

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

ROBERTA MANFRO LOPES

**Alterações do cenário sexual e reprodutivo brasileiro relacionados ao uso do
anticoncepcional oral**

**Porto Alegre
2012**

ROBERTA MANFRO LOPES

**Alterações do cenário sexual e reprodutivo brasileiro relacionados ao uso do
anticoncepcional oral**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como
requisito parcial para a conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anne Marie Weissheimer

Porto Alegre

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois creio que sempre esteve comigo durante todos os desafios e vitórias destes anos.

Aos meus pais, Tereza e Roberto por todo o afeto, a compreensão, o incentivo e o apoio que me dedicaram durante o período da graduação e durante toda a minha vida. Devo-lhes enorme gratidão, já que durante estes anos sempre se preocuparam para que continuássemos unidos como família.

Às minhas colegas de curso e amigas que participaram, mesmo que indiretamente, desta trajetória, tornando os meus dias mais alegres.

A minha orientadora, professora Anne Marie, pela ajuda com a escolha do tema do trabalho, pelos materiais que disponibilizou durante a construção do mesmo e pelos conselhos, apoio e confiança que tem compartilhado comigo, ao longo da graduação, não apenas como professora, mas também como amiga.

Por fim, agradeço a todos os profissionais, principalmente a Equipe de Enfermagem do 6º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que conheci durante meu último estágio curricular, e que me acolheu de forma bastante carinhosa, além de contribuírem grandemente para o meu crescimento pessoal e profissional.

O corpo é produto da construção cultural, isto é,
ele se constitui culturalmente, não sendo, pois, simples natureza.

Maria de Nazareth Agra Hassen

RESUMO

O corpo feminino permaneceu, por muito tempo, restrito a exercer sua função reprodutiva. Ao longo dos séculos, as mulheres procuraram definir o tamanho de sua prole. Concomitantemente ao surgimento de novas práticas contraceptivas, com destaque recente ao anticoncepcional oral, a mulher procurou assumir as próprias decisões sobre o seu corpo, buscando a liberdade de usufruí-lo sem necessariamente ter de arcar com uma gestação. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi de analisar o advento e a universalização dos anticoncepcionais orais no Brasil e sua relação com a idade de início das relações sexuais de mulheres e a ocorrência de gestações na adolescência. O estudo é do tipo exploratório, caracterizado como pesquisa documental. Os documentos consultados para este estudo foram livros publicados no período de 1999 a 2009, artigos, teses de doutorado, assim como materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, entre outros. A coleta de dados aconteceu com o auxílio de fichas que permitiram a organização dos mesmos. A partir da análise dos materiais foi possível obter quatro temas: 'A condição feminina ao longo dos tempos', 'A sexualidade feminina', 'Métodos contraceptivos e anticoncepcional oral' e 'Gravidez na adolescência'. Foi possível constatar que o advento e a universalização do anticoncepcional oral causou algumas mudanças ao cenário reprodutivo brasileiro, como as relações sexuais iniciando-se mais precocemente, mesmo que não se possa afirmar categoricamente que devido ao uso de anticoncepcional oral. O número de gestações tem se mostrado em constante elevação entre as adolescentes, embora o país tenha um sistema de saúde de acesso universal e que disponibiliza diversos métodos contraceptivos nas Unidades de Saúde.

Palavras-Chave: Anticoncepção. Enfermagem. Gravidez na Adolescência.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – “Rosie, a rebitadora” _____	21
Figura 2 – Início dos protestos femininos pelos direitos da mulher _____	25
Figura 3 – “E o vilão ainda a persegue” _____	31
Figura 4 – Frasco de Enovid comercializado nos Estados Unidos _____	41
Figura 5 – Disponibilidade de métodos X comunicação ineficiente _____	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 Tipo de estudo	12
3.2 Contexto	12
3.3 Fontes	13
3.4 Coleta de dados	13
3.5 Análise de dados	14
3.6 Aspectos éticos	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4.1 A condição feminina ao longo dos tempos	16
4.2 A sexualidade feminina	28
4.3 Métodos contraceptivos e anticoncepcional oral	37
4.4 Gravidez na adolescência	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE – Ficha de coleta de dados	65
ANEXO A – Registro no sistema de pesquisa da UFRGS	66
ANEXO B – Lei 4.121: Estatuto da Mulher Casada	67

1 INTRODUÇÃO

O corpo humano carrega aspectos fisiológicos que permitem identificá-lo em categorias bem estabelecidas e aceitáveis socialmente ao longo dos anos. Entretanto, Bandeira (1999) afirma que o corpo ultrapassa as fronteiras biológicas que definem o sexo feminino e o masculino, pois este corpo, ao conviver em sociedade, recebe influências culturais do meio e das relações, podendo ter o seu aspecto físico e suas fronteiras de convívio alteradas.

