eu acho que é isso (Tatiana, 13 anos, solteira, sem filhos).

Fidelidade, confiança... (Telma, 12 anos, solteira, sem filhos).

...Sinceridade também!... (Tarsila, 16 anos, casada, sem filhos)³⁰.

Assim sendo, quando se questionou as mulheres sobre “o que é importante para um *relacionamento* dar certo”, a palavra mais citada foi *respeito*, seguida da *confiança*. Estes valores, conforme se percebe nas falas apresentadas acima, estão ligados com a idéia de que um envolvimento implica em um compromisso, ou seja, em um contrato afetivo baseado em laços de confiança (GIDDENS, 1993), que se expressa na exclusividade sexual e do estabelecimento de acordos para o convívio entre o casal. E neste sentido, conforme apresentado anteriormente, os relacionamentos afetivo-sexuais são imiscuídos dentro de uma lógica relacional que prescreve regras de reciprocidade e de complementaridade entre o casal.

Na mesma esteira, o trabalho de Leal (2003) relativo à experiência amorosa de jovens de três capitais brasileiras, aponta que, quando questionadas a respeito de “quando foi à primeira experiência amorosa”, as respostas femininas estão vinculadas com a idéia de um relacionamento, descartando experiências de ficar:

³⁰ As três últimas falas foram ditas quando se estava entrevistando Graça, prima de Telma, Tatiana e Tarsila. Como Graça hesitou em responder quando questionada “o que era importante para um relacionamento dar certo”, as primas acabaram por responder em seu lugar. A sequência de falas foi mantida na citação.

Um caso ilustrativo desta associação salientada pelas mulheres entre a primeira experiência amorosa e o primeiro relacionamento estável é o de Mariana, que enfatiza que sua primeira experiência amorosa foi com seu marido – sua primeira paixão, sua primeira relação sexual e pai de sua primeira filha. É revelador o fato de que, depois de indagada, ela diz que tivera outra “experiência”: havia dado um beijo ou ficado com um rapaz. Esta primeira experiência, contudo, não é importante, pois, não houve o estabelecimento de qualquer relacionamento — foi “só um beijo” — por oposição à experiência que ela contabiliza, que resultou no casamento e na filha (LEAL, 2003: 89).

Aqui podemos pensar a conjugalidade, ou até um namoro mais estável e duradouro como marco de uma mudança posição social importante na trajetória social das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, pois ela demarca a aquisição de um *status* e implica em assumir atitudes e práticas diferentes de quando se está solteira. A classificação êmica entre as mulheres *fiéis* e as *amantes* é reveladora destas distinções. Tal idéia aparece na fala de Clarissa quando ela comenta quanto à realidade local diante do comportamento das mulheres: “Aqui tem as fiéis [namoradas ou casadas] e as amantes [solteiras]”. Clarissa fala das traições do marido, desde a época que namoravam até depois deles estarem morando juntos³¹. Durante o namoro houve um período de separação no qual ela acabou transando com dois amigos dele. Não gostava deles, foi só de “pirraça”. Depois quando houve outra traição do marido, já havia nascido sua filha e ela chama a atenção dele para que se cuide, pois ela só não dava o troco porque tinha criança pequena e não podia sair, mas se fosse outra época ela iria “dar o troco na mesma moeda”. Assim, quando namoram, o desejo, a regra, é de serem *fiéis* e *respeitadas* pelos namorados. No entanto, caso ele não cumpra com o estabelecido, elas podem *dar o troco*. Ou seja, para reequilibrar o relacionamento vale a estratégia de *dar o troco na mesma moeda*.

Quando solteiras, elas estão livres para *ficar* e transar com quem quiser, inclusive é valorizado ficar com “homem casado”. A banalização de *ficar* com quem está namorando é extremante marcada pelas assimetrias de gênero, como se pode perceber nas falas das jovens solteiras. Elas comentam o *ficar* com o namorado das outras como algo “mais gostoso”. Esta sensação de conquistar e “usar o produto” de

³¹ A referência a episódios de traição masculina seja no contexto de namoro ou de conjugalidade são constantes nos relatos das jovens entrevistadas. Tais episódios estão associados a reações femininas como ir até a casa da *amante* tirar satisfação, *pegar a amante na rua* e agredi-la física e verbalmente. As agressões físicas podem se estender ao marido ou namorado. Neste sentido, como descreve Fonseca (2004: 131) “não é vergonhoso admitir que seu homem tem outras mulheres. A vergonha seria não ir atrás para fazê-lo voltar ao lar”.

outra é visto como algo mais excitante. Quando “tudo que é escondido é mais gostoso” a sensação de estar enganando outra mulher parece ser algo valorizado pelas jovens. Esta atitude conforma um padrão de solteiras. Portanto, as mulheres daquela localidade, segundo esta classificação, oscilam entre *fiéis* e *amantes*, sendo tais categorias estabelecidas de maneira relacional, dependendo das atitudes do homem. A qualidade da relação e ou seu tipo (*ficar*, *namorar* ou *casado*) também define sua condição em relação homens, se *fiéis* ou *amantes*.

Ou seja, a conjugalidade ou um namoro mais estável e duradouro, implica em assumir o papel de *casada* e *fiel*, em contraposição a categoria *solteira* e *amante*. Ao *tornar-se* casada, a mulher então deve assumir uma postura moral socialmente instituída para esta posição, qual seja, deve ser fiel ao seu parceiro. Em contrapartida, ela passa a possuir um *status* mais valorizado dentro das relações locais, o de *mulher de respeito*. De maneira relacional, no caso do masculino, o *tornar-se* casado, além de ser um status mais valorizado socialmente, pressupõe que este deve assumir o papel de provedor principal do lar conjugal³² e de garantia moral a residência familiar (*respeito*)³³. A partir destas distinções entre o que qualifica o tornar-se casado para mulheres e homens, a mulher solteira seria uma potencial *amante*, posto que é socialmente aceito que homens casados não sejam fiéis³⁴, assim como mulheres quando solteiras sejam amantes. Novamente nota-se uma clara distinção entre expectativas sociais no que tange a carreiras masculinas e femininas.

A classificação êmica apresentada é acionada principalmente pelas jovens que fizeram parte desta pesquisa e caracterizam como se estruturam as relações de gênero naquele grupo. Apontam, ainda, para a fluidez destes papéis, pois ora se está solteira, ora se está casada e, desta maneira, todas as mulheres podem assumir, em determinados momentos de sua trajetória, um dos papéis prescritos por

³² Da construção relacional da identidade feminina a partir da mediação da figura masculina – do marido provedor – e da maternidade ver Duarte (1986); Vitoria (1991); Sarti (1996); Leal e Lewgoy (2001) e Fonseca (2004).

³³ Do sistema de classificação, específico de grupos populares, que relaciona vergonha, respeito e juízo com limpeza e a pouca vergonha, sem juízo e respeito com a sujeira ver Duarte (1986; 1987). Do código de valores e sua relação com condições sociais e critérios de *status* social ver Fonseca (2004). A seguir, apresenta-se como se articula as condições sociais (*casadas*, *namoradas*, *ficantes*) com práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas.

³⁴ Neste contexto, faz sentido então pensar a infidelidade como uma característica da natureza masculina, ou seja, “é da natureza do homem uma maior necessidade de sexo e a busca pelo sexo (mesmo que fora da relação conjugal)” (LEAL, 2005: 69).

tais categorias. Destaca-se que tais classificações são importantes para a compreensão dos sistemas de valores que estão informando as práticas relacionadas à reprodução, sexualidade e a contracepção.

Leal (2005), por exemplo, vai chamar a atenção para os sistemas de classificação de parceiras e parceiros sexuais entre os jovens enfocando na sua relação com as práticas corporais no ato sexual, revelando, como apontado anteriormente, os diferenciais de gênero. Conforme dados apresentados por Leal, para as mulheres a união está baseada em dois princípios, o da *reciprocidade* e da *intimidade*, e para os homens sobressaem-se as idéias *limpeza* e (*mulher de respeito*). Estes valores estão relacionados com dois sistemas de classificação, o das práticas sexuais e da categorização de parceiros. O elo entre ambos os sistemas está na lógica de *limpeza*, segundo a qual a exclusividade de parceiros (fidelidade) em relação às mulheres casadas garantiria tanto sua pureza moral (*mulher de respeito*) quanto sua limpeza física. A autora enfatiza que, na perspectiva feminina, os valores como *reciprocidade* e *intimidade* estão associados à união e que articulam certas práticas sexuais, seja porque é *dever da esposa*, seja por que, com a *intimidade*, não há mais *vergonha* para realização de certas práticas sexuais. Neste sentido, conforme apresentava o trabalho de Leal e Boff (1996) sobre expectativas de gênero e sexualidade entre grupos populares, encontramos no discurso feminino uma lógica relacional e em direção à constituição e reprodução social da família, enquanto que o discurso masculino se potencializa uma percepção individualizada, autônoma e ativa.

Encontrou-se igualmente, ao longo do contato com as mulheres, a associação da fidelidade e da intimidade enquanto garantia da limpeza física do parceiro. Isto fica evidente quando se aborda práticas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que tais práticas de prevenção são abandonadas quando se entende que se estabeleceu entre o casal intimidade e exclusividade sexual. Desta forma, com o desenrolar do namoro, com o casamento, o preservativo passa a ser descartado enquanto prática contraceptiva adequada, vindo a ser usado esporadicamente, como relata Clarissa, apenas “para lembrar os velhos tempos”. No que se refere à reprodução, a intimidade e a qualidade moral do parceiro ao mesmo tempo irão orientar certas práticas e decisões, conforme os relatos de Carmem e Raquel. Conforme se trata no seguinte item, ambas não se uniram com os pais de seus filhos (na época namorado), pois ambos eram usuários de drogas e associado

à falta de emprego de ambos fez com que a gravidez não ensejasse em uma união, tendo em vista a inadequação moral do parceiro.

3.4 Conjugalidade e gravidez: uma (quase) inseparável relação

No contexto onde se desenvolveu o trabalho de campo, o aprendizado da sexualidade se desenvolve principalmente a partir de dois modelos de relações afetivo-sexuais, o *ficar* e o *namoro*. Estas experiências irão progressivamente preparar as mulheres para a entrada da sexualidade, que normalmente ocorre antes da união. Já a conjugalidade se estabelece, especialmente, após a experiência do *ficar* e do *namoro*, ou a partir de certas contingências ao longo do relacionamento afetivo-sexual, conforme se apresenta a seguir. Porém, o caráter organizador do arranjo conjugal para este grupo social é revelado a partir das diferentes motivações para a união, desde uma gravidez, um desejo de sair da casa dos pais ou de parentes, o intuito de ter sua própria casa ou, até, como uma forma de legitimar o início da sexualidade e etc. Tudo se passa como se a conjugalidade fosse um caminho *natural* para a constituição de uma família, ou seja, um lar, marido e filhos.

Nívea, por exemplo, aos 16 anos, depois de ter vivenciado uma série de outros relacionamentos afetivo-sexuais do tipo *namoro* e *ficar*, dentre estes um envolvendo relações sexuais, iniciou o *namoro* com o atual marido. Ela conta que “a gente começou a namorar, namorar, e quando a gente viu a gente tava morando junto”. Passados três anos deste relacionamento, “aconteceu” a gravidez. Hoje, Nívea permanece residindo na casa da sogra com seu marido e a filha do casal. A história de Nívea parece revelar este desenrolar dos acontecimentos afetivos como etapas que vão se desenrolando de maneira inesperada e sem muito planejamento. Como a maioria dos casos que se passa a apresentar, a conjugalidade é parte de um processo e um evento que estrutura uma série de relações, práticas e outros eventos. Apresenta-se, além disso, a relação estreita entre gravidez e conjugalidade, uma vez que o evento reprodutivo é um dos fatores que contribuem para sua constituição ou é percebido como intrínseco à relação de conjugalidade.

No início da inserção em campo, as conversas restringiam-se às mulheres que estavam casadas e/ou que tinham filhos. Foi a partir da líder comunitária Dália que pude ter acesso a uma rede de jovens com as quais foi possível apreender melhor o universo das relações afetivo-sexuais e junto com as quais tive a

oportunidade de estabelecer longas conversas sobre *ficar, namorar, transar e casar*. Esta possibilidade foi potencializada pelos encontros residenciais que participavam várias jovens e por vezes alguns rapazes, o que produziu um espaço propício para diálogos.

A primeira jovem que se teve contato foi Juliana, vizinha de Dália e apresentada como um caso “complicado”. Juliana tem 17 anos, mora na casa dos pais e não possui filhos. Sua primeira relação afetivo-sexual, a qual ela se refere enquanto namoro, foi com uma menina mais velha que mora perto da sua rua. Tal relação gerou para Juliana uma série de preconceitos e brigas com a família. Chegou a sair da casa dos pais por conta deste namoro, indo residir na casa de uma tia. Este relacionamento durou dois anos e terminou quando sua namorada foi presa. A *experiência homoerótica*³⁵ parece enquadrar Juliana na categoria “adolescente problema”, pois, conforme relato da líder comunitária, pelas dificuldades relatadas pela própria Juliana, este tipo de relação não é muito aceita pela maioria das pessoas que ali convivem.

O primeiro encontro com Juliana foi agendado por Dália e precisamos arrastar as cadeiras da sala da líder comunitária para o pátio da casa dela, pois não houve uma atitude por parte de Dália de oferecer um espaço mais reservado para a entrevista. A atitude de oferecer apenas o sofá da sala para que pudéssemos conversar demonstrava que Dália pressupunha que iríamos conversar todos juntos. Senti-me extremamente desconfortável com a situação, agravada pela presença de outro líder comunitário que estava aguardando meu retorno para deixá-lo em casa. Foi então que sugeri que a entrevista fosse realizada no pátio da casa de Dália. Superado o primeiro desconforto, passa-se a entrevistar Juliana.

³⁵ Utiliza-se aqui o termo *experiência homoerótica* nos termos de Costa (1992) para designar que a experiência de Juliana com uma parceira do mesmo sexo é uma possibilidade de relacionamento ou de sentimento de atração sexual, como estratégia de se distanciar da oposição estanque entre homossexual e heterossexual. A idéia de uma possibilidade é interessante, pois não categoriza o sujeito que ao longo de sua trajetória teve experiência(s) com parceiros do mesmo sexo biológico como um sujeito que só possui experiências e desejos sexuais por pessoas do mesmo sexo. A idéia de a experiência homoerótica estar no universo de possibilidades foi encontrada em campo quando Simone fala de seu irmão. Ela conta que sua família descobriu que seu irmão era “homossexual” e conta todos os problemas que ele está enfrentando com relação a isto. Entretanto, para Simone seu irmão está apenas “experimentando”, mas que depois ele irá conhecer uma menina legal e irá casar e ter filhos. Na concepção de Simone, seu irmão está em uma fase de experimentar novas práticas, mas que ela acredita que depois ele irá se casar e ter filhos. Aparece aqui, novamente a idéia de que a conjugalidade e a reprodução biológica são o percurso *natural* da trajetória afetivo-sexual dos sujeitos.

Juliana é extrovertida e suas expressões são engraçadas e inteligentes, e o tempo todo esteve brincando e fazendo humor das situações que vivenciou. Logo que se começou a conversar, ela me surpreende ao contar que teve um relacionamento afetivo-sexual com uma vizinha. O assunto aparece, pois pergunto se ela sempre morou com os pais e ela conta que, por causa de uma briga com o pai, morou na casa de uma tia por um ano. E, ao ser questionada do porquê da briga, ela, meio encabulada, fala do seu primeiro namoro. Diz que tinha uns meninos que ficavam incomodando-a, até que um dia esta vizinha se intrometeu na briga para defendê-la. Foi então que as duas começaram a se aproximar. A relação se desenrolou em um namoro cheio de turbulências porque, além de enfrentar o preconceito das pessoas e de seus pais, a namorada era muito ciumenta e promovia uma série de confusões. Por ser usuária de drogas e precisar sustentar o vício, a namorada fazia pequenos roubos, até que acabou presa. Por conta deste episódio o relacionamento terminou. Depois, Juliana acabou se envolvendo com o atual namorado, recebendo apoio da família, após comprovar pelos “calos da mão” que era trabalhador. Neste primeiro encontro, Juliana relata que sua “primeira vez” –com um parceiro do sexo masculino – foi com o atual namorado, depois de um tempo em que estavam namorando.

Como Juliana tinha outras amigas que estavam com o implante contraceptivo no corpo, agendo com ela um sábado à tarde para conversarmos novamente. Conforme combinado, Juliana então me apresenta Tarsila, sua vizinha, que tem 16 anos e mora com o marido há mais de um ano no terreno da casa da mãe. Tarsila não tem filhos e foi morar com o namorado porque “quando a gente ama, tem que casar”. Na época, o namoro era um pouco complicado, pois ele residia longe e era dispendioso financeiramente os encontros do casal. Em outra oportunidade, Tomás, marido de Tarsila, comenta que eles estão noivos há um ano e meio, ou seja, ficaram noivos quando foram morar juntos. Segundo Tomás, eles primeiro se *juntaram*, para *experimental*, porque “ninguém casa antes de experimentar o produto”. O casal planeja se casar no civil ano que vem.