O corpo feminino, dominado pela moral imposta pela sociedade e pela hierarquia masculina, permaneceu restrito a exercer sua função reprodutiva, seu único papel de destaque (BANDEIRA, 1999). Mas o que se viu, principalmente a partir dos anos 1960 no Brasil, foi uma ruptura social e a possibilidade de “romper a naturalidade da opressão feminina” (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p. 73), afirmando uma posição perante a sociedade de não restrição a sua função materna, mas sim como um indivíduo livre para expressar suas necessidades e vontades ao apropriar-se de algo que já lhe era seu naturalmente (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Segundo Kalckmann (1999), o controle sobre a quantidade de gestações e a época em que se desejaria tê-las sempre foi um desafio para as mulheres. Ainda segundo a mesma autora, as práticas contraceptivas que permitem este domínio sobre o corpo feminino evoluíram com o avanço da ciência, que disponibilizou o uso de métodos mais seguros quando comparados às técnicas contraceptivas anteriores, baseadas em elementos naturais a partir do conhecimento familiar.

Dentre estes novos métodos de controle da natalidade, o anticoncepcional oral destacou-se por sua satisfatória eficácia. Porém, desde o início, este método foi caracterizado como uma extensão da prática de “medicalização” do corpo feminino, iniciada no Brasil a partir da metade do século XIX, juntamente com a hospitalização do parto. É importante salientar também que, embora a ‘pílula’ seja compreendida pela população em geral como uma forma da mulher assumir as decisões sobre o próprio corpo, na verdade o seu advento foi impulsionado em decorrência de um cenário reprodutivo preocupante para as autoridades sanitárias, em um período anterior a década de 1960 (VIEIRA, 1999).

De acordo com Belo e Silva (2004), atualmente, a maternidade está sendo adiada pelas mulheres que buscam acompanhar a tendência mundial moderna,

assumindo posições de destaque no mercado de trabalho, graças à universalização do contraceptivo oral. Essa transformação pode ser confirmada ao observarmos o declínio na taxa de fecundidade das mulheres. Entretanto, esse mesmo declínio não é percebido se analisarmos a taxa de fecundidade precoce definida como adolescência, entre 15 e 19 anos, que tem aumentado em relação à faixa de 20 a 24 anos (BELO, SILVA, 2004).

A adolescência pode ser definida como um processo de transição da infância para a fase adulta, período na qual o corpo do jovem, ainda em desenvolvimento, assume capacidade reprodutiva (PINHEIRO, 2000). Junto com estas mudanças, a personalidade do jovem também começa a se estruturar, sendo este um período de intensas descobertas sociais e sexuais (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000), no qual o adolescente começa a ter consciência do próprio corpo e de seus desejos, que agora não dependem mais da aprovação e execução de outros indivíduos para tornarem-se concretos, mas sim da sua decisão.

Conforme Reith (2002), a iniciação sexual do adolescente possui significados diferentes de acordo com os sexos, pois enquanto que para as garotas o sexo tenha um significado amoroso, para os garotos essa prática costuma ser considerada como uma forma de aprendizagem e afirmação da virilidade. Entretanto, a mesma autora afirma que, para ambos, este é o período da vida em que começam a tomar consciência da própria liberdade e da possibilidade de satisfazer o próprio prazer, sendo este o principal incentivo para o início da prática sexual.

Considerando este desejo em vivenciar o desconhecido, o jovem relaciona-se sexualmente com a crença de que não é vulnerável à gravidez ou outras doenças sexualmente transmissíveis, e assim não se importando em não usar métodos contraceptivos. Tal imaturidade pode ser confirmada quando estes jovens, mesmo frente à confirmação de uma gestação não planejada, ainda assim não conseguem dimensionar as implicações que essas transformações causarão em âmbito social, familiar e biológico para si (BELO; SILVA, 2004).