Enquanto entrevisto Tarsila na sala da casa de Juliana, chegam à residência os namorados das mesmas e começamos, então, uma conversa animada sobre um programa de TV, que retratada o cotidiano de um presídio e onde seguidamente acontecem cenas e histórias de estupros. Em um momento em que estávamos na sala, com Tarsila e seu marido, Juliana, em um tom de brincadeira, como sempre,

conta que ela foi estuprada perto de sua casa. Sua amiga e o marido desta não esboçam reação, apesar de evidentemente espantados com a revelação. Então pergunto como foi que aconteceu e Juliana começa a contar que ele era “louco da cabeça” e morava na rua e um dia *pegou ela*. Pergunto se ela contou para alguém e ela diz que não. Em tom de brincadeira, Juliana fala que talvez tenha sido por isso que antes não queria “saber de homem”.

A partir deste relato, Juliana reelabora a história da sua iniciação sexual com parceiro do sexo masculino, que até então era contada no contexto do namoro atual. A experiência homoerótica igualmente assume outro papel e justificativa, ou seja, como uma consequência de uma experiência de violência envolvendo práticas sexuais com um homem. Com isso percebe-se que aquele espaço onde elas estavam sendo solicitadas a falarem a respeito de suas vidas, Juliana utiliza-o para reelaborar sua trajetória afetivo-sexual. Dentre as mulheres entrevistadas, este foi o relato mais intenso de iniciação sexual mediante violência, apesar de não o único. Carmem, por exemplo, apesar de estar namorando há um ano relata que sua primeira vez “foi até meio forçado”. Tarsila, um pouco antes do relato de Juliana, do mesmo modo, comenta que “rolou um pouco de pressão” para que acontecesse a primeira vez com seu namorado. Nesse sentido, a experiência de uma possível violência pode acontecer tanto em uma situação como a de Juliana, furtivamente e perpetrada por “um louco”, ou mesmo dentro de relações de namoro. No caso de Carmem, o namorado estava envolvido com drogas e ela pode ter sido desencadeadora da situação. No caso de Tarsila, a pressão para o início das relações sexuais entre o casal é percebida como “natural”, uma vez que o namorado era mais velho e vinha de outros relacionamentos com relações sexuais.

Conforme classificação de Leal e Fachel (1999: 105), em contraposição à iniciação de tipo *violenta*, a maioria das mulheres entrevistadas para a presente pesquisa seguiram o padrão *igualitário*, ou seja, em um contexto onde não se descreve enquanto forçada. O padrão igualitário ocorre em um contexto de namoro, contudo pode até se desenrolar com a união ou com um amigo. A iniciação depois da união foi narrada por Elisa e Lara. Elisa tinha 15 anos e namorava há dois anos quando o casal resolveu ir morar juntos nos fundos da casa da sogra dela. Foi então que eles tiveram a primeira relação sexual (iniciação de Elisa). Lara, aos 17 anos e com dois meses de namoro foi residir na casa do namorado, que havia sido casado anteriormente. Ela justifica este curto espaço de tempo entre o namoro e união

afirmando que não queria mais residir na casa da sua tia. Lara era do interior e estava há três anos morando em Porto Alegre com sua tia, ajudando-a a cuidar dos primos. Porém, a tia estava sempre se mudando e Lara não gostava daquela vida, foi então que o namoro deu a possibilidade de então poder ter a sua casa. Tanto Lara quanto Elisa tiveram filhos logo no início da união.

A iniciação com um amigo foi relatada pelas primas de Tarsila, que estão entre as mais jovens entrevistadas. Ambas são solteiras e, em companhia da irmã de Tatiana (de 12 anos, só que não colocou o implante), de Tarsila e seu marido, realizou-se três encontros, quando todas puderam relatar suas experiências de ficar, namorar e transar de maneira descontraída e compartilhada. Apesar de Tarsila ser casada há mais de um ano com Tomás, sua relação com as primas parece ser próxima e contínua. Tarsila estuda à noite e de dia ganha algum dinheiro fazendo tranças. Durante nossos encontros, Tarsila passou fazendo tranças no cabelo das primas. A diferença entre elas está que, deste grupo, apenas Tarsila é casada e não reside no terreno dos avôs, como todas suas primas. Além disto, ela participa das atividades diurnas no contexto familiar e as primas solteiras frequentemente saem juntas para festas e outras programações.

Todas as vezes que Tarsila mediu entrevistas na casa de suas primas, estas aconteciam com a participação de muitas pessoas. No primeiro encontro, no qual entrevistei a jovem Tatiana, estavam presentes tias, primas e avós. Telma, irmã de Tatiana, apesar de não ter colocado o implante, sempre participou dos encontros, falando muito e interrompendo nas perguntas a sua irmã ou primas. No segundo encontro, no qual se realizou a entrevista com Graça, Telma pediu para que fosse entrevistada e esteve ao nosso lado o tempo todo, dando sua opinião e implicando com as primas. Outra presença contínua era Tomás, marido de Tarsila, que sempre dava a sua opinião e parecia querer encarnar 'a opinião masculina'. Neste segundo encontro, estava presente o irmão de Graça, que ficou desconfiado da minha presença, não obstante participou depois da troca de e-mails e endereços de MSN, insinuando até mesmo uma "cantada" para mim. No terceiro encontro, fui com meu namorado. Tive esta atitude, pois achei que seria uma contrapartida para elas, que sempre perguntavam de minha vida e de meu namorado, tendo convidado várias vezes para ele ir junto às visitas. Neste terceiro encontro, conversou-se acerca de assuntos gerais e solicitou-se alguns relatos que não haviam ficado claros nas entrevistas. Telma, por exemplo, ficou decepcionada quando percebeu que eu não

trazia perguntas e fichamento da sua entrevista anterior. Justifiquei que não havia feito porque ela não havia colocado o implante, que havia deixado por último e não tinha passado para o computador.

Nos dados etnográficos, aparece uma clara diferença em relação aos assuntos mais desenvolvidos ao longo das conversas com relação ao contexto das entrevistas. De tal maneira, o primeiro encontro se pautou em conversas sobre práticas contraceptivas e experiências de namoro e de união (referências de Tarsila). Nos dois últimos encontros, nos quais não havia a presença de mulheres de outras gerações da família, como tias e avôs, a conversa foi mais concentrada nas experiências de *ficar* e *namorar*. Todavia, como referido anteriormente, tais experiências são compreendidas enquanto uma etapa do aprendizado da sexualidade e que a conjugalidade seria o marco de uma nova etapa da trajetória afetivo-sexual das jovens, na qual é necessário o estabelecimento de um vínculo/compromisso afetivo duradouro e que pressupõem reciprocidade e complementaridade, valores que englobam as noções de *respeito* e *confiança*.

Mais do que isto, a conjugalidade é um marco no processo de autonomização frente à família de origem (KNAUTH, 2006: 280), no qual se constitui a partir da formação do par conjugal. Isto é de extrema relevância principalmente para as mulheres que sofrem com o controle da sua sexualidade enquanto se está vinculada à família de origem e que, com o casamento, o marido passa a respaldar suas ações. Neste sentido, observa-se na fala do grupo de jovens entrevistadas a valorização da conjugalidade e seu significado no contexto local:

Tatiana: Eu to louca para casar.

Graça: Eu também! Casar é tão bom...

Tarsila: Casar é bom, mas assim, ó, tu tem que casar com a pessoa certa...

Tomás: Obrigado por dizer que eu sou a pessoa certa!

Tarsila: Não é que tu sejas (ênfase) a pessoa certa. Para mim, tu és a pessoa certa por que eu gosto de ti...

[Telma interrompe]

Graça: Deixa ela falar gurria! [Dirigindo-se a Telma]

Tarsila: Para um bom casamento, para uma boa vida a dois, tu tem que saber teus limites, tu tem que saber até onde vai a confiança, o respeito, a fidelidade...

Graça: A liberdade...

Tarsila: Não, a liberdade não é tanto, porque tu não tens... Tu não tens... Assim, tu não tens liberdade com a tua mãe, tua mãe não te dava liberdade. O Tomás sabe que minha mãe não me dava muita liberdade. Mas eu estando casada, a minha mãe sabe aonde eu vou, ele sabe o lugar que eu vou. A gente nunca anda separado. Tipo hoje, eu vim aqui, e falei para o Tomás que a Renata tinha me ligado e falei para ele, vamos juntos?

Destaca-se, então, que há uma forte valorização da conjugalidade, mesmo no contexto (geração de jovens) no qual o *ficar* se torna uma relação afetivo-sexual generalizada. Entretanto, pôde-se perceber que se trata de dois sistemas que se conectam, marcam diferentes experiências e práticas afetivo-sexuais, e que conformam diferentes códigos morais de conduta. Tais códigos morais são de extrema relevância para a compreensão das relações afetivo-sexuais, uma vez que eles prescrevem modelos para casadas (ou que desejam um relacionamento *sério*) e as solteiras (ou seja, aquelas que não estão envolvidas em uma relação afetivo-sexual que prevê compromisso). Assim, podemos perceber que a união, no caso de Tarsila, está vinculada com certas circunstâncias, como o namorado morar longe (em outra cidade) e com outros fatores como o *afeto*, a *experimentação* e uma *relativa autonomia* frente à família.

No último encontro chamou a atenção, na fala de Graça, o seu não envolvimento sexual com os garotos que ela considera ter se apaixonado. Um deles, que foi seu namorado por seis meses, ela diz que “só rolou beijo” e que ele “não tocou nem um dedo” nela. As primas não acreditam e ela “jura pelo pai” dela que não transou com ele. Depois conta de outra pessoa que esteve apaixonada, mas que também não chegaram a transar. Tal atitude parece demarcar uma distinção de atitudes e práticas frente aos meninos quando se está *apaixonada*. A estratégia acionada por Graça parece ser de passar uma imagem *recatada*, nos termos de Duarte (1987). Deste modo, faz parte do jogo da sedução a mulher não ceder às investidas do homem, com o objetivo de construir uma imagem de *mulher de respeito* e, desta maneira, demonstrar seu interesse em um relacionamento sério. Esta atitude de não ceder às investidas sexuais dos meninos está relacionada com a idéia de que, para eles, o que interessa é transar com o maior número possível de mulheres acessíveis, como revela o diálogo entre as primas e o marido de Tarsila:

Graça: Eles estão pior que a encomenda...

Telma: Eu vou ser bem sincera contigo, hoje em dia os guris só querem saber de comer, beijar...

Tatiana: engravidar e tchau...

Telma: Depois a gente vai pensar eles na parede e eles vão dizer que o filho não é dele, que tu transou com vários...

Graça: Depois ainda te chamam de vagabunda.

Tomás: Eu não acho que seja bem assim, eu acho que quando tu gostas, tu ficas com a pessoa até quando der. Eu nunca ouvi falar, nunca vi um homem ter um relacionamento, ter relação, ter filho e o homem ir embora. Para mim isso não existe. Que quando a gente gosta e quer levar algum

relacionamento para frente, sério, isso não acontece. Já ouvi dizer, mas nunca vi acontecer. Então para mim, para um relacionamento dar certo basta os dois se gostar, se amar, os dois ta lutando juntos, aquela coisa toda... Que assim tanto o relacionamento como a vida vai para frente. Que nem a gente, a gente ta quase 3 anos juntos.

Na fala de Tomás, o que faz os homens quererem *levar para frente* um *relacionamento sério* é o amor, a paixão. Além disto, o casal tem que *lutar junto*, ou seja, haver reciprocidade para a construção desta nova família. Neste sentido, o *relacionamento sério*, toma contornos de um projeto familiar, ou seja, “um projeto inicial através do qual começa a se constituir a família” e por meio do qual “são formulados os projetos de melhorar de vida” (SARTI, 1996: 60). Gostar, da mesma forma, está intimamente relacionado com assumir um relacionameto e suas possíveis consequências, como um filho. A possibilidade de gravidez é algo lembrado porque muitas vezes ela ocorre no contexto de um namoro de forma “inesperada”.

Tatiana, por exemplo, conta que era apaixonada pelo namorado e ela “tava louca para engravidar dele”, para *amarrá-lo*. Já que, como mostra a maioria dos casos das entrevistadas que tiveram filhos com os namorados, normalmente eles acabam assumindo e unindo-se com elas. Mas não chega a ser todos os casos. No entanto, a gravidez normalmente não é narrada como intencionalmente provocada com o objetivo de prender o namorado. Ela simplesmente “acontece”. Das entrevistadas que possuem filhos, mais da metade delas os tiveram quando estavam namorando e dentre estas, apenas duas não se uniram com os pais de seus filhos.

Neste sentido, podemos pensar a gravidez como um caso típico de *contingência de carreira* (GOFFMAN, 1974; BECKER 2008), pois ela implica na necessidade de formação do par conjugal, caso ele ainda não esteja estabelecido, de uma rede social de familiares para apoio, além de uma mudança de *status*. A mudança de percurso da carreira por vezes planejado e desejado, nem sempre é possível tendo em vista outros fatores, como, por exemplo, o parceiro ser desempregado e/ou usuário de drogas e não poder assumir seu devido papel de pai e provedor. Deste modo, trata-se de uma relação de papéis que nem sempre é possível articulá-los por conta de outras contingências, como no caso do pai que deveria formar o par conjugal não se apresenta como adequado, como no caso de Raquel e Carmem. Nesta acepção, como nos dados analisados por Leal e Lewgoy,

a regra moral de *assumir* a gravidez é contrastada com a estratégia *assume quando dá*:

O assumir se apresenta, assim, como algo aberto, dependente de um equilíbrio plural de condições tais como o pai da criança *assumir*, a família ascendente materna da mulher *assumir*, ter uma unidade doméstica estabelecida, “ter família”, ter condições materiais, etc. Ou seja, assumir é, por definição, uma condição não substantiva, iminentemente relacional. Trata-se de um item de um conjunto harmônico (LEAL e LEWGOY, 2001: 65).

Na maioria dos casos desta pesquisa, a gravidez antes da formação do par conjugal, acarretou na mudança de *status* de namorada para casada. O que implica, conforme tratado anteriormente, de uma mudança para ambos, a mulher deve ser *fidel* e tratar senão exclusivamente, contudo prioritariamente, do cuidado dos filhos e do marido, da mesma forma ser o pai o principal provedor do lar. Dentro desta lógica relacional de papéis masculinos e femininos, a gravidez é um exemplo interessante para pensar a necessidade da conjugação dos gêneros para a legitimidade do evento ou até mesmo a continuidade da gravidez, conforme apontam vários trabalhos, como por exemplo, de Leal e Lewgoy (2001).

Raquel, uma das entrevistadas, tinha 21 anos quando engravidou e estava namorando há dois anos. Era seu segundo namorado e havia se iniciado sexualmente com ele. Quando engravidou não estava mais usando preservativo: “Como vou te explicar, a gente tem um relacionamento logo, a gente acaba não usando”. Raquel, além disso, não estava usando outro contraceptivo: não usava porque uma vez um médico disse que talvez ela não pudesse ter filho por conta de um problema no ovário e “desse talvez, eu engravidei”. Apesar disso, por inadequação moral do namorado (que era usuário de drogas e não *assumiu* financeiramente o filho), Raquel decide aceitar a oferta da mãe (que é separada) de permanecer residindo na casa materna, recebendo com isto apoio emocional e financeiro.

Foi um choque para ela [mãe de Raquel], porque ela não esperava [a gravidez]. Foi uma decepção. Eu estudava, fazia um monte de coisas. Fazia curso. No fim eu larguei tudo. Depois que meu guri tava maiorzinho, com um ano e meio eu voltei a trabalhar...

[E o pai, assumiu?] Assumi, assumiu né, deu o nome, mas ajudar que é bom nada... Ele só queria saber de droga, ficar só nesse mundinho aí, e isso não era para mim. Aí minha mãe disse que se eu quisesse ficar com ela eu ficava com ela, mas se eu quisesse viver aquela vidinha, eu que ia escolher... Aí eu escolhi ficar com ela, porque minha mãe me dá tudo.

Joana também estava namorando há dois anos, com seu primeiro namorado e parceiro da iniciação sexual, quando engravidou. Ela tinha 15 anos e fazia uso do preservativo e da contracepção oral. Quando questionada como engravidou, responde: “não me pergunta, porque não sei”. Depois diz que tomava “aquela pílula de farinha” e acha que engravidou quando o preservativo estourou. Quando comentava dos motivos de usar o implante ela fala que “nunca gostei de tomar comprimido. Tu não me dá, porque eu não gosto! Eu vou me entreter e vou me esquecer”. Com a gravidez, Joana foi residir com o namorado na casa da sogra, uma vez que o pai não aprovava a união do casal. Porém, em contraposição à oposição do pai, a mãe de Joana assume o papel conciliador.

[Vocês foram morar junto porque tu engravidaste, é isto? E foi tranqüilo, ele quis assumir?]

Mãe de Joana: O pai dela não queria. Eu tive que conversar para deixar, porque ela engravidou dele...

Joana: É, meu pai não queria.

[Mas teu pai não gostava dele?]

Joana: É que meu pai é muito pelas filhas... (Joana é interrompida pela fala da mãe)

Mãe de Joana: É que ele era vagabundo mesmo.

[Joana fala sobre o pai]... Aquele ali pelas filhas, Deus que me livre...

Irmã de Joana: A gente quase morreu. Bah, se eu tivesse uma arma na mão eu matava ele.

Mãe de Joana: eu quase morri...

Fonseca (2004) em seu estudo etnográfico sobre o cotidiano das relações familiares e de gênero em uma vila de Porto Alegre (desenvolvido na década de 80) percebe que o controle da sexualidade feminina é exercido principalmente quando há a presença paterna no lar conjugal. Este controle é demonstrado pela rejeição de qualquer pretendente da filha e está vinculado com o “princípio de não poder ceder passivamente as filhas a um outro homem” (FONSECA, 2004: 29). De sorte que, ao engravidar, a filha não será expulsa de casa, devendo a mãe exercer um papel de conciliadora para o estabelecimento da união. Por outro lado, a atitude de mulheres sós, no que tange ao controle da sexualidade da filha, contrasta com o modelo descrito anteriormente, conforme relato apresentado por Fonseca:

Não estou criando minha filha para mim, estou criando para entregar. Quando ela estiver com 14 ou 15 anos vai ficar barriguda. Se o homem presta, tudo bem. Mando ele fazer uma casa perto de mim, onde eu possa cuidar. Mas se é coisa ruim não vou tocar ela pra rua. Ela vai ficar morando é aqui comigo (Relato de uma informante, em Fonseca, 2004: 29).

Observamos este modelo de controle da sexualidade descrito por Fonseca presente nas histórias de Raquel e de Joana. A mãe de Raquel oferece apoio à filha grávida para que ela não vá morar com o namorado, uma vez que ela o percebe enquanto inadequado para sua filha. Por outro lado, a mãe de Joana, apesar de descrever o namorado como inadequado, quando ocorreu à gravidez assume uma atitude de conciliadora na situação. As atitudes frente a uma gravidez fora do contexto de casamento devem ser compreendidas, ainda, dentro de um contexto no qual a gravidez implica a necessidade de um par conjugal.

Conforme abordamos anteriormente nem sempre este ideal é possível, tendo em vista que há outros requisitos necessários para uma gravidez: a adequação moral do parceiro (que engloba ele também *assumir* a gravidez), uma rede social de familiares para apoio, e etc. Assim sendo, no contexto local, a regra é unirem-se com o namorado quando se engravida. Todavia, a observação de que faltam outras condições para que o projeto reprodutivo se torne legítimo há a possibilidade de se permanecer na casa dos pais, ou até mesmo a interrupção desta gestação³⁶. Portanto, a precariedade do laço conjugal (tendo em vista as dificuldades para seu estabelecimento e manutenção), conjugada com a forte lealdade entre consanguíneos são características essenciais da configuração das relações familiares no contexto de grupos populares (FONSECA, 2004) e implicam/orientam as decisões reprodutivas e matrimoniais.

Só que nem sempre a união é decorrente de uma gravidez. No caso de Joana, depois que ela se separou do primeiro marido, por causa da família dele³⁷, Joana estabelece outra união:

[Por que quis ir morar com ele?]

Joana: Eu sei lá, eu não gosto de morar na casa de pai e mãe. Eu queria ir embora.

Mãe de Joana: não vem que não tem que foi [morar com ele] iludida.

Irmã de Joana: eles foram para uma praia maravilhosa, deu tudo que quis e ela foi iludida.

³⁶ Da discussão no que se refere a práticas sociais relacionadas à decisão de ter ou evitar filhos ver Leal e Lewgoy, 2001. A cogitação do aborto foi relatada por duas entrevistadas. Nívea relatou que o namorado e sua sogra sugeriram que ela interrompesse a gravidez quando descobriu que estava grávida, mas ela não quis *tirar*: “Nós não planejamos [a gravidez], aconteceu. Aí eu não quis tirar. [Chegou então a ser aventada esta hipótese?] Sim, muita gente queria que eu tirasse. [Mas quem, pessoas da família]? Ah, o pai [da sua filha], a sogra... diziam que eu era muito nova... que eu ia trancar os estudos”. Joana igualmente relata que “todo mundo queria que eu abortasse, até minha irmã disse que era para eu abortar”, mas ela não quis abortar.

³⁷ Pergunto por que o casal se separou e Joana diz que “ih... isso é muito complicado... A gente se separou por causa de uma briga de família, que ele me agrediu dentro de casa. Depois a gente voltou, alugamos uma casa, mas não deu certo. Eu enjoei e fui me embora!”

Agora, a segunda união, não havia um “motivo”, uma gravidez que deveria ser legitimada com a aliança dos pais, conforme percebemos nas falas transcritas. Ao não ter um “motivo” aparente, Joana hesita em responder por que se uniu pela segunda vez. A explicação de que não gostava de morar na casa dos pais não é visto pelos seus familiares como “motivo”, como revela as falas de sua mãe e irmã. Ela estava *iludida*, ou seja, apaixonada. Desta maneira, a saída da casa dos pais, diferentemente quando motivada por uma gravidez, está relacionada com um ideal de união, onde se estabelece uma projeção em relação ao parceiro³⁸.

Na fala de Alice percebe-se uma clara diferença de atitudes no que se refere aos namorados que teve. Com o primeiro namorado, com o qual se iniciou sexualmente, fazia uso combinado de preservativo e contracepção oral. Então com o segundo namorado, que acabou engravidando, Alice havia interrompido o uso do contraceptivo oral, pois estava sentindo muitas dores de cabeça. Mas também não manteve o uso do preservativo, uma vez que, quando questionada se a gravidez que “não estava esperando” foi decorrente da falha do preservativo, ela responde que não foi falha do preservativo, deixando a entender que não usaram. Aqui, diferentemente do caso de Raquel e Joana, que passam a descuidar do uso do contraceptivo com o prolongamento da relação, Alice marca a importância do tipo de sentimento em relação ao parceiro³⁹ para que a gravidez “aconteça”. Tanto que, com a gravidez, Alice estabelece a união com o pai de seu filho.

Entretanto Carmem, logo na primeira entrevista, realizada com mais duas entrevistadas, afirma que seus filhos “não foi como plano”. Logo na iniciação sexual ela engravidou. Conforme descrito anteriormente, tratava-se de uma relação de mais de um ano, mas que “foi até meio forçada” e que ambos não fizeram uso da contracepção. Neste caso, a relação sexual e a gravidez foram “inesperadas”. Da mesma forma que Raquel, o namorado de Carmen também era usuário de drogas e, além de não assumir financeiramente, não registrou a criança. Carmem, não recebendo apoio dos familiares na gestação, quando sua filha completou três meses, uniu-se com o vizinho que se prontificou a registrá-la, pois o namorado não a

³⁸ Das transformações contemporâneas dos ideais de amor, união e intimidade entre os parceiros sexuais, ver Giddens (1993).

³⁹ Apesar não ter ficado claro no relato de Alice, outros fatores, como a adequação moral do parceiro e as outras circunstâncias elencadas anteriormente, necessárias para a legitimidade da gravidez e união, podem ter pesado nesta diferenciação de atitudes frente aos dois namorados.

assumiu. Quando indagada o que pesou para se unir com este vizinho, ela indica a questão financeira e moral, de “dar um pai para seu filho”.

Neste sentido, a união de Carmem foi bastante condicionada à gravidez, no sentido que a reprodução precisa ser legitimada com a constituição do laço conjugal, que simboliza os elementos essenciais para uma reprodução: o registro, a união e o apoio financeiro. Diferentemente das outras, que engravidaram e casaram com seus respectivos namorados, Carmem não teve essa possibilidade. Agrava-se sua situação ela não ter encontrado na família apoio para a gravidez. Foi então que o vizinho, que estava disposto a *assumir* ela e seu filho, tornou-se uma alternativa adequada a suas demandas. É a partir da união com o vizinho que Carmem reestrutura a situação, suprimindo a falta de registro, união e apoio financeiro, produzindo um efeito *como se fosse* laço biológico⁴⁰. Tanto que sua filha, hoje com dez anos, não sabe que não é filha biológica do marido da sua mãe.

Por fim, Clarissa estava há mais de dois anos com seu segundo namorado e parceiro da iniciação sexual quando engravidou. Ela tinha 16 anos e havia sofrido uma série de empecilhos para a manutenção deste relacionamento. Dentre estes episódios, o mais marcante foi a denúncia que seu pai realizou ao Conselho Tutelar, porque o namorado de Clarissa era maior de 18 anos. Para expressar como hoje percebe suas atitudes, Clarissa diz que estava “bem louca, falei para o Conselho que queria engravidar. A mulher ficou apavorada”. Apesar da verbalização do desejo de uma gravidez, Clarissa conta que na época pensava que “não iria ficar grávida tão cedo”. No caso de Clarissa, o prolongamento do relacionamento e uma informação compreendida de maneira equivocada, a respeito do período fértil (dada por sua mãe), provocaram o uso inadequado do contraceptivo e então a gravidez. Como no caso da maioria das entrevistadas que engravidaram enquanto estavam namorando, Clarissa foi residir com o namorado na casa da sogra.

Desta forma, a literatura que discute juventude vai destacar dentre diferentes elementos que concorrem para a autonomização (material e afetiva) dos jovens, a importância dos relacionamentos afetivo-sexuais e da conjugalidade para marcar a entrada dos jovens na vida adulta, sendo a gravidez uma possibilidade dentro deste

⁴⁰ Da modalidade de *adoção à brasileira*, na qual o homem registra e assume *como se fosse* pai biológico ver Fonseca, 1995. Trata-se de um procedimento não autorizado no Brasil, pois depende de autorização judicial. E a expressão ‘como se fosse’ (*as-if*) foi utilizada por Modell (1994 *apud* YNGVESSON, 2007: 118) para designar o apagamento biogenético e a construção de uma família adotiva no seu lugar.

processo. Entretanto, quanto às expectativas sociais com relação aos jovens, tais elementos estão dispostos de maneira sequencial e sua “desordem” é compreendida enquanto problemática para o rumo adequado à vida adulta (KNAUTH *et al*, 2006: 267). Neste sentido, encontramos nas atitudes dos pais de Clarissa, ancorados pelo conjunto de instituições acionadas para resolução do “problema”, a idéia de uma *desordem* no que diz respeito ao curso adequado à vida adulta de Clarissa. A enunciação da possibilidade da gravidez por Clarissa assume, então, um tom de ameaça e de desafio ao controle exercido por seus pais e pelas demais instituições como o Conselho Tutelar e a Escola, que insistiam em regular e limitar sua relação afetiva e seu comportamento frente à escola. Além disto, evidencia que a gravidez está no universo de possibilidades de Clarissa enquanto uma estratégia de reconfiguração da situação na qual ela vivencia.

Cabe destacar que, no contexto de grupos populares, alguns trabalhos irão mostrar como que a gravidez é uma possibilidade para o estabelecimento de novos arranjos afetivos e papéis sociais, principalmente para as mulheres, conforme se evidencia nas trajetórias de Joana, Alice, Clarissa e Simone. Deste modo, em um contexto onde a escola nem sempre está acessível, o mercado de trabalho escasso de possibilidades e um contexto cultural fortemente marcado pela supervalorização da condição de adulto, a maternidade assume um papel importante na autonomização das mulheres de grupos populares (HEILBORN, *et al*, 2006).

4 A PRÁTICA CONTRACEPTIVA DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS

4.1 Práticas contraceptivas e sua interface com as relações afetivo-sexuais e de parentesco

O início da contracepção está vinculado com o início dos relacionamentos afetivo-sexuais, podendo se iniciar antes mesmo da iniciação sexual das jovens. A prática contraceptiva pode, ainda, ser iniciada com o intento de regular a menstruação, contudo, tal acontecimento, com exceção de Tarsila, é concomitante ou muito próximo da iniciação sexual. Ao longo das entrevistas percebe-se que, muitas vezes, são as mães que providenciam o início da contracepção das filhas e que ocorre até mesmo antes da iniciação sexual. Quando iniciadas sexualmente, as mães mediam a ida ao ginecologista com o intuito do início da contracepção de uso continuado como a pílula. Tais atitudes maternas ocorrem quando a filha começa um relacionamento afetivo-sexual, quando conta para mãe que praticou relações sexuais com o parceiro ou, até, quando a filha anuncia a união. Da mesma maneira, as mães atuam de forma contundente para o início do uso de contraceptivos, através do fornecimento de informações, idas ao ginecologista e etc., bem como no controle da administração dos métodos contraceptivos.

Alice, por exemplo, conta que, aos 14 anos, sua mãe a levou no médico para que ela iniciasse o uso do contraceptivo oral, pois ela estava iniciando o primeiro relacionamento afetivo-sexual. Além de tomar a iniciativa, a mãe de Alice também controlava o uso da pílula. Como no caso de Alice, as mães de Elisa, Tarsila e Clarissa da mesma forma providenciaram o uso do contraceptivo oral antes mesmo do início das relações sexuais. Destas, apenas Tarsila ainda não mantinha relacionamento afetivo do tipo *namoro* quando do início do uso da contracepção estimulada pela mãe. Agora, com Clarissa (que iniciava um relacionamento do tipo *namoro*) e Elisa (que foi residir com namorado), suas mães encaminharam o início da contracepção claramente se posicionando enquanto prevenção da gravidez de suas filhas. No caso de Graça e Tatiana as mães providenciaram a consulta ginecológica para início da contracepção, quando souberam, através de suas filhas, que estas estavam mantendo relações sexuais com parceiros (não estavam

namorando, tratava-se apenas da relação do tipo *ficar* envolvendo relações sexuais com uso do preservativo).

No caso de Carmem, Simone e Raquel, o uso da contracepção foi indicada e estimulada pela equipe de saúde na época da primeira gravidez. Com exceção de Carmem, que não utilizava nenhum método para prevenir doenças e gravidez antes da gravidez, Simone e Raquel faziam uso do preservativo no início de seus relacionamentos afetivo-sexuais, vindo a fazer uso da contracepção oral após o parto. A equipe de saúde, além de atuar no período da gravidez e do parto, é uma referência para informações e estímulo para o uso de contraceptivos, conforme relatam as jovens entrevistadas. Juliana, por exemplo, explica que a mãe conversou com a agente de saúde que esteve na casa dela e acabou por insistir que Juliana iniciasse a contracepção, mesmo em um período no qual a jovem não estava mantendo relações sexuais. Agora, referente à prática de implantes subcutâneos, observou-se em campo outras instituições locais como ONGs, Escolas e mídia que do mesmo modo participaram de maneira decisiva na incorporação da prática contraceptiva de implantes subcutâneos no contexto local.

É importante mencionar que apenas Jandira relatou ter comprado na farmácia o contraceptivo oral, quando iniciou seu relacionamento afetivo-sexual, vindo a usá-la conjuntamente com o preservativo. Joana pediu que uma amiga (mais velha) *tirasse* no posto o contraceptivo oral quando ela iniciou seu primeiro relacionamento afetivo-sexual: “Eu sempre fui *encucada* com isso. Daí, logo que comecei a namorar, eu pedi para uma amiga tirar no posto para mim [o contraceptivo oral]. Assim, se alguma coisa acontecer, eu já estava prevenida”.

Observa-se, a partir dos dados de campo, que o preservativo é usado normalmente no início de relacionamentos afetivo-sexuais ou em relações do tipo *ficar*, sendo a dupla proteção o modelo ideal de contracepção. Tal comportamento é evidente entre as mais jovens que não possuem experiência do tipo namoro ou união. O contraceptivo de uso continuado, como a pílula e o injetável, passam a ser utilizados preferencialmente quando há um relacionamento do tipo namoro ou união, descartando o uso do preservativo. Conseqüentemente, a regra é o uso de algum contraceptivo durante as relações sexuais, todavia, com o desenrolar dos relacionamentos, há o abandono do preservativo e inclusive o descuido/interrupção do método de prevenção à gravidez. Tal atitude leva as mulheres que mantêm um relacionamento mais duradouro muitas vezes engravidarem. Cabe destacar que,

depois do início da trajetória contraceptiva, normalmente as mulheres usam sistematicamente a contracepção independente de estar ou não mantendo relações sexuais, ainda que nem sempre de maneira regulada. Porém, o tipo de relacionamento, envolvimento afetivo e qualidade moral do parceiro sexual irão prescrever o tipo e contraceptivo a ser utilizado e por vezes, a forma regulada ou descuidada da administração de métodos que dependem da usuária, como o contraceptivo oral e o preservativo.