A graduação em Enfermagem permitiu que, ao longo da formação, os acadêmicos tivessem contato com diversas áreas de atuação dos profissionais. As disciplinas disponibilizaram acesso a locais de prática curricular tanto hospitalares quanto junto a Atenção Básica, e foi durante minhas atuações em campos práticos, principalmente em uma Unidade de Internação Obstétrica, que observei a presença regular de gestantes de alto risco e puérperas adolescentes.

A partir dessa observação, dúvidas surgiram quanto ao precoce início da vida sexual destas jovens, mesmo elas vivendo em uma realidade como o Brasil, onde, por meio de políticas públicas lançadas pelo Ministério da Saúde, são garantidos os direitos reprodutivos e sexuais de seus cidadãos, com atuação também no planejamento familiar, independentemente de estado civil, idade ou condição física dos indivíduos (BRASIL, 2009).

O questionamento é se o uso do anticoncepcional oral, método contraceptivo comercializado no país desde 1962 (PEDRO, 2003a) e amplamente difundido entre jovens em idade reprodutiva, pode colaborar diretamente para que a idade da primeira relação sexual seja mais precoce, ao longo destas cinco décadas. Assim, como há dúvida se essas meninas, ao iniciar sua vida sexual precocemente, na verdade refletem o comportamento de mulheres que, desde a década de 1960 fazem uso deste método, e que, assim, talvez, não mais precisam manter um parceiro fixo ou iniciar sua vida sexual mais tardiamente pelo risco de gravidez.

Este estudo se justifica quando consideramos que as diversas publicações que abordam essa temática não relacionam o impacto da comercialização do anticoncepcional oral no Brasil, tendo como possível reflexo uma iniciação cada vez mais precoce da vida sexual de jovens brasileiras, com consequentes gestações não planejadas.

Sua relevância está em ser uma abordagem nova, que relaciona e analisa fatores que ainda não haviam sido observados em conjunto, e que, aparentemente, possuem uma forte influência sobre o outro. Este estudo poderá contribuir para a atuação educacional da enfermagem, frente a uma realidade que vem se estruturando por motivos definidos e já conhecidos, a mais de 50 anos, neste cenário reprodutivo do país.

2 OBJETIVOS

Analisar o advento e a universalização dos anticoncepcionais orais no Brasil e relacionar com a idade do início das relações sexuais de mulheres e a ocorrência de gestações na adolescência.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

É um estudo do tipo exploratório, caracterizado como pesquisa documental, construído a partir de uma consulta abrangente e diversificada de materiais já elaborados ou que ainda não receberam algum tipo específico de tratamento analítico (GIL, 2009).

Este tipo de pesquisa se baseia em documentos de origens diversas e revela seu valor no momento em que o estudo proporciona ao leitor uma visão detalhada e consistente sobre o tema proposto (GIL, 2009), mesmo quando ele é uma especificidade inserida em um assunto mais abrangente.

Segundo Gil (2009), a pesquisa documental seguiu fases definidas para a sua elaboração:

- a) determinação dos objetivos;
- b) elaboração do plano de trabalho;
- c) identificação das fontes;
- d) localização das fontes e obtenção do material;
- e) tratamento dos dados;
- f) confecção das fichas e redação do trabalho;
- g) construção lógica e redação do trabalho.

3.2 Contexto

A busca por materiais relacionados ao tema proposto pelo estudo pode ocorrer em arquivos de órgãos públicos (GIL, 2009), como Secretarias de Saúde. É possível coletá-los também em instituições privadas, como associações científicas e bibliotecas (GIL, 2009), assim como em bases eletrônicas de dados, caso ali haja documentos relevantes e de acordo com o objetivo proposto.

Para a elaboração deste estudo, os documentos foram localizados em uma biblioteca de um estabelecimento de ensino superior público da cidade de Porto

Alegre e em bases de dados eletrônicos de origem brasileira e latino-americana, bem como foi consultado, através de meio eletrônico, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

3.3 Fontes

As fontes que foram usadas neste estudo tiveram uma natureza diversificada e uma origem dispersa, conforme já citado anteriormente. Segundo Gil (2009), os documentos selecionados para esse tipo de estudo poderão ter ou não recebido algum tipo de tratamento analítico pelo autor ou órgão que o elaborou, prévio a realização da coleta pelo pesquisador.

Os documentos usados neste estudo foram cinco livros de leitura corrente publicados entre 1999 e 2009, cinco artigos publicados em periódicos nacionais entre 2000 e 2004, a Bíblia, uma tese de doutorado desenvolvida no Brasil, dois sítios da rede mundial de computadores, sendo um do Ministério da Saúde do Brasil e um de uma organização particular, além das informações do DATASUS, sendo todos os materiais disponíveis em língua portuguesa.