Nesta mesma direção, o trabalho de Machado (2004) apresenta a relação entre parceiros e relacionamentos afetivo-sexuais com as práticas contraceptivas. A autora, apoiada em seus dados etnográficos colhidos em uma vila de Porto Alegre, descreve a classificação dos homens de classe popular a propósito do uso de métodos contraceptivos. Segundo Machado, o uso de métodos contraceptivos está vinculado com o tipo de parceira sexual. Destarte, com *gurias sem vergonha* (“que dão para todo mundo”) deve ser usada a camisinha, que segundo a percepção masculina é um método mais forte e eficaz, ou seja, um *método de homem*. Com mulheres maduras ou com suas esposas é comum que o homem delegue a responsabilidade para a mulher, privilegiando o *método de mulher* – pílula, injeção e DIU – que são vistos enquanto mais frágeis e fracos. Conclui a autora que, com a união e a paternidade, os homens percebem menos riscos em relação à gravidez e às doenças sexualmente transmissíveis, tanto porque estariam *amarrados* quanto porque apostariam na exclusividade sexual feminina. Neste sentido, o tipo de relação e momento da trajetória afetivo-sexual e reprodutiva também irá informar e prescrever práticas contraceptivas.

Então, conforme descrito no capítulo anterior, a gravidez no contexto de namoro é apresentada como “inesperada” e ocorre normalmente pelo uso desregulado da contracepção. Em alguns casos, como de Clarissa e Raquel, houve ainda alguma informação que as fizeram acreditar que não poderiam engravidar. Raquel comenta que uma vez foi no ginecologista e este a informou que talvez ela não pudesse ter filhos e “desse talvez que eu acabei tendo...”. Associada esta informação com o prolongamento do namoro, ela passa, então, a não usar preservativo e engravida. Clarissa, da mesma forma, soube de sua mãe do período fértil, uma vez que ela foi questionar a mãe sobre isto quando estourou a camisinha com seu namorado. De tal modo, através da informação da mãe, o prolongamento do namoro, Clarissa passa a usar de maneira descontínua a contracepção oral e o

preservativo, vindo a engravidar. Alice demarca a importância do envolvimento afetivo para que a gravidez aconteça, uma vez que ela demarca a diferença entre os dois namorados que teve. O primeiro ela revela, “Deus me livre ter um filho como ele” e, portanto, fazia uso combinado de preservativo e contracepção oral. Assim, com o segundo namorado, o qual se apresenta como mais adequado a suas intenções conjugais, Alice acaba interrompendo o uso da contracepção oral e do preservativo, vindo a engravidar.

Destaca-se, aqui, o papel fundamental da relação entre agentes de saúde (aqui englobando a equipe de saúde – enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos) e as mães de jovens para o início das trajetórias contraceptivas e reprodutivas. Neste caso, mães e agentes de saúde se tornam aliados no controle da reprodução e da sexualidade de jovens. Por outro lado, tal controle da reprodução é matizado por estratégias, como deixar de tomar a pílula e omitir esta prática. E, que são acionadas dependendo do contexto e envolvimento afetivo. Conforme se apresentará neste capítulo, além destas instituições e atores, outros fatores entram em cena para pensar a prática de implantes contraceptivos, como as experiências com outros métodos contraceptivos e o conjunto de sensações e emoções envolvidas nas práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas.

4.2 Implantes subcutâneos: o corpo da tecnologia, a tecnologia no corpo

A prática contraceptiva de implantes subcutâneos de mulheres residentes em um bairro popular da cidade é permeada de significados acerca de como funciona o corpo saudável, o que se espera como efeito de determinado contraceptivo no corpo, tudo isto ancorado por uma lógica local que engloba outros conhecimentos práticos e abstratos relativos ao corpo, da sexualidade e da reprodução. O argumento aqui desenvolvido é de que o conhecimento relativo à tecnologia contraceptiva e como ela funciona no corpo é uma articulação de saberes que são adquiridos seja por experiências pessoais, conhecimento local e conhecimento biomédico. Esta articulação se dá de diferentes maneiras, comportando ora pesos diferentes, ora equivalentes.

Trabalhos na área do corpo e da saúde irão enfatizar a importância do olhar em relação corpo para a compreensão das práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas. Ele é *locus* de significados culturais e de sensações que são

percebidas e significadas a partir das experiências e do conhecimento adquirido com sobre o corpo em relação aos outros e ao mundo. Estes saberes irão dar sentido à tecnologia e interagir com o conhecimento produzido pela rede de atores autorizados a falar da tecnologia. E é esta articulação de saberes que produz o significado da prática contraceptiva de implantes subcutâneos no que se refere à interação da tecnologia com o corpo, construindo e produzindo saberes no que diz respeito à tecnologia e ao corpo. A experiência corporal de apropriação e incorporação da tecnologia (seus significados e saberes correlatos) produz então o que podemos chamar o *corpo da tecnologia*, a metamorfose entre corpo e tecnologia.

Ressalta-se que quando se enfoca classe social, estas diferenças de pesos no que tange aos conhecimentos são relevantes. Diferentemente da classe média, onde o conhecimento biomédico é mais valorizado, em grupos populares este saber fica matizado pela sobreposição da compreensão de que as experiências corporais são vivenciadas de maneira singular (VICTORA, 1991, entre outros). Tal característica produzirá, então, constantes *desconfianças* em relação conhecimento recebido pelos profissionais de saúde, assim como reinterpretações em relação conhecimento biomédico.

O contraste entre conhecimento biomédico e outros saberes locais (pessoal e de outras pessoas próximas) é realçado a partir da inserção de um novo método contraceptivo, uma vez que a informação recebida no posto e de outras esferas de conhecimento (mídia, políticos, gestores) será interpretada a luz de todo um conhecimento cultural a respeito do corpo e das tecnologias contraceptivas mais disseminadas. Por conta desta especificidade, torna-se crucial as experiências anteriores quanto ao corpo, o contato com as mulheres que fazem uso da tecnologia e o conhecimento adquirido ao longo do processo de intervenção via agentes de saúde e outros atores locais, como lideranças comunitárias. Cabe lembrar, que muitos trabalhos apontaram que as mulheres normalmente chegam aos serviços de saúde com a decisão de qual método contraceptivo usar (OSIS *et al*, 2004; FARIA, 2008). Encontrou-se este dado em campo, mas discute-se como esta “escolha” é então realizada para além da consulta ginecológica. Neste sentido, apreende-se aqui a “escolha” contraceptiva enquanto uma concatenação de possibilidades acessíveis e de saberes ligados a estas.

Além disto, é importante lembrar que o implante contraceptivo se diferencia dos demais métodos contraceptivos por uma série de questões. Primeiro, por ser apresentado como uma novidade e um “avanço”, comparado aos outros métodos contraceptivos oferecidos, bem como pelo forte investimento da equipe de saúde para sua adesão. Segundo, por sua duração prolongada e não definitiva. Terceiro, pela (recomendada) dependência à colocação e retirada da tecnologia no corpo de sua usuária e quando no corpo, sua autonomia de funcionamento. Diz-se recomendada, pois houve histórias de campo da possibilidade de retirada do implante no corpo sem o auxílio do profissional de saúde. Juliana, por exemplo, irritada com a equipe de saúde do Posto a qual é atendida revela: “Se eles não querem tirar, eu mesmo pego uma gilete e arranco!”. E por último, a demanda pelo implante subcutâneo pode ao mesmo tempo ser relacionada com a maior facilidade de acesso em relação aos demais métodos contraceptivos e desconhecimento ou experiências de falha deste novo método contraceptivo. Tais características são importantes para compreender como que esta nova tecnologia contraceptiva é acionada e significada no contexto local.

Deste modo, o implante é classificado pela maioria das mulheres (que optaram pela tecnologia contraceptiva) as quais se pôde manter contato ao longo do trabalho de como mais *seguro*, *confiável* e *eficaz* perante os outros métodos disponíveis. Tal classificação está relacionada com o investimento da equipe de saúde na apresentação do método como *mais eficaz e efetivo* método de prevenção à gravidez. Tal associação é revelada nos relatos das jovens que, em sua maioria, afirmam terem sido informadas no posto que o implante seria um método que as “protegeriam mais”, ou nos termos da equipe técnica, que as protegeriam de maneira *mais eficaz* da *gravidez indesejada*.

Simone (26 anos, casada, com 3 filhos), por exemplo, se diz muito fértil e por isso precisa de um *método seguro* para não mais engravidar, classificando-o como “um método muito confiável”. Ela cita a procura pela esterilização depois que engravidou do seu segundo filho, apesar disso não obteve o consentimento do marido. A maior acessibilidade do implante contraceptivo diante do método da esterilização se revela um fator importante para a adesão deste novo método. Raquel e Carmem, por exemplo, também revelaram seu desejo pela esterilização, que não se concretizou seja pelo não consentimento do marido (no caso de Carmem), seja por não possuir os critérios estabelecidos na legislação em vigor (no

caso de Raquel). Para tanto, nos três casos aqui citados, a dificuldade de acesso a contracepção mais adequada às suas demandas foi decisivo para o uso do implante contraceptivo.

No caso de Simone, a segurança do método contraceptivo é reforçada pela compreensão de que o implante é muito “forte”, pois é composto de “hormônios masculinos” que produzem uma série de efeitos colaterais, como aumento de pêlos, perda da libido, desconforto na região do implante, alterações no humor e na menstruação. Tanto que Simone pretende ficar com o implante por dois anos apenas, pois, acredita que por ser muito forte, “faz mal” para seu corpo. De tal forma, as transformações corporais aqui são compreendidas enquanto demonstração da maior eficácia do método, a partir de um conhecimento prévio incorporado à forma como os contraceptivos atuam ou devem atuar no corpo. Neste sentido, elas são percebidas como desordens corporais, só que, de certa forma desejáveis para o tipo de eficácia pretendida. Isto porque Simone é enfática ao dizer que “não pode mais engravidar” e, por consequência, precisa lançar mão de métodos que a proporcionem maior segurança.

Nívea estava usando a contracepção oral quando soube por uma amiga que estavam ocorrendo palestras no posto de saúde referentes ao “chip”, ou seja, ao novo método contraceptivo disponível na rede de saúde. Através das palestras, ela então decide trocar o contraceptivo oral pelo implante subcutâneo. Na sua percepção o implante tem “menos risco de engravidar” e, além disso, tem a vantagem de ser um método de maior duração e praticidade, porque “não precisa tomar todo o dia” como o contraceptivo oral.

Eu acho que [com o implante] corre *menos risco de engravidar* que o anticoncepcional... pelas palestras. Aí nós assinamos os termos e tudo e aí eu coloquei. (Nívea, 21 anos, casada e com uma filha de 3 anos do marido.)

A autonomia do método contraceptivo igualmente se revela um fator importante para a sensação de segurança quanto ao implante subcutâneo. O uso descontínuo da contracepção oral é relatado por diversas jovens entrevistadas e é apontado como um fator limitador da eficácia contraceptiva dos métodos de ingestão diária, como a pílula. Conforme indicam dados de diversos trabalhos desenvolvidos com grupos populares (entre eles LEAL, 1998), a falta de regularidade e descontinuidades de seu uso, o “esquecer de tomar pílula” é algo extremamente

comum entre as mulheres deste segmento social. Tal característica é apresentada, no contexto local, como um dos principais argumentos pelos defensores e idealizadores da política de implantes contraceptivos.

Clarissa, por exemplo, que tem *medo de engravidar de novo*, acredita que o implante *previne mais*, seja pelas palestras, seja pela percepção de que não pode intervir na eficácia contraceptiva, pois não é necessária a administração diária. Ela comenta que pensava que “ia ser mais responsável depois de começar a transar”, porém, continuou a não fazer uso regular da contracepção mesmo depois de iniciar a atividade sexual. Segundo ponderava: “não vou fazer nada; hoje eu não vou tomar” ou ainda achava que “uma transa aqui rapidinho a gente não vai engravidar”. Clarissa atribui sua atitude enquanto um *descontrole* e, portanto, o implante parece ser uma solução para uma nova gravidez. Elisa também indica que, na sua percepção, o implante é *mais seguro* justamente por que não precisa lembrar ou controlar. A jovem Raquel, por outro lado, descreve o implante como uma *segurança para sua vida*, para não ter mais filhos. Lara, do mesmo modo, comenta que optou pelo implante contraceptivo porque tinha *medo de ficar grávida* por causa do esquecimento de tomar pílula. Com o implante, ela não tem o *perigo* de esquecer e causar uma ineficácia do método contraceptivo. Jandira, por conta do esquecimento da ingestão diária da pílula contraceptivo, por muitas vezes fazia uso da contracepção de emergência e, portanto, optou pelo implante subcutâneo porque “não faz bem ficar toda ora tomando pílula do dia seguinte”.

Destaca-se, por fim, que, quando iniciado o processo de oferecimento do novo método contraceptivo, as jovens não conheciam histórias de falha do método, diferente dos outros métodos disponíveis anteriormente. Em campo, a maioria das entrevistadas comentou sobre histórias de falhas ligadas aos métodos contraceptivos disponíveis anteriormente, como o DIU, a pílula e o preservativo. Como se vê, as experiências anteriores, como a ineficácia de outros métodos contraceptivos, como a pílula de farinha ou o rompimento do preservativo ao longo da relação, também contribui para que o implante seja percebido como um método mais seguro. Assim, a procura pelo implante reflete primeiro o descrédito dos outros métodos contraceptivos, e ainda, a relação de *confiança* nas informações biomédicas repassadas pela equipe do posto de saúde responsável pela divulgação do método.

Todavia ao longo da experiência de estar com o implante no corpo, surgem sensações e desconfortos que desencadeiam *desconfiança* em relação às informações recebidas no posto, na eficácia do método e de suas reais vantagens comparadas aos outros métodos oferecidos. Os desconfortos mais citados são choques na região onde está aplicado o implante, dores de cabeça, braço cansado, disfunção de menstruação, deslocamentos do implante no braço e alteração de peso. Estas sensações corporais que são interpretadas como sinais da tecnologia agindo no corpo, articulam certos saberes relacionados com a tecnologia.

Juliana, por exemplo, após a colocação do implante passou a ter sangramentos desregulados e por vezes “hemorragias”. O *nojo* da menstruação atrapalha sua vida sexual, produzindo um descontentamento relativo ao método contraceptivo⁴¹. Por conta destes desconfortos, após quase um ano com a tecnologia no corpo, Juliana decide retirar o implante. A esta altura, ela desconfia da eficácia do implante, tendo em vista o relato de histórias de gravidez de jovens que usavam o implante, da constatação do implante estar se deslocando em seu braço e da *desconfiança* dela mesma poder estar grávida. O deslocamento do implante no braço é um “sinal” de que o implante pode não estar funcionando, conforme informação recebida pelo Posto e é alvo de constantes preocupações de várias entrevistadas.

As sensações e *desconfianças* em relação a uma possível gravidez, por conta da falha do implante contraceptivo, foram relatadas por algumas entrevistadas e são interessantes, pois revelam a articulação do conhecimento de como deve funcionar o implante no corpo e os “sinais” de uma gravidez que são percebidos a partir de uma bagagem corporal e cultural. Tarsila, por exemplo, desconfia do funcionamento adequado do seu implante, pois, além dele estar deslocado, ela sente fortes dores na barriga e sensações que ela atribuiu a uma suposta gravidez. Além de Juliana e Tarsila, Simone igualmente aventa a possibilidade de estar grávida com a tecnologia contraceptiva no corpo. Entretanto, diferentemente das outras, Simone esteve 3 vezes grávida, então suas *desconfianças* estão embasadas em um conhecimento corporal adquirido a partir de experiências corporais pessoais. Assim sendo,

⁴¹ Outras mulheres também relataram incômodos em relação às disfunções de menstruação, seja por que não sabiam quando ia “descer”, mas principalmente quando tinham *hemorragias*, uma vez que há uma forte relação do sangue menstrual com *nojo* e *fraqueza*, ou seja, além de terem *nojo* do sangue menstrual, acredita-se que *perder muito sangue enfraquece*. Sobre as diferentes percepções a respeito do sangue com impuro, poluído e poluidor ver Douglas (1976). Dados etnográficos a respeito destas percepções em grupos populares podem ser encontrados ainda em Leal, 2001.

observa-se nos relatos que a possibilidade de estar grávida é medida e alimentada por um conjunto de informações, sejam de experiências pessoais, informações “técnicas” (adquiridas no posto sobre a tecnologia contraceptiva) ou de experiências de outras usuárias da tecnologia. Inclusive, a possibilidade de uma gravidez coloca em questão a eficácia do método contraceptivo e, do mesmo modo, a relação de confiança estabelecida previamente com a tecnologia, conforme se descreve a seguir.

4.3 *Eu to confiando*: a experiência contraceptiva e sua interface com contexto social, a situação específica e as relações estabelecidas

Procura-se, nesta ocasião, tratar a prática contraceptiva de implantes subcutâneos focando em algumas categorias enunciadas pelas mulheres entrevistadas e que serão aqui tomadas como uma *linguagem* de expressão e elaboração de sensações, sentimentos e percepções, procurando refletir como que certas *emoções* articulam-se com as práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas. Enquanto proposta teórica, a antropologia das emoções visa colocar em destaque o caráter social de certos sentimentos e sensações corporais. Tal abordagem se justifica pelo entendimento de que as emoções são um componente importante para a compreensão da experiência sociocultural dos sujeitos, pois evidenciam o caráter *social, relacional e situacional* das práticas sexuais, reprodutivas e contraceptivas, conforme se apresenta a seguir. Além disto, a prática contraceptiva é uma vivência que se dá no corpo e através do corpo, e é conformada e significada a partir de um conjunto de sensações corporais que articulam, ao mesmo tempo, certas emoções. A hipótese levantada aqui é que certos eventos específicos da trajetória afetivo-sexual dos sujeitos mediam e instituem práticas contraceptivas específicas e que certas emoções associadas a estes eventos evidenciam o constante processo de formação e conformação de laços sociais.

A reflexão aqui proposta toma como base alguns trabalhos clássicos das ciências sociais e que são referências fundamentais do campo da antropologia das emoções, os quais conceituam as emoções enquanto fenômenos sociais que mediam e significam as práticas dos sujeitos sociais (DURHEIM, 1996 [1912]; SIMMEL, 2006 [1917]; MAUSS, 1979 [1921]). Em contraposição a uma idéia essencialista no que diz respeito às emoções, concebê-las enquanto *fenômenos*

sociais é afirmar que elas são elaboradas culturalmente e que, então, sua experiência, expressão e sentido variam conforme o contexto no qual eles se apresentam. Essa perspectiva destaca, ainda, o caráter coletivo, simbólico, situacional e pragmático das emoções.

Durkheim (1996 [1912]) foi um dos autores pioneiros em abordar a dimensão social das emoções, pois ao discutir a formação do indivíduo moderno, procurou igualmente tratar do universo emocional deste indivíduo. Sua análise se pauta nos elementos coletivos, portanto, da mesma forma que todas as sociedades possuem representações coletivas que se impõem aos indivíduos e organizam e suas experiências, elas também produzem sentimentos coletivos, que atuam como mantenedores do consenso social. Simmel (2006 [1917]) aborda os sentimentos em sua obra enfatizando sua potencialidade social, ou seja, sua capacidade de engendrar e mediar relações sociais a partir do que o autor chama de *fator sociativo* das emoções:

Defino, assim, simultaneamente, como conteúdo e matéria de sociação, tudo o que existe nos indivíduos e nos lugares concretos de toda a realidade histórica por impulso, interesse, finalidade, tendência, condicionamento psíquico e movimento nos indivíduos – tudo o que está presente nele de modo a engendrar ou mediatizar os efeitos sobre os outros, ou a receber os efeitos dos outros (SIMMEL, 2006: 60).

Para Simmel, as emoções, ao adquirirem caráter social, estas extrapolam os sujeitos individuais, passando a ter um caráter coletivo. Outro aspecto interessante que o autor traz para discussão acerca das emoções é o aspecto *situacional* da expressão dos sentimentos, ou seja, a especificidade de cada forma de interação, que ganha destaque em abordagens recentes do campo da antropologia das emoções.

Por outro lado, Mauss introduz em sua análise a dimensão simbólica das emoções. Em seu texto clássico sobre a expressão dos sentimentos, Mauss enfatiza o caráter social das emoções, a partir do estudo do ritual oral dos cultos funerários australianos:

Não só o choro, mas toda uma série de expressões orais de sentimentos não são fenômenos exclusivamente psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais, marcados por manifestações não-espontâneas e das mais perfeita obrigação.
(...) Mas todas as expressões coletivas, simultâneas, de valor moral e de força obrigatória dos sentimentos do indivíduo e do grupo, são mais que meras manifestações, são sinais de expressão entendidas, quer dizer, são

linguagem. Os gritos são como frases e palavras. É preciso emití-los, mas é preciso só porque todo o grupo os entende. É mais que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica (MAUSS, 1979: 147 e 153).

Nesta passagem, fica evidente a marcação do caráter público, coletivo e obrigatório das formas de expressão das emoções em rituais. O autor enfatiza, além disso, a necessidade de se compreender as emoções como elementos de comunicação, ou seja, como uma *linguagem*, dimensão que será posteriormente retomada pela antropologia americana, conforme trabalhos de Abu-Lughod (1986) e Lutz (1988). Tais estudos, conforme destaca Rezende (2002: 74), propõem “que os conceitos de emoção devem ser vistos como elementos de práticas ideológicas locais, que envolvem negociações sobre significados de eventos, sobre direitos e moralidades, sobre controle de recursos, enfim, todas as esferas da vida social”. Dessa maneira, propõem que as emoções sejam interpretadas como uma *linguagem*, ou seja, como “um idioma que define e negocia as relações sociais entre pessoas e as outras” (REZENDE, 2002: 74). Dito isto, apresenta-se a seguir como que certas categorias locais, como *medo* e *confiança*, são acionadas em diferentes contextos e situações para expressar e significar as práticas sociais dos sujeitos.

Segundo Koury (2005), o fenômeno medo é uma via privilegiada para reflexão de como se conforma e se configura a ação dos sujeitos, e, destarte, trata-se de uma das principais forças de organizadoras do social. Além disto, a categoria medo enfatiza:

(...) os embates de configuração e processos de sociabilidades e de formação dos instrumentos da ordem e da desordem que desenham dialeticamente a ação dos sujeitos e grupos em relação (KOURY, 2005: 247).

Uma das referências importantes para a discussão no que tange a *medo* e *desconfiança* são os trabalhos de Simmel que aqui contribuem para pensar como que a categoria medo é articulada no contexto no qual estudo. Dentre os autores que trabalham dentro do paradigma proposto por Simmel, Giddens (1991) possui trabalhos importantes e que identicamente são tomados como referência para pensar questões como a relação de confiança e de segurança. Para fins de análise, adota-se o conceito de confiança proposto por Simmel (1986).

A confiança é uma hipótese sobre a conduta futura de outrem, hipótese que oferece segurança suficiente para fundar nela uma atividade prática. Como hipótese, constitui um grau intermediário entre o saber acerca de outros homens e a ignorância a respeito deles. Sobre o que se sabe, não se necessita 'confiar'; o que se ignora não pode sequer confiar. Em que grau deve se mesclar o saber e a ignorância para se fazer possível a decisão prática, baseada na confiança? Depende da época, da esfera de interesses, dos indivíduos. A objetivação da cultura tem decididamente diferenciado os níveis de saber e ignorância necessários para que se produza a confiança. (SIMMEL, 1986: 366-7 – tradução nossa).

Nesta perspectiva, a confiança seria uma relação e ponderação socialmente situada que é elaborada a partir de um contexto e de uma relação entre sujeitos específicos. Para tanto, tais autores são aqui apropriados para a compreensão das categorias êmicas acionadas pelas mulheres entrevistadas, uma vez que estas relacionam confiança enquanto um requisito para o estabelecimento e manutenção de relações, sejam afetivo-sexuais (como abordado no capítulo anterior), sejam para práticas contraceptivas. E, como indica Simmel, a confiança está ligada com a sensação de segurança em relação aos outros, ou, como pondera Giddens (1991), em relação a sistemas de informações e de tecnologias. Trata-se, desta forma, de uma *linguagem* para falar de percepções, sensações, qualidade das relações e de sentimentos ligados às esferas da conjugalidade, da reprodução e da contracepção.

Logo nas primeiras entrevistas, a categoria *medo* aparece enquanto um elemento significativo da experiência contraceptiva, que expressa e significa certas ansiedades vinculadas com transformações corporais produzidas pelos contraceptivos ou mesmo de transformações corporais e contextuais desencadeadas por uma gravidez. Algumas mulheres que estão com a tecnologia contraceptiva no corpo referem-se, por exemplo, ao *medo de engravidar*. Porém este medo é elaborado de diferentes maneiras, expressando sensações e sentimentos que vinculam diferentes preocupações e vivências corporais. Toma-se aqui, então, a idéia de que esta sensação e/ou sentimento trata-se de uma elaboração cultural cujo objetivo é dar sentido ou a expressar uma idéia de *desordem*, de *insegurança*.

Clarissa, por exemplo, tem 16 anos, possui um filho e reside nos fundos da casa de seus pais junto com Matheus, pai do seu filho. Clarissa começou a namorar com o atual companheiro e pai da sua filha aos 13 anos. Ela conta que na época do namoro pensava que “não iria ficar grávida tão cedo” e quando se descobriu grávida teve medo: “Fiquei com medo, do Matheus não assumir, do meu pai me mandar

embora de casa.” No contexto local, conforme descrito anteriormente, o evento reprodutivo implica na necessidade da configuração de um par conjugal e de uma rede de apoio familiar, apesar de que nem sempre tais relações são possíveis de serem estabelecidas por uma série de situações. O elemento medo aqui informa a percepção de que uma gravidez implica na necessidade da constituição, negociação e definição de uma série de relações sociais que podem não vir a se concretizar. Sendo assim, a não certeza, ou a possibilidade de não configuração destas relações sociais é revelada a partir da sensação de insegurança que é traduzida pela noção de medo. O medo enunciado por Clarissa evidencia, então, que com a gravidez, outros laços sociais são necessários para sua legitimação e continuidade.

De tal maneira, o período gestacional pode ser um período de negociação, do estabelecimento de relações que sustentem novas necessidades que surgem com um filho. Neste período, o apoio dos familiares de ambos os parceiros é fundamental para a constituição da paternidade, através do apoio financeiro, da cessão de um espaço para a constituição do casal, além do apoio emocional. Ao ficar grávida do namorado, Clarissa, por exemplo, não tendo apoio dos pais para o relacionamento, “foge” de casa. Ela então vai residir na casa dos familiares do namorado. Entretanto, com o passar da gestação, as brigas com a “madrasta” do namorado e a insegurança no que se refere aos cuidados com o bebê, após seu nascimento, faz com que Clarissa acabe retornando para casa paterna. Portanto, no primeiro momento, a relação mais importante a ser construída é a paternidade, ou seja, “o pai assumir”, já que depois do nascimento a ajuda como o cuidado do bebê assume maior relevância. A importância da presença paterna no período gestacional é simbolizada no comentário da jovem de que sua “filha nasceu com a boca aberta, de coca-cola”, pois o pai da criança não estava presente quando ela teve o desejo pelo refrigerante e não foi atendido⁴².

Clarissa expressa ainda que sente medo de uma nova gravidez. Contudo, este medo é articulado a partir de outras experiências que não as referidas até então, mas que envolvem este período entre a gestação e a chegada do filho:

⁴² Aqui podemos perceber a concepção local, fortemente difundida, de que os desejos não satisfeitos no período gestacional podem alterar a forma dos bebês. Ou seja, como Clarissa não teve seu “desejo de grávida” satisfeito, sua filha acaba por sofrer alguma transformação relacionada com o tipo de desejo não satisfeito. Normalmente, é frequente ouvir histórias de desejos por comidas estranhas ou de difícil acesso e que, caso não se coma, acredita-se que a criança pode nascer com a “cara” em forma daquilo que se desejou.

Minha filha nasceu com 7 meses, por causa do meu corpo. Tenho útero infantil. (...) Foi muito perigoso. Eu tive medo. E eu tenho medo de engravidar de novo e não dar certo.

O corpo e o processo biológico da gravidez, com as modificações que impõem ao corpo são referências para o estabelecimento do medo, não mais necessidades de ter um pai ou do apoio dos familiares, mas a forma pelo qual o bebê se desenvolve no seu corpo. Aqui, a experiência da gravidez parece prescindir de uma série de fatores para ser exitosa e segura: um corpo materno adequado para sua gestação pelo período de 9 meses, um pai para suprir os desejos da mãe e formar o casal e os familiares para o apoio no cuidado dos filhos e ajuda financeira, acomodação e apoio emocional.

A experiência reprodutiva pode também representar uma transformação corporal permanente. Tais transformações podem ser percebidas como geradoras de emoções, em geral relacionadas com descontentamentos relacionados com o corpo e de angústias referentes a uma nova gravidez. O enfoque no *sofrimento* é destacado por Simone ao se referir ao abalo emocional que sofreu após ter engordado 20 quilos na sua terceira gravidez. Para Simone, ter filhos significa engordar e transformar o seu corpo de maneira definitiva, desencadeando um medo de engravidar novamente. Segundo seu relato, “ter [tido] três partos” modificou o seu corpo, dificultando a perda de peso. Nesta oportunidade, Simone explica, rindo muito, que, depois que engravida o corpo fica diferente, trata-se de um “corpo sem futuro”, ou seja, que é mais difícil de emagrecer. Ela refere-se ao seu corpo como estacionado, “meu corpo... parou... estacionou...”.

A capacidade reprodutiva do corpo parece aqui significar o futuro do corpo feminino, ou seja, o veículo para aquisição de novos papéis e condições sociais. Em suma, um real potencial de fabricação e estabelecimentos de novos vínculos, conforme se apontou anteriormente, ao apresentar as experiências de Clarissa. Além disto, Simone reconhece a possibilidade de fabricação de outros vínculos a partir de uma imagem corporal culturalmente elaborada enquanto sensual e atrativa sexualmente. Deste modo, a percepção de um “corpo sem futuro” está vinculada tanto com relação ao “estacionamento” da reprodução quanto na capacidade de atração sexual. Nesse sentido, a contracepção seria a forma de “estacionar” este corpo ainda reprodutor e que é percebida enquanto um mal necessário, algo que

“tem que se sujeitar”⁴³, tendo em vista as perdas no que se refere a outros aspectos como a sensualidade e atratividade sexual, ou outros aspectos da vida como trabalhar e voltar a estudar. Conseqüentemente, o medo de engravidar novamente, além de ser um balizador para práticas reprodutivas, também articula novas práticas contraceptivas. Neste sentido, as transformações corporais produzidas pelo aumento de peso durante o período gestacional, o próprio uso de métodos contraceptivos que não engordam e o confinamento dentro de casa para cuidados com o bebê podem ser elementos fundamentais para estas relações.

Tarsila, por outro lado, não tem filhos. Ela tem 16 anos e mora com o companheiro nos fundos da casa de sua mãe. O medo dela não está relacionado com experiências reprodutivas anteriores. Ela tem medo porque *desconfia* que esteja grávida. E como ela está usando o implante contraceptivo este medo se articula com a desconfiança do método não estar funcionando. Aqui, percebe-se então o medo de engravidar por falha do método contraceptivo. Conforme se trata, a seguir, este medo se articula com uma série de relações que passo a apresentar.

O medo de engravidar por causa da falha do implante é articulado pela configuração de diversos fatores. Por exemplo, para as mulheres que possuem filhos, o medo pode ser desencadeado a partir de mudanças e sensações corporais que elas sentiram enquanto estavam grávidas. Revelando um sentimento desencadeado por conhecimentos corporais incorporados a partir da sua experiência reprodutiva. Todavia, a associação de certas sensações corporais com a falha do método é incrementada pelo tipo de relação que elas estabelecem com a tecnologia e as informações recebidas sobre a tecnologia junto aos profissionais de saúde, bem como do conhecimento local de forma geral.

Lara, que é casada e agora estava procurando um método contraceptivo definitivo, explica que *está confiando* no implante subcutâneo. Ela comenta que tinha medo de esquecer-se de tomar a pílula e acabar engravidando. Estes esquecimentos eram controlados pelo marido, que acompanhava a administração do contraceptivo oral e estava procurando informações a respeito da vasectomia. No entanto, com a indicação do enfermeiro do posto deste novo método contraceptivo, que segundo Lara, apesar de mais *desconhecido* que os outros métodos oferecidos pela rede de saúde, não precisa lembrar e, em comparação à esterilização, de fácil

⁴³ Sobre a percepção de que os contraceptivos “faz[em] mal” para a saúde, mas que são necessários tendo em vista o desejo por não ter mais filhos ver relato etnográfico citado na página 100.

acesso, a jovem decide colocar o implante. Apesar de Lara possuir muitas em relação ao implante contraceptivo e ter sensações que (seja pela sua experiência, seja pela informação de outras usuárias) não estavam vinculadas com efeitos contraceptivos, ela *está confiando* nele. Esta confiança está relacionada com a percepção que ele é mais seguro, ou seja, oferece maior segurança que não irá falhar, pois não tem o “perigo” dela se esquecer de tomar (como a pílula).