3.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados com o auxílio de fichas que permitiram a organização e sumarização dos mesmos. O modelo usado consta no apêndice A.

As fichas foram confeccionadas após a leitura dos documentos selecionados, com a finalidade de facilitar a identificação das obras consultadas, além de conter registros a respeito do conteúdo e observações do pesquisador sobre as mesmas (GIL, 2009).

A coleta dos documentos não aconteceu em um período de tempo específico, mas ao longo do desenvolvimento do estudo, desde a elaboração do projeto. Foram buscadas novas fontes conforme a necessidade de embasamento da discussão das informações inicialmente obtidas. Cabe ressaltar-se, entretanto, que, uma vez que o tema permite diferentes abordagens e pontos de vistas, se optou por determinar

uma data para o encerramento de consultas (22 de maio de 2012), considerando a data limite para entrega deste relatório de pesquisa.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados coletados seguiu as etapas propostas por Gil (2009), que tiveram como objetivo principal observar, de forma criteriosa, o conteúdo dos documentos obtidos. Durante esta etapa, três fases foram seguidas, conforme norma estabelecida pelo autor de referência já citado anteriormente, com fins de organizar o processo:

- a) pré-análise (escolha dos documentos que seriam usados no estudo, formulando posteriormente a hipótese, e reunindo o material para posterior análise);
- b) exploração (classificação e enumeração dos documentos);
- c) tratamento, inferência e interpretação das informações.

A análise parte do princípio da leitura dos documentos que visa identificar as informações e os dados que constam no material selecionado, seja ele impresso ou virtual, permitindo que se estabeleçam relações entre estas informações com o objetivo do estudo (GIL, 2009).

A análise seguiu as etapas propostas por Gil (2009): leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa. A leitura exploratória foi uma leitura de elementos globais do material previamente selecionado e que, teve o objetivo de verificar o nível de relevância do documento para a pesquisa (GIL, 2009). Já a leitura seletiva, caracterizou-se por ser mais profunda que a leitura exploratória, entretanto, ainda não foi definitiva, pois foi possível que se voltasse ao material de menor importância conforme novas indagações surgiam a respeito do assunto durante a construção do estudo (GIL, 2009).

Por fim, foi realizada a leitura analítica, conceituada por Gil (2009) como sendo aquela leitura crítica e profunda dos materiais já selecionados, que permitiu a inclusão novos documentos, assim como a supressão de outros, previamente escolhidos pela leitura seletiva. Para o autor, o pesquisador deve encarar esta fase

como definitiva, mas ainda assim com certo nível de liberdade, conforme a evolução desta etapa.

A leitura analítica seguiu momentos pré-estabelecidos por Gil (2009), que visaram objetivar e organizar esta etapa:

- a) leitura integral da obra ou do texto selecionado para se ter uma visão geral do que fora selecionado;
- b) identificação das palavras e das ideias-chave das obras;
- c) identificação e hierarquização das ideias, organizadas conforme a ordem de importância;
- d) sintetização das ideias, momento cujo o pesquisador, após 'reduzir' as obras em ideias e palavras-chave, as recompõe, eliminando conceitos secundários e prendendo-se ao que realmente será relevante ao estudo.

E a última etapa da análise de dados usada para a elaboração deste estudo é definida como leitura interpretativa, que se configura como sendo uma leitura mais complexa, com a finalidade de relacionar as afirmações do autor de forma mais ampla, com o foco não apenas nos dados dos estudos, mas no contexto, e relacionando-os com os objetivos propostos pelo pesquisador (GIL, 2009).

Todo o processo de análise acima descrito permitiu que fossem obtidos quatro temas relevantes que se acredita que permitiram responder os objetivos deste estudo de relacionar e analisar o advento e a universalização dos anticoncepcionais orais no Brasil com a idade do início das relações sexuais de mulheres e o número de gestações na adolescência. Os temas serão apresentados na seção de Resultados e Discussão, e foram assim nomeados: 'A condição feminina ao longo dos tempos', 'A sexualidade feminina', 'Métodos contraceptivos e anticoncepcional oral' e 'Gestação na adolescência'.

3.6 Aspectos éticos

Foram seguidos os preceitos éticos de referenciamento e citação das fontes consultadas (ABNT, 2002). Este estudo foi registrado no Sistema de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao procurar desvendar os questionamentos que motivaram este estudo, e que pudessem de alguma forma responder aos objetivos, foram encontradas informações sobre o comportamento e o posicionamento da mulher na sociedade e no mundo ao longo da história.

Assim, para além das questões de lutas feministas pelos direitos da mulher, foram observadas diferentes abordagens e desenlaces de questões por vezes consideradas intrínsecas ao papel feminino. Procurou-se conhecer como o corpo feminino é visto ao longo da história. Na sequência, abordaram-se alguns temas sobre a sexualidade feminina, sem haver a preocupação com um conhecimento aprofundado de aspectos emocionais da mesma. Em um próximo passo, chegou-se aos métodos contraceptivos e o advento do anticoncepcional oral frente às mudanças populacionais mundiais. É dado fechamento à pesquisa com uma análise das questões referentes à gestação na adolescência, essencialmente em seus aspectos sociais.

4.1 A condição feminina ao longo dos tempos

O corpo feminino esteve em evidência em diversas obras de variados artistas, assim como era descrito em obras literárias de muitos escritores, ao longo do tempo. Entretanto, o corpo que era exposto ao mundo como uma imagem de perfeição divina, continuava 'transparente' para os muitos segmentos da sociedade (PERROT, 2003).

O significado que o corpo feminino assumiu, ao longo da história, apresentou variações conforme o século e o país em questão. Sendo que, muitas vezes, as informações a respeito destas significâncias não passam de distorções da realidade. Já em outros períodos da história, a mulher era apenas um retrato do homem com o qual estava casada. Segundo Perrot (2003), o 'cabide' ornado por luxo e agraciado por beleza mostrava ao mundo a riqueza e o poder que a virilidade masculina foi capaz de 'comprar'.

Em meio a este contexto, a Igreja, de um modo geral, sempre estava presente como um órgão regulador dos costumes morais e éticos das sociedades. Considerando os países cuja base religiosa fundamenta-se no Catolicismo, observa-se que a Bíblia tornou-se o principal meio em que reis e governantes buscavam justificativas para seus atos e aceitação dos seus súditos.

O livro de Gênesis (BIBLIA SAGRADA, 2009), capítulo 2, versículo 22 afirma que “E a costela que o Senhor Deus tomara ao homem, transformou-a numa mulher [...]”, permitindo assim a interpretação da mulher como um ser inferior, pois fora ‘criada’ após o homem e de uma parte do corpo do mesmo. Conforme Schmitt-Pantel (2003), desta forma, os textos bíblicos apresentariam Adão, o primeiro ser humano do planeta, como autossuficiente, portanto, masculino e feminino em um mesmo indivíduo, dependente unicamente de Deus, seu criador.

Por anos, a teórica superioridade masculina, por sua suposta criação anterior a da mulher, serviu de base para submeter o sexo feminino ao domínio masculino, sendo que outros trechos da Bíblia também foram usados durante muitos anos como uma forma de manter as mulheres caladas e submissas aos desejos masculinos (SCHMITT-PANTEL, 2003). Segundo Matos (2003), acreditava-se que a mulher era um indivíduo prisioneiro em ciclos de fertilidade e infertilidade, e assim, suas características morais, éticas e sociais eram diretamente influenciadas por esses períodos fisiológicos.

A vida sexual feminina, regida de acordo com as necessidades masculinas, tinha importância apenas na procriação, sendo o prazer da mulher durante a relação sexual algo totalmente ignorado. Conforme Perrot (2003), a satisfação sexual só era permitida às prostitutas e nunca às senhoras de família, que se casavam sem ao menos terem noção do que esperar na noite de núpcias.

Como se pode perceber, questões sexuais não eram abordadas diretamente entre os membros de uma família. Infere-se, portanto, que a postura assumida nessa época nada mais era do que a transmissão da ‘tradição’ familiar, no qual cada geração feminina de uma mesma família, ao se casar, não recebia qualquer tipo de ‘instruções sexuais’. O receio em abordar questões das quais aprenderam na prática, silenciava mães perante suas filhas, cuja mesma atitude elas acabavam tomando em relações a sua descendência.

Dessa forma, os corpos femininos tinham uma razão de existência que, de acordo com Pedro (2003b), era a de garantir a continuação da descendência

masculina. O desconhecimento acerca da relação sexual conjugal, somado a uma única instrução de que uma boa esposa deveria submeter-se às necessidades e desejos do marido, garantiram mulheres caladas quanto às suas vontades e conformadas com sua situação ao longo dos séculos.