Simone, por exemplo, durante nosso primeiro encontro classifica o implante contraceptivo como um “método muito confiável”. Porém, em uma conversa posterior, Simone comenta que está com medo de estar grávida. Ela relata que anda sentido azia e que só tem esta sensação quando está grávida. Refere-se, além disso, a vontade de comer, enjôos do perfume do marido e seios inchados. Tais transformações corporais, diferentemente das apontadas acima, são compreendidas enquanto um “sinal” de uma possível gravidez causada pela falha do método contraceptivo.

Procurando avaliar as possibilidades de estar grávida, Simone questiona se eu sei de alguma usuária de implantes que tenha ficado grávida. Respondo que algumas entrevistadas contaram que conheciam, só que eu não havia conversado diretamente com elas. Ela fica mais preocupada quando lembra que constatou que seu implante estava “andado no braço”, fato este considerado como “perigoso”, uma vez que o Posto informou que quando o implante se desloca pode perder sua eficácia. Da mesma forma Juliana e Tarsila, que constataram que o implante estava deslocado, passaram a observar também “sinais” de gravidez, gerando uma maior insegurança e desconfiança quanto ao método. Entretanto, diferentemente destas, Simone esteve grávida, então suas desconfianças estão embasadas em um conhecimento corporal adquirido a partir de experiências corporais pessoais.

Clarissa elabora de certa forma sua percepção de risco de falha do método contraceptivo a partir das informações recebidas e as atualiza com experiências cotidianas, como as histórias de gravidez que conhece. Por exemplo, Clarissa conta que, no posto, o enfermeiro explicou para ela que o Implante ia *prevenir mais*, e por isso era melhor que os outros métodos. Apesar disso ele poderia ter falhas, como se percebe nas palavras de Clarissa:

la prevenir mais e [assim] eu não iria ter tanta preocupação. Preocupação eu ia ter porque não previne doença... Então se eu tiver relação com outra pessoa tem que usar camisinha.

[Clarissa conta, ainda, que o enfermeiro do posto disse que] entre 100, uma pode engravidar. Daí eu pensei, tomara que não seja eu porque eu tenho um azar desgraçado. (risos) Pode engravidar... Até uma moça aí, uma guria, que achou que estava grávida com o implante. Daí eu disse, tomara que seja tu! (risos).

Por outro lado, Tarsila explica que, quando da palestra sobre os implantes contraceptivos no posto de saúde, falaram, além do índice de eficácia do método, que o implante tem que ser usado concomitantemente com a camisinha. E pondera:

Mesmo tu usando o implante falaram que tu tem que usar camisinha. Já isso eu achei errado. (...) Isso nos deixa com mais medo, pois faz a gente pensar que o implante não é seguro, que mesmo usando tu engravida.
(...) Se o implante previne 95% da gravidez e tem que usar camisinha ainda, eu acho então que ele não é seguro.

A desconfiança em relação à informação recebida no Posto está ancorada pelo sistema de classificação local de parceiros sexuais e sua relação com as práticas contraceptivas. Na lógica local, não faz sentido o uso do preservativo quando se conhece a pessoa, ou seja, quando se adquiriu, por meio do prolongamento de uma relação afetivo-sexual, intimidade e exclusividade sexual, características imputadas aos relacionamentos do tipo namoro e união. E, conforme descrito anteriormente trata-se da lógica da *limpeza*, na qual a intimidade e a exclusividade sexual indicam que não há perigo de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis. Desta maneira, para Tarsila, a combinação da informação de possibilidade de falha do método com a indicação que em qualquer situação deve ser usado o preservativo, desencadeia uma desconfiança de que sozinho o implante não previne da gravidez. Para ela, o preservativo deve ser indicado a casais que não se conhecem, que não têm afinidade ou que não sabem se têm doenças.

Se a gente fosse transar com uma pessoa estranha que conhece na hora, teria que usar camisinha. E se a gente conhece, tem afinidade com essa pessoa e mesmo sabendo que ela não tem doença nenhuma, também tem que usar... Isso que eu achei errado.

A eficácia do método é medida, ainda, por outras informações recebidas no posto no que tange ao período no qual o implante demora a começar a fazer o efeito contraceptivo e o período em que ele termina sua eficácia contraceptiva. As informações são cruzadas com histórias de gravidez de mulheres que estavam com o implante.

Para a 1ª remessa que colocaram o implante falaram na palestra que o implante começava a funcionar dois dias depois de colocado. Eu fiz parte da segunda remessa de mulheres que colocaram o implante e falaram que só depois de um mês é que [o implante] começava a funcionar. A minha amiga que faz trança comigo depois de dois dias ficou grávida mesmo usando o implante. Outra amiga minha faz dois anos que usa o implante, agora no último ano ela ficou grávida. Então eu acho que o implante não tem um resultado forte no início nem no final, sempre tendo um resultado fraco.

Observa-se, aqui, que as ponderações a respeito de uma possível falha do método contraceptivo são distintas quando tratadas como uma avaliação de uma circunstância específica, ao desconfiar que pudessem estar grávida, ou como uma avaliação de perigos potenciais de falha do método contraceptivo. Em ambas as situações há um reconhecimento de que existe a possibilidade do método contraceptivo falhar. Contudo, no primeiro caso, está se analisando um fato concreto, uma ameaça concreta (de que o método tenha falhado) que exige uma intervenção. No segundo caso há um reconhecimento da existência de perigos potenciais e então se procura avaliar a partir da ponderação de tais perigos abstratos se vale à pena ou não o uso da tecnologia contraceptiva. Tal opinião estabelece a qualidade da relação entre usuária e tecnologia que é novamente contrastada com os outros métodos contraceptivos acessíveis para sua definição do método mais adequado.

Não obstante, a possibilidade de falha do implante contraceptivo não leva Clarissa e Simone a não mais quererem usar a tecnologia. Apenas salienta uma constatação geral das entrevistadas, simbolizada na frase de Juliana: “tem só um método contraceptivo 100% eficaz, não fazer”. E, para Clarissa e Simone, o implante, apesar de alguns incômodos, inseguranças ligadas a seus efeitos ou até mesmo uma possibilidade de não estar funcionando é o método *mais confiável* que outros, como, por exemplo, a contracepção oral. Entretanto, para Tarsila, o implante não valeu à pena, pois ela se sente insegura com o método. A insegurança é produzida seja pelas histórias de gravidez de mulheres que estavam com o implante, seja pela desconfiança que o método tenha falhado e ela esteja grávida, seja pelo medo que o implante enseje a perda da sua capacidade reprodutiva. Assim, Tarsila pretende retirar o implante.

Não valeu a pena colocar o implante. Eu queria tirar o implante, porque seria prevenção nossa mais suave e não sofreria tanto como estou sofrendo. A pílula ou a injeção são melhores, não fazem sofrer tanto.

Da mesma forma, Alice não atribui credibilidade às informações recebidas no posto ou de outras usuárias dos implantes. Ela acredita que alguns efeitos que “dizem” ser dos implantes são na verdade causados por outros fatores. Alice, além disso, conta que diziam que com o implante ela iria ficar gorda. Ela acrescenta que algumas ficaram gordas mesmo, mas atribui esta mudança à falta de cuidado delas. E, por fim, Juliana conta que quando da reunião de revisão no Posto de Saúde foi informada que os sintomas que estava sentindo não eram problemas causados pelo Implanon. Mas, como outras implantadas que receberam a mesma informação no Posto, Juliana não confia nesta informação e chega a esboçar vontade de retirar o contraceptivo.

Cabe ressaltar que o descrédito pelas informações no que diz respeito ao método é incrementado pela relação que as usuárias possuem com o médico que aplicou o implante. Para algumas usuárias, o único profissional competente para prescrever e falar sobre esta nova tecnologia é o médico que aplicou o implante (no caso, o próprio Coordenador da política de implantes). Destarte, as informações recebidas pelo posto ou de outras pessoas, podem ou não serem levadas em conta. Raquel, por exemplo, expressa sua preocupação com a falta de acompanhamento em relação à tecnologia contraceptiva, pois tem sensações que ela não sabe se são causadas pelo implante. Mas apesar de afirmar que é bem atendida pelo enfermeiro do posto onde é realiza suas consultas, diz que a revisão deveria ser feita pelo especialista, ou seja, o médico responsável pelas colocações e revisões dos implantes na região que, no caso, seria o Coordenador da Política de Implantes (que ao mesmo tempo é gerente distrital na região):

Onde eu moro não tem ginecologista, mas quem tem que fazer a revisão no caso é o gerente distrital de saúde né, que colocou o implante. Ou qualquer um né, tudo bem que médico sabe tudo, mas eu acho que tem que ser o especialista.

Para outras entrevistadas, por conta das discussões relativas aos implantes na comunidade e na mídia que fomentaram uma série de discursos contra o uso desta tecnologia contraceptiva e que questionavam sua eficácia, elas desconfiam das informações recebidas até mesmo pelo Coordenador da política de implantes subcutâneos. Soma-se a isto a desconfiança generalizada de outros métodos

contraceptivos, amplamente apreendida nos dados coletados como em outros trabalhos etnográficos em grupos populares (Leal, 1998, entre outros).

A confiança no método contraceptivo é, conforme os dados etnográficos aqui apresentados, uma constante articulação de saberes. Trata-se da ponderação de diversos conhecimentos que produz, então, a sensação e a relação de confiança. Estas articulações de saberes dependem de uma série de fatores como o tipo de vínculo estabelecido com os técnicos do posto, que informam do funcionamento, eficácia e efeitos dos contraceptivos no corpo. Juliana e Tarsila, por exemplo, além de não conhecerem anteriormente o médico responsável pela aplicação dos implantes contraceptivos, ambas não se relacionavam muito bem com a profissional de saúde que as atendia anteriormente⁴⁴. Portanto, tal relação articulada com outros fatores levam por vezes a desconfiarem das informações repassadas acerca dos efeitos produzidos pelo contraceptivo Implanon.

Por outro lado, uma relação próxima com o posto e os profissionais de saúde pode levar a uma valorização dos conhecimentos biomédicos, como no caso de Clarissa. Ela é constantemente acompanhada no posto e parece depositar uma grande confiança no enfermeiro do Posto. Em uma das conversas que tive com Clarissa, esta reclama da falta de acompanhamento do Posto. Ela diz que gostaria de saber se o que está acontecendo com seu corpo, ou seja, quer saber se o que sente é por causa do implante. Clarissa relata dores nos seios, na cabeça, e no braço – percebendo, às vezes, o braço roxo ou inchado. Conta, ainda, que sua *patroa* está tomando remédio para dor de cabeça, medicada pelo posto e diagnosticada como sendo efeito do implante. Para Clarissa, as sensações corporais sentidas no corpo precisam receber uma causa e, desta forma, acredita que é o conhecimento biomédico acessado por meio dos técnicos do posto de saúde que irá de certa forma revelar o que se passa com seu corpo.

⁴⁴ Como são vizinhas, ambas consultam no mesmo posto de saúde e reclamam da profissional de saúde que as atende e da restrição à consulta ginecológica com outros médicos por conta da obrigatoriedade da realização de exame que ambas não querem fazer. Juliana, por exemplo, diz que a enfermeira é “muito grossa” e ela tem medo dos dedos dela e que por conta disto nunca quis fazer o exame de pré-câncer que tem como técnica a retirada de material na parte interior da vagina, através da inserção da mão da ginecologista na região. Tarsila também reclama que a enfermeira é “muito grossa” e que por isso tem medo de fazer o exame com ela. Além disto, Tarsila reclama que a enfermeira a trata não como uma “adolescente”, mas como uma “mulher de 20, 30, 40 anos”. As reclamações de Tarsila se estendem ainda do exame de sangue que teve que fazer no posto e no Hospital para verificar uma possível gravidez: “elas me furaram toda”.

Ao longo do trabalho de campo, um dos elementos destacados entre as usuárias foi a relação de confiança no método, nos técnicos de saúde e mesmo como critério de um relacionamento afetivo-sexual ideal. A hipótese levantada aqui é que o critério de confiança é estabelecido como um requisito essencial para o estabelecimento de relações e de práticas. No entanto, ao longo da experiência contraceptiva, situações e sensações podem gerar inseguranças tão relevantes que podem levar ao rompimento da relação de confiança. Deste modo, o estado de *estar confiando* demonstra que se trata de uma relação em constante construção, conforme apontam os relatos aqui apresentados e especialmente o de Lara. Neste sentido, a confiança é um requisito para o estabelecimento de uma relação e igualmente um processo em constante construção e desconstrução. Deste modo, compreender o universo de relações onde se dá a experiência contraceptiva permite desvendar como, porque e de que forma ela se conecta com as relações afetivas, contraceptivas e reprodutivas.

Consequentemente, os dados aqui apresentados demonstram que as escolhas contraceptivas são balizadas por um conjunto de relações sociais e de emoções. Para aplacar um forte medo de engravidar é necessário um método *forte e confiável*. Para relacionamentos onde há intimidade e certeza que não irá se “pegar” alguma doença sexualmente transmissível, o método mais adequado é o que descarta a obrigatoriedade do uso combinado da camisinha. Para aplacar o medo de engordar, escolhe-se um método que não cause aumento de peso. E, por fim, quando se possui projeto de ter filhos exige-se um método que não cause incapacidade reprodutiva futura. Porém, tais escolhas estão baseadas em um conjunto de relações que está em constante processo de articulação, construção e desconstrução. Tal fluidez gera um permanente repensar de escolhas, atitudes e opiniões. A relação de confiança no que se refere a um novo método contraceptivo pode ser emblemática para pensar esta constante fluidez de relações.

APONTAMENTOS FINAIS

Ao longo deste trabalho, procurou-se apresentar os significados da prática contraceptiva de implantes subcutâneos para as jovens mulheres de uma determinada região da cidade de Porto Alegre. Para tanto, foi necessário refletir como que esta nova tecnologia contraceptiva é apresentada e incorporada pelas mulheres, sujeitos desta pesquisa.

No primeiro momento, buscou-se percorrer a trajetória dos implantes contraceptivos enquanto uma estratégia de prevenção a gravidez *indesejada*. Esta trajetória é traçada a partir do processo de idealização, implementação e debate que se instaurou na cidade de Porto Alegre desde o final do ano de 2006. O conjunto de discursos, interesses, perspectivas e experiências de diferentes atores e agências acionados, e referidos ao longo deste processo, da mesma maneira fazem parte integrante e conformam o que se denominou a política de implantes subcutâneos. Assim sendo, a proposta de disponibilização de implantes subcutâneos a jovens de periferia é aqui compreendida enquanto uma ação orientada e produzida por um conjunto de diretrizes, atores, agências e discursos que extrapolam o contexto local e que tem como objetivo a resolução de uma questão socialmente instituída como problema. Este pano de fundo, proposto para compreender a prática contraceptiva de implantes subcutâneos, é fundamental, no meu entender, uma vez que esta prática não pode ser dissociada do conjunto de discursos e intervenções de diferentes atores e agências.

No segundo momento, com a finalidade de conhecer a lógica que ordena e estrutura as relações sociais locais, analisaram-se as práticas afetivo-sexuais, reprodutivas e contraceptivas das mulheres entrevistadas, evidenciando algumas categorias e valores imputados a estas práticas e experiências. Destaca-se nesta análise, a lógica da confiança como um elemento e uma estrutura para estabelecer, organizar e qualificar relações no âmbito da sexualidade, reprodução e contracepção. Trata-se de uma ponderação e uma sensação de segurança em relação outros ou em relação a sistemas de informações ou de tecnologias que é construída a partir de uma relação e situação específica (SIMMEL, 1986; GIDDENS, 1991). Além disto, tal ponderação é ancorada por uma articulação de saberes

práticos e abstratos relativos ao corpo, às tecnologias e em relação aos sujeitos. E é neste modelo da confiança que se pode perceber de que forma o conhecimento biomédico sobre como funciona o corpo, o comportamento preventivo adequado, bem como sobre eficácia e funcionamento das tecnologias contraceptivas é incorporado pelas mulheres a partir desta lógica local.

Agora, neste momento final, gostar-se-ia de retomar um pouco como que os dados de campo a respeito dos valores, práticas e trajetórias das mulheres entrevistadas contribuem para pensar as políticas públicas na área de saúde reprodutiva. Primeiro, que ao inserir a população alvo de uma intervenção estatal dentro de seu contexto cultural, deslocam-se alguns discursos generalizantes e universais relativos ao número ideal de filhos, a idade mais adequada para início da reprodução e significados e consequências de determinados eventos relacionados com a esfera das relações afetivo-sexual, da reprodução e da contracepção. Segundo, que a lógica da autonomia reprodutiva fica matizada pelo conjunto de outras relações que são essenciais para pensar a reprodução e a sexualidade. Terceiro, que a lógica racionalista do risco em relação às pessoas e em relação às tecnologias, que é produzida pelo conhecimento biomédico, é incorporada e significada a partir da lógica local específica do grupo a qual pertencem os sujeitos alvo da intervenção. Quarto, as práticas sociais devem ser compreendidas dentro de um contexto cultural e econômico no qual os sujeitos estão inseridos e que, então, a prática contraceptiva de implantes subcutâneos vai assumir significados e ser apropriada para diferentes intenções e projetos culturais.

A prática contraceptiva de implantes subcutâneos é compreendida, pois, na sua *dialética* entre o contexto social e os sujeitos envolvidos nesta prática. Ou seja, trata-se de pensar as escolhas contraceptivas e estratégias de intervenção governamental pensando-as enquanto uma prática social, uma ação, um projeto que é formulado e acionado por meio de um conjunto de relações objetivas que engendram tais práticas e projetos. Além disto, mesmo em um contexto de relações de poder assimétricas, nas quais as jovens que optaram pela tecnologia de implantes subcutâneos possam se encontrar no pólo de menor poder em relação ao conjunto de outros atores que atuam e influenciam suas práticas e projetos, é possível que estas exerçam algum tipo de influência. Questionar quanto à *agência de poder*, no sentido de Ortner (2007), destas jovens é buscar compreender o processo social de fabricar desejos, projetos e relações sociais.

No que tange à questão da *agência*, no caso particular dos implantes subcutâneos, é interessante perceber que a tecnologia contraceptiva tornou-se acessível às mulheres entrevistadas por conta de um projeto de intervenção municipal, que tinha como intenção alcançar às jovens de classe popular um projeto de “adolescência” que não contempla a reprodução. Todavia, os dados colhidos em campo não parecem apontar para a concretização deste objetivo de maneira completa. Conforme se procurou evidenciar ao longo desta dissertação, as jovens entrevistadas, apesar de igualmente assumirem o discurso hegemônico sobre a importância do estudo e do trabalho, vivenciam um contexto social no qual, no período da juventude, o estudo e o trabalho nem sempre é possível de ser mantido devido a fatores que estão para além de uma gravidez. Além disto, e por conta deste contexto, a juventude é reconhecida enquanto uma fase onde se experienciam envolvimento afetivo-sexuais que podem levar ao evento reprodutivo. Tal evento reprodutivo é compreendido, assim, enquanto uma possibilidade dentro de um relacionamento afetivo-sexual e elemento essencial de um projeto conjugal.

Neste sentido, entende-se os implantes subcutâneos enquanto um novo *recurso contraceptivo*. Nos termos de Sewell (1992), recursos são o meio pelo qual a capacidade transformadora é empregada como potência no curso da rotina de interações sociais. Já recursos não humanos são objetos, animados ou inanimados, de ocorrência natural ou manufaturada, que pode ser usado para reforçar ou manter o poder. Trata-se, portanto de um recurso contraceptivo no qual as mulheres de grupos populares podem lançar mão para sustentar seus projetos culturais, tais como adquirir maior segurança por ser a “a mais avançada tecnologia”, maior poder de organização das vidas, de maior praticidade de manuseio, ou simplesmente ser o recurso acessível para prevenir uma gravidez. Por outro lado, a tecnologia serve muitas vezes como um recurso de exercício de controle sobre os corpos das jovens por parte de outras agências como familiares e os próprios gestores e agentes de saúde. Entretanto, conforme acima destacado, tais controles ou restrições da autonomia individual destas jovens devem ser compreendidas dentro de um contexto cultural no qual os sujeitos se percebem de maneira *relacional* em relação aos familiares e cônjuges.

O que se procura ressaltar aqui, referente à autonomia, é que, no contexto estudado, a sexualidade e a decisão de ter ou evitar filhos é articulada a partir de um conjunto de atores e requisitos que extrapolam o escopo de uma decisão pessoal.

Trata-se de uma lógica que engloba as decisões e projetos reprodutivos dentro de outro feixe de relações, no qual não existe um único percurso a ser perseguido e percorrido. Então, é preciso questionar de quem são estes projetos de não-reprodução, principalmente quando se enfoca nas relações assimétricas de gênero e geração.

Contudo, dentro de um marco dos direitos sexuais e reprodutivos, não se poderia deixar de destacar alguns dados de campo que apontam para uma restrição ou, ao menos, constrangimento à liberdade de escolha e suspensão contraceptiva, assim como do direito a informações adequadas. De forma difusa, ao longo do trabalho de campo, estes controles, restrições e constrangimentos são relatados em histórias do cotidiano. São histórias de mães que atuam de maneira efetiva nas práticas contraceptivas de suas filhas, levando-as ao médico, aconselhando o uso e administração dos contraceptivos ou até “obrigando” suas filhas a fazerem uso destes. Relatos de maridos que se recusam a assinar a autorização para a realização da esterilização, ou atuando de maneira contundente nas possibilidades preventivas das jovens por meio do não uso do preservativo. Por fim, é preciso mencionar a omissão dos governos em maior facilitação de acesso ao conjunto de informações no que diz respeito à gravidez, contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

No que se refere à política de implantes subcutâneos, chamaram a atenção três questões que não se poderia deixar de retomar nesta parte final do trabalho. Primeiro, a dificuldade das jovens que desejavam retirar o implantes conseguir realizá-lo, por conta da recusa médica de realizar o procedimento. Segundo, a posição favorável de alguns atores sociais na imposição coercitiva de mecanismos de intervenção estatal na regulação da reprodução de grupos de baixa-renda. Terceiro, pela falta de um procedimento de monitoramento e avaliação mais adequado à política municipal, uma vez que tais controles eram centralizados no Coordenador da política e não há, até o presente momento, dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde sobre os resultados da ação governamental.

Feitas estas ponderações, propõe-se que a tecnologia contraceptiva possa ser incorporada na análise como um *recurso não humano* (SEWELL, 1992), apropriada e incorporada pelas mulheres. E, enquanto recurso, a tecnologia pode ser usada pelas *implantadas* para construir e formular outros projetos que não os imputados pelos outros. Neste sentido, compreender a dinâmica social de

incorporação desta nova prática contraceptiva é verificar de que forma ela é inserida dentro deste contexto social e de que forma ela é moldada e transformadora deste contexto. Dito isto, conclui-se que a estratégia mais adequada para compreender a multiplicidade de usos e significados que a prática de implantes subcutâneos pode assumir é a etnografia, uma vez que esta nos instrumentaliza a observar de que forma tal tecnologia é apropriada por estas mulheres, seja como recurso de concretização de projetos, seja para negociar certos controles.

Não se poderia finalizar este trabalho sem antes apontar algumas limitações e possibilidades de novas abordagens em relação às questões aqui desenvolvidas. Primeiro com relação à opção de privilegiar a prática contraceptiva sob o olhar das mulheres que optaram pela tecnologia de implantes subcutâneos. Se esta abordagem permitiu, por um lado, aprofundar as especificidades das jovens entrevistadas, por outro lado, não possibilitou realizar uma comparação mais aprofundada de outras práticas contraceptivas adotadas por homens e mulheres. Além disto, não foi possível aferir os motivos que fizeram com que algumas jovens, mesmo tendo tomado conhecimento a respeito deste novo método contraceptivo, não optaram pela tecnologia de implantes subcutâneos.

Quanto ao estudo do processo de idealização, implementação e debates sobre a política de implantes, também poderia ter sido mais aprofundado, no sentido de realizar um trabalho etnográfico nos diversos espaços de debates acerca da política, além do acompanhamento mais sistemático da implementação em outras regiões da cidade. Acredito que tais abordagens ajudariam a evidenciar, de forma mais clara, as especificidades do processo na região da Restinga e, da mesma forma, permitiria acompanhar outras relações estabelecidas nestes espaços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, Lila. ***Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin society.*** Berkeley, University of California Press, 1986.

AGÊNCIA POA MULTIMÍDIA. (Reportagem) ***Adolescentes da Capital vão receber contraceptivos.*** Saúde. Porto Alegre, 27 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cs/noticias.php?n=69282> Acessado em: 05 de março de 2007.

ALMEIDA, Paula Camboim Silva de. ***Gurias e Mães novinhas: demarcadores etários, gravidez e maternidade entre mulheres jovens em grupos de baixa renda urbanos.*** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2002.

AQUINO, Estela M. *et al.* ***Aspectos metodológicos, operacionais e éticos da pesquisa GRAVAD.*** In: HEILBORN, Maria Luisa *et al.* O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ÁVILA, Maria Betania, GOUVEIA, T. ***Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais.*** In: PARKER, R., BARBOSA, R. (orgs.) Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

BECKER, Howard Saul. ***Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante.*** In: ____ Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 47-63.

BECKER, Howard. ***Outsiders: estudo da sociologia do desvio.*** (1ª edição) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BOISSEVAIN, Jeremy. ***Apresentando “amigos de amigos: redes sociais, manipuladores e coalizões”*** In B. Feldman-Bianco (org.), A Antropologia das Sociedades Contemporâneas: Métodos. São Paulo: Global, 1989, p.195-223.

BOTT, Elizabeth. ***Introdução; Metodologia e técnicas de campo.*** In: _____. Família e rede social. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976, p. 27-69.

BOURDIEU, Pierre. ***Espaço social, espaço simbólico.*** In: _____. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 8. ed. Campinas: Papyrus, 2007a.

BOURDIEU, Pierre. ***A ilusão bibliográfica.*** In: _____. ***Razões práticas: sobre a teoria da ação.*** 8 ed. Campinas: Papyrus, 2007b.

BOURDIEU, Pierre. ***O sentido da honra.*** In: _____. ***Esboço de uma teoria da prática.*** Precedido de três estudos de etnologia cabila. Oeiras: Celta, 2002.

BOZON, Michel & HEILBORN, Maria Luiza. **As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris**. Novos Estudos Cebrap. São Paulo, n.59, p.111-35, mar. 2001.

BOZON, Michel & HEILBORN, Maria Luiza. **Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais**. In: HEILBORN, Maria Luisa et al. **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Controle Democrático como garantia de direitos**. Série: Normas e Manuais Técnicos, nº 01, 2005.

BURD, Armando. **Implantes**. Secção Panorama Político. Jornal Correio do Povo, 14 de dezembro de 2006, página 4.

CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. (Anais). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Porto Alegre, 31 de maio e 01 de junho de 2007b. Disponível em: <http://www.camarapoa.rs.gov.br>. Acessado em 09 de novembro de 2007.

CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. (Transcrição) *Utilização de contraceptivo subdérmico, implantado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre em parceria com a ONG Instituto Mulher Consciente, em adolescentes da Comunidade da Restinga*. 001ª Audiência Pública. Porto Alegre, 02 de março de 2007a. Disponível em: <http://www.camarapoa.rs.gov.br>. Acessado em 25 de abril de 2007.

CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS. Plenária do dia 26 de dezembro de 2006. Ata n. 26. 2006. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=26&p_secao=64. Acessado em: 02/01/2007.

CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS. Plenária do dia 04 de janeiro de 2007. Ata n. 01. 2007a. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=6&p_secao=66. Acessado em: 29/03/2007.

CMS - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS. Plenária do dia 15 de março de 2007. Ata n. 06. 2007b. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=6&p_secao=66. Acessado em: 29/03/2007.

COSTA, Jurandir Freire. **A inocência e o vício - Estudos sobre o homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DENÚNCIA MOVIMENTO FEMINISTA. *Implantes hormonais em jovens: a volta do controle da natalidade, uma violação aos direitos humanos*. Porto Alegre, 10 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.mulheresdeolho.org.br/wp-content/uploads/2006/12/nota_implantes.pdf. Acessado em: 30/01/2008.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DATASUS. 2006. Acessado em: 12 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE. (Reportagem) *Jovens da Restinga recebem os primeiros implantes contraceptivos*. Ano XI, Edição 2921. Porto Alegre, 11 de dezembro 2006, primeira página.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias Duarte. **Pessoa e dor no Ocidente**. LEAL, O. F. (Org.) Corpo, Doença e Saúde: Horizontes Antropológicos, 9. UFRGS: Editora da Universidade, 1998. p. 13-28.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Pouca Vergonha, Muita Vergonha: Sexo e Moralidade entre as Classes Trabalhadoras Urbanas**. In LOPES, J. S. L. (Org.) Cultura e Identidade Operária: aspectos da cultura de classe trabalhadora. Rio de Janeiro: UFRJ / Marco Zero / PROED, 1987.

DUMONT, Louis. **O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

DURHAM, Eunice. **A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas**. In: CARDOSO, Ruth. (Org.) A aventura antropológica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DURKHEIM, Emile. **Formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FACHEL, Jandyra M. G.; LEAL, Ondina Fachel; GUIMARÃES, Mario. **O Corpo como Dado: Material Etnográfico e Aplicação de Análise Fatorial de Correspondência**. In: Leal, O. F. (org.). Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social. Porto Alegre: Editora da Universidade - UFRGS, 2001, p. 37-53.

FARIA, Marta Abatepaulo de. **Escolha ou destino feminino: repensando concepções de corpo e reprodução entre mulheres usuárias de uma unidade de saúde em Curitiba**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

FONSECA, Claudia. **A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 12, n. 2, agosto de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23958.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2007.

FONSECA, Claudia. **Caminhos da adoção**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

FONSECA, Cláudia. **Classe e recusa etnográfica**. In: ____; BRITES, Jurema. Etnografias da participação. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

FONSECA, Cláudia. ***Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares.*** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2004.

GAGNON & SIMON. ***Sexual conducts: the social sources of human sexuality.*** Chicago: Aldine, 1973.

GAGNON, J. & PARKER, R. ***Introduction: Conceiving Sexuality.*** In: PARKER & GAGNON (Ed.). *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World.* New York: Routledge, 1995.

GAGNON, John H. ***Epílogo: Revisitando a Conduta Sexual.*** In: _____. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade.* Rio de Janeiro: Gramond, 2006.

GEERTZ, Clifford. ***A interpretação das culturas.*** Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GEERTZ, Clifford. ***Nova Luz sobre a antropologia.*** Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

GIDDENS, Anthony. ***A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.*** São Paulo, Editora da UNESP, 1993.

GIDDENS, Anthony. ***As consequências da modernidade.*** São Paulo: Unesp, 1991.

GIFFIN, Karen. ***Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal.*** Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl:103-12.

GOFFMAN, Erving. ***Manicômios, prisões e conventos.*** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, Helen. ***Aproveitar a vida: um estudo antropológico sobre valores, juventude e gravidez em uma cidade do interior.*** Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

HEILBORN, Maria Luisa *et al.* ***O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.*** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. ***Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis.*** In: HEILBORN, Maria Luisa *et al.* *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.* Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

HEUDRICH, Andréa Valente. ***O Conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão da política pública de saúde municipal.*** Dissertação (Mestrado Sociologia). Instituto de Filosofia e ciências Humanas, Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, 2002.

IMC - INSTITUTO MULHER CONSCIENTE. (Resumo) **Programa Adolescência: Um Projeto de Vida**. 2006. Disponível em: <http://www.mulherconciente.org.br/resumo.htm>. Acessado em 26/02/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Acessado em: 23 de dezembro de 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

JARDIM, Renata Teixeira & MEINERZ, Nádia. **O gênero como linguagem política – Estudo de caso sobre a disponibilização de implantes contraceptivos hormonais na política pública de planejamento familiar em Porto Alegre**. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Hotel Glória, Caxambu, 2008. Anais (on-line e CD-ROM). Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1284.pdf.

JARDIM, Renata Teixeira. **Esterilização Feminina: na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e controle populacional**. Monografia (Direito). Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais. Universidade Vale do Rio dos Sinos São Leopoldo, 2003.

JARDIM, Renata Teixeira. **Políticas Públicas de Combate a Violência contra as Mulheres: em busca de novas estratégias de ação**. Monografia Especialização. Curso de Especialização de Profissionais para o Terceiro Setor. Fundação Irmão José Otão. Porto Alegre, 2006.

KNAUTH, Daniela *et al.* **As trajetórias afetivo-sexuais: encontros, uniões e separações**. In: HEILBORN, Maria Luisa *et al.* O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **A Antropologia das Emoções no Brasil**. RBSE – Revista Brasileira de Sociologia das Emoções, volume 4, n. 12, dezembro de 2005.

LAUMANN & GANGON. **A sociological perspective of sexual action**. In: PARKER & GAGNON (Ed.) *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*. New York: Routledge, 1995.

LEAL, Andréa Fachel. **Práticas sexuais no contexto da conjugalidade: em que implica a intimidade?** In: Heilborn, Maria Luiza *et al.*, (Org.). *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 61-85.

LEAL, Andréa Fachel. **Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003

LEAL, O. F.; HASSEN, N. A.; KNAUTH, D.; OLIVEIRA, F. J. Q.; TROIS, J. F. M.; VICTORA, C. G. **Sexualidade e reprodução: Projeto de Intervenção e Atuação**

Conjunta com Postos de Saúde Comunitários. Porto Alegre. Circulação restrita. 1996.

LEAL, Ondina F. & FACHEL, Jandyra M. G. **Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais**. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.) *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 96-116.

LEAL, Ondina Fachel. **Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas**. In _____. *Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 2001.

LEAL, Ondina Fachel; BOFF, Adriane de Mello. **Insultos, queixas, sedução e sexualidade**: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, M. R. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p.119-135.

LEAL, Ondina Fachel; FACHEL, Jandyra M. G. **Body, Sexuality and Reproduction: A Study of Social Representations**. 1995. Circulação restrita.

LEAL, Ondina. **Cultura Reprodutiva e Sexualidade**. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, v.6, n.2, p.376-392, jul./dez. 1998.

LEAL, Ondina Fachel e LEWGOY, Bernardo. **Pessoa, aborto e contracepção**. In: LEAL, O. F. *Corpo e Significado*. 2. ed. Porto Alegre: Ed./UFRGS, 2001. p. 55-74.

LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 1998.

LOYOLA, Maria Andréa. **Sexualidade como objeto de estudo das Ciências Humanas**. In: Heilborn, (org.) *Sexualidade: O olhar das Ciências Sociais*. São Paulo: Jorge Zahar, 1999. p. 31 – 39.

LUTZ, Catherine. **Unnatural emotions: everyday sentiments in a Micronesian atoll and their challenge to Western theory**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

MACHADO, Paula Sandrine. **Métodos de Homem e Métodos de Mulher**: relações de gênero e decisões por métodos de prevenção. *Corpus – Cadernos do NUPACS, Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde / Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social / Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 15, 2004.

MALINOWSKI. **A vida sexual dos selvagens**. Rio de Janeiro: Francisco Alves (1ª ed. 1927), 1986.

MANICA, Daniela T. **Supressão de Menstruação**: ginecologistas e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura. *Dissertação (Mestrado Antropologia Social)*. Instituto de Filosofia e ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

MAUSS, Marcel. **A expressão obrigatória de sentimentos**. In: Marcel Mauss. CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto (org.) [Col. Grandes Cientistas Sociais]. São Paulo: Ática, 1979, p.147-53.

MEAD, Margaret. **Sex and Temperament in the Three Primitive Societies**. New York: Morrow Quill Paperbacks, 1963 (1935).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Nota de esclarecimento). Planejamento Reprodutivo: Direito Sexual E Direito Reprodutivo de Mulheres e Homens, Adultas(os) e Adolescentes. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_esclarecimento_poa.pdf. Acessado em: 21/12/2006.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Parecer Ministério Público. Processo n. 0010660002.1667534. 2ª Vara da Infância e Juventude – Juizado Regional. Porto Alegre, 07 de julho de 2006.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Recomendação Administrativa Conjunta. Ofício do Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos n. 008/2007. Porto Alegre, 29 de janeiro de 2007.

MODELL, Judith. **Kinship with Strangers: Adoption and Interpretations of Kinship in American Culture**. Berkeley, University of California Press, 1994 *apud* YNGVESSON, Barbara. Parentesco reconfigurado no espaço da adoção. Cad. Pagu , Campinas, n. 29, Dec. 2007.

MOORE, Henrietta L. and SANDERS, Todd. In____. **Anthropology in theory – issues is epistemology**. Oxford: Blackwell Publishing, 2006, p. 1-21.

MULHER E SAÚDE. **Implante Hormonal: o lucro contra a saúde das mulheres**. Boletim da SOF – SempreViva Organização Feminista. Boletim Trimestral n. 28, março de 2002.

NUNES, Marion Kruse. **Restinga**. In: Memória dos Bairros. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Cultura de Porto Alegre, 1997.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Boletim Informativo da OMS Sobre Produtos Farmacêuticos.n.2, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acessado em 18 de fevereiro de 2008.

ORTNER, Sherry. **Poder e Projetos: reflexões sobre a agência**. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (Org.). *Conferências e diálogos. Saberes e práticas antropológicas*. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 45-80.

ORTNER, Sherry. **Updating practice theory**. In:____. *Anthropology and social theory*. Durham: Duke University Press, 2006.

OSIS, M.J.D., DUARTE, G.A., CRESPO, E.R., ESPEJO, X., PÁDUA, K.S. **Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde**. Cad. De Saúde Pública, v.20, n.6, p.1586-1594, nov./dez. 2004.

PAIM, Heloisa Helena Salvatti. **Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares.** In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PEDRO, Maria Joana. **A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração.** Revista Brasileira de História, São Paulo, v. 25, n. 45, 2003.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Implante subcutâneo para a prevenção de gravidez na adolescência: uma estratégia de planejamento familiar.** Parceria Público – Privada entre Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Instituto Mulher Consciente (Documento de circulação restrita). Porto Alegre: janeiro de 2007.

REZENDE, Claudia Barcellos. **Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções.** Mana, vol. 8, n. 2, 2002.

SARTI, Cynthia Andersen. **A Família como Espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres.** Campinas: Autores Associados, 1996.

SCHUCH, Patrice. **Carícias, olhares e palavras: uma etnografia sobre o "ficar" entre jovens universitários de Porto Alegre.** Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, RS, 1998.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SEWELL, William H. Jr. **A theory of structure: duality, agency and transformation.** American Journal of Sociology, v. 98, n. 1, 1992. p. 1-29.

SILVA, Letícia Krauss. **Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a14v08n2.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2009.

SIMMEL, Georg. 1986. **El Secreto y la Sociedad Secreta.** In: Sociologia, 1. Estudios sobre las Formas de Socialización Madrid: Alianza. pp. 357-424.

SIMMEL, Georg. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade.** Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SINGER, Merrill and CASTRO, Arachu. Introduction In: CASTRO, Arachu and SINGER, Merrill. **Unhealthy health policy: a critical anthropological examination.** Walnut Creek, Calif: AltaMira Press, 2004.

TENTRO Jr., Veriano. **Essencialismo e Construtivismo Social: limites e possibilidades para o estudo da homossexualidade.** In: Scientia Sexualis. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 5.n.2, p. 23-42, 1999.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. **Antropologia e Sexualidade: Consensos e Conflitos Teóricos em Perspectiva Histórica.** In: FONSECA, Lígia; SOARES, C. VAZ, Júlio

Machado. A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar. Coimbra: Quarteto, vol II, pp 53-72, 2003. Disponível em: <http://site.miguelvalededealmeida.net/>. Acessado em: 10 de novembro de 2008.

VANCE, Carole S. **A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico**. Physis. Revista de Saúde Coletiva. Vol. 5, nº 1, pp. 7-31. IMS/UERJ: Relume-Dumará, 1995.

VELHO, Gilberto. **Estilo de vida urbano e modernidade**. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 16, 1995, p. 227-234.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004a.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

VELHO, Gilberto. **Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas**. In: _____. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004b. p. 13-37.

VICTORA, Ceres Gomes. **Mulheres, Sexualidade e Reprodução**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Instituto de Filosofia e ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria Nazareth. Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZERO HORA. (Reportagem) **Um basta para gravidez fora de hora**. Zero Hora, dia 27 de novembro de 2006, pág. 26.

ANEXO – QUADRO COM DADOS GERAIS DAS JOVENS ENTREVISTADAS

NOMES	DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	INICIAÇÃO SEXUAL	RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS, CONJUGALIDADE E GRAVIDEZ	MOTIVAÇÕES PARA USO DO IMPLANON
Alice	18 anos, trabalha como manicure e cursou até o 1º ano do segundo grau. <i>Mora junto</i> há dois anos com o pai de seu único filho.	Aos 14 anos, com o primeiro namorado. Namoravam há um ano.	Aos 16 anos, com três meses de relacionamento (2º namorado), engravidou e foi residir na casa da sogra com o pai da criança. Interrompeu os estudos depois da gravidez.	Esquecia de tomar a pílula e ainda o medicamento dava dor de cabeça. A mãe sugeriu e ela quis colocar. Acha que o implante é <i>mais eficaz</i> .
Clarissa	16 anos, trabalha com cuidado de crianças e serviços domésticos em casa de família e cursou até a 6ª série. <i>Mora junto</i> há dois anos com o pai de sua única filha.	Aos 13 anos, com o atual marido (segundo namorado). Namoravam há um mês.	Aos 16 anos, com mais de dois anos de namoro, engravidou e foi residir com o pai da criança na casa da sogra. Histórico de separações e traições. Interrompeu os estudos um pouco antes da gravidez.	Por indicação da agente de saúde. A mãe e o marido participaram da decisão. Tomava de forma desregulada a contracepção oral. Acha que o implante <i>previne mais, pois</i> acredita ser muito <i>descontrolada</i> para usar de forma regular a pílula. Clarissa diz que pensava: "não vou fazer nada; hoje eu não vou tomar" ou ainda que "uma transa aqui rapidinho a gente não vai engravidar".
Carmem	25 anos, cuida dos 5 filhos e cursou até a 5ª série. <i>Mora junto</i> há 10 anos com o pai de seus últimos 4 filhos.	Três dias antes de completar 15 anos, com o segundo namorado. Namoravam há mais de um ano.	Primeiro filho aos 16 anos na iniciação sexual. Separou-se do pai de sua primeira filha, pois ele era usuário de drogas. Foi morar com o atual marido quando a filha do primeiro relacionamento tinha 3 meses.	Por indicação em uma consulta no posto. Não conseguiu esterilização, pois marido não assinou os papéis. Tomava de forma desregulada a contracepção oral.
Elisa	26 anos, cuida dos filhos e cursou até a 3ª série. <i>Mora junto</i> há mais de 10 anos com o pai de seus três filhos.	Aos 15 anos, com o primeiro namorado, quando foram morar juntos. Namoravam há dois anos.	Primeiro filho aos 16 anos, no primeiro ano de união. Teve o terceiro filho, pois o preservativo estourou. Marido não queria o terceiro filho e ela tentou o aborto. Histórico de separações e traições.	Soube do implante por uma amiga. Acha <i>mais seguro</i> , porque não precisa lembrar e controlar. Usava injeção antes do implante. Histórico de falha do preservativo.

NOMES	DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	INICIAÇÃO SEXUAL	RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS, CONJUGALIDADE E GRAVIDEZ	MOTIVAÇÕES PARA USO DO IMPLANON
Graça	16 anos e cursa a 6ª série. Está solteira – até o pai decidir se pode namorar. Não tem filhos.	Aos 13 anos, com um amigo.	Histórico de <i>ficantes</i> e de um namorado de 6 meses. Na época da entrevista, havia pedido para o pai autorização para namorar.	A professora da escola organizou uma lista das alunas que queriam colocar o implante. Quis colocar porque uma amiga sugeriu e porque a professora disse que é <i>uma coisa boa</i> para elas. Desconfiança em relação a contracepção oral e preservativo.
Jandira	23 anos, caixa operadora e possui 2º grau completo. <i>Mora junto</i> há quase 2 anos. Família do interior do Estado. Não tem filhos.	Aos 18 anos, com o segundo namorado. Estavam namorando há 2 meses.	Mudou-se para Porto Alegre para ajudar o tio que estava doente. Logo em seguida começou a namorar e resolveram ir morar juntos. Preocupação com ter filhos, pois não tem familiares para apoio.	Soube pela agente de saúde do implante. Esquecia da contracepção oral e optou pelo implante porque acha que não faz bem ficar toda hora tomando pílula do dia seguinte.
Joana	20 anos, desempregada e cursou até o 2º na do 2º grau. Separada e tem uma filha.	Aos 13 anos, com o primeiro namorado. Namoravam há quase 1 ano.	Teve o primeiro filho aos 15 anos, com dois anos de namoro. Foram residir juntos. Histórico de separações/retorno e posterior separação definitiva na 1ª união. Teve uma nova união. Interrompeu os estudos quando engravidou e teve que se mudar.	Soube em uma consulta ginecológica. Foi-lhe indicado o implante porque ela já tinha uma filha. Esquecia de tomar a pílula, não precisava pagar e, segundo informações da médica, era o mesmo medicamento que a pílula e a injeção.
Juliana	17 anos, secretária da empresa do pai e cursou até a 8ª série. Namora e não tem filhos.	Primeira relação sexual sob violência/estupro.	Relacionamento homoafetivo anterior ao namoro atual. Conhece o namorado há 2 anos. Separam-se e retornaram há 6 meses.	A agente de saúde indicou e a mãe “obrigou”-a. Não mantinha relações sexuais na época. Primeiro contraceptivo.
Lara	27 anos, trabalha no cuidado de crianças e cursou até a 5ª série. <i>Mora junto</i> há 10 anos com o pai de seus 2 filhos. Família do interior do Estado.	Aos 17 anos, quando foi morar junto com o atual marido. Estavam namorando há 2 meses.	Veio residir em Porto Alegre para ajudar sua tia. Conheceu o marido em Porto Alegre. Quis casar porque não queria mais residir com a tia.	Soube do implante pelo enfermeiro do posto, que ligou para casa dela. O marido já estava pensando em esterilização. Ela tinha medo de esquecer-se da pílula. Conhecia uma vizinha que havia colocado o implante em consultório particular.

NOMES	DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	INICIAÇÃO SEXUAL	RELACIONAMENTOS AFETIVO-SEXUAIS, CONJUGALIDADE E GRAVIDEZ	MOTIVAÇÕES PARA USO DO IMPLANON
Nívea	21 anos, trabalha com a sogra vendendo lanche e está cursando o Ensino de Jovens e Adultos (EJA). <i>Mora junto</i> há 6 anos com o pai de sua filha.	“Oficialmente aos 15 anos”.	Aos 16 anos, com o sexto namorado, foi morar junto. Depois de 3 anos de união engravidou. Interrompeu os estudos com a gravidez e depois retornou.	Soube dos implantes por uma amiga. Acha que com o implante <i>corre menos risco de engravidar</i> . Já havia engravidado por falha/uso inadequado de contraceptivo.
Raquel	25 anos, cobradora de ônibus e possui 2º grau completo. Está solteira e possui 1 filho.	Aos 20 anos, com o pai de sua filha. Estavam namorando há 11 meses.	Teve o primeiro filho quando namorava há dois anos. Namorado usuário de drogas. Mãe de Raquel disse que ajudaria caso ela permanecesse em casa. Interrompeu os estudos por um ano por causa da gravidez.	Soube pelo posto de saúde. Acha que o implante <i>é uma segurança para sua vida</i> , para não ter mais filhos. Já havia engravidado por falha/uso inadequado de contraceptivo.
Sabrina	20 anos, desempregada e possui 2º grau completo. É casada há 2 anos com o pai de sua filha.	Aos 16 anos, com o primeiro namorado.	Aos 18 anos foi morar junto com o terceiro namorado. Após um ano tiveram o primeiro filho.	Tem pressão alta e foi indicado pela ginecologista o implante subcutâneo. Após muitas idas ao posto de saúde e negociações com o médico, retirou o implante.
Simone	26 anos, desempregada e possui curso técnico. <i>Mora junto</i> há 5 anos com o pai de seus dois últimos filhos.	Aos 17/18 anos, com o primeiro namorado e pai da sua primeira filha. Estavam namorando há 5 meses.	Aos 19 anos teve a primeira filha com o namorado de mais de um ano. Separou-se e teve outro relacionamento antes da segunda união. Quando mudou-se da casa da mãe, deixou a filha do primeiro relacionamento com a mãe. Da segunda união teve 2 filhos.	Soube do implante por um médico particular. Acha que o implante é mais confiável. Já havia engravidado por falha/uso inadequado de contraceptivo. Queria realizar esterilização mas o marido não autorizou.
Tarsila	16 anos, trabalha fazendo <i>bicos</i> e está cursando 8ª série à noite. <i>Mora junto</i> há dois anos.	Aos 15 anos, com o segundo namorado. Estavam namorando há 1 ano.	Aos 15 anos, depois de 1 ano e meio de namoro foi <i>morar junto</i> com o atual marido. Ele residia em cidade próxima. Histórico de separações e retornos.	Foi indicada por uma médica depois que ela completasse 15 anos, pois estava engordando com a injeção. Depois deste período, a mãe de Tarsila convenceu-a a colocar o implante, depois da visita da agente saúde. Estava separada na época
Tatiana	13 anos e está cursando a 7ª série. Está solteira e não tem filhos.	Aos 12 anos, com um amigo.	Primeiro namorado aos 12 anos e durou um mês. Histórico de <i>ficantes</i> . Queria engravidar do namorado para <i>amarrá-lo</i> , mas não conseguiu.	Soube dos implantes pela suas tias. Foi se informar no posto. A mãe diz que se Tatiana tirar o implante ela não namora mais.