A família monogâmica e patriarcal, constituída apenas por filhos legítimos do casamento era pregada, esperando-se da mulher casada total fidelidade ao marido, bem como a manutenção da virgindade até o matrimônio às moças solteiras (CORRÊA, 1999). O mesmo autor também observa que a necessidade em manter a família nestes moldes garantiria, principalmente entre as elites, a transmissão dos bens, por meio de herança, unicamente aos filhos concebidos no matrimônio.

A necessidade de manter a virgindade das moças solteiras, assim como a fidelidade das senhoras casadas estavam intimamente ligadas não apenas às questões econômicas, mas também sociais de uma época. Uma moça gestante enquanto estivesse solteira era vista como uma vergonha à sua família, entretanto, é importante observar que a mesma punição moral que sofriam, não era válida aos homens, já que sua presença, apenas durante o ato da concepção, não lhes permitia que sua paternidade fosse posteriormente comprovada.

Em meio às tantas exigências que uma esposa deveria cumprir, a satisfação sexual do marido era vista como mais um 'dever conjugal', sendo essa a origem das muitas indisposições femininas, como as enxaquecas e dores de cabeça, um modo rápido de afastar o homem (PERROT, 2003). Entretanto, o uso destes artifícios também deu início à construção de um mito que ainda hoje é considerado pertencente à natureza da mulher, a frigidez feminina.

Tais artifícios femininos mostravam-se eficazes, já que negar-se a manter relações sexuais era algo inaceitável pelo companheiro. Entretanto, ainda hoje, tais métodos continuam sendo utilizados pelas mulheres, principalmente entre aquelas que dependem financeiramente do marido, receosas em anunciar um real desinteresse pelo ato, na tentativa de evitar dúvidas quanto à sua fidelidade ou mesmo amor para com o cônjuge.

Segundo Matos (2003), a mulher também estava 'condenada' a ser rotulada em duas representações, sendo uma delas a mulher sexualmente passiva e inocente, e a mulher perigosa sexualmente, mais conhecida como prostituta. O primeiro 'tipo' feminino tinha características bastante apreciadas por um homem que gostaria de formar uma família, mesmo tendo em mente que a sua companheira não

teria o instinto sexual conforme o seu. E o segundo, embora não fosse a mulher ideal para criar seus descendentes, era perfeita em termos sexuais diante de sua virilidade natural.

Ou seja, as diferentes 'mulheres' assim o eram para diferentes momentos. A manutenção de uma figura recatada, moralmente aceita pela sociedade da época era perfeita apenas dentro de casa, mantendo a ordem familiar e educando os filhos. Diferentemente, a prostituta, condenada socialmente, era o modelo perfeito de mulher para que o homem exercesse sua masculinidade. Em meio a esse contexto, muitas vezes, o mesmo homem que criticava a 'mulher da vida', era o que lhe pagava para a obtenção de prazer, sem nenhum tipo de coerção moral.

Portanto, a mulher, cultural e simbolicamente, era vista pela sociedade apenas como a 'rainha' do lar, por ter 'nobres' tarefas sob sua responsabilidade, como a parição e a criação dos filhos (GRIFFIN, 1999), além da responsabilidade de manter uma imagem harmoniosa de sua família, sendo que a posse de seu corpo era algo que não lhe pertencia. De acordo com Perrot (2003), o corpo feminino só passa a ser propriedade da mulher a partir de 1900.

Corrêa (1999) acredita que as palavras do iluminista Rousseau definem claramente a forma como a diferença dos gêneros era vista e pregada no passado: a mulher 'exala' sua feminilidade ao longo de sua vida, o que não lhe confere diminuição na razão, mas sim uma fragilidade, pois assim é um ser facilmente identificável por meio da impregnação sexual de seu corpo. Contrário a essa afirmação sobre o corpo feminino, o homem, segundo Rousseau, seria macho [no sentido biológico] apenas em determinados momentos, o que lhe permitiria assumir uma postura pública e enérgica, livre da conotação sexual à qual a mulher estaria atrelada (CORRÊA, 1999).

A visão de uma mulher criada para que, juntamente com o homem, se completassem, foi contra o androcentrismo vigente desde os primórdios da civilização ocidental, e repudiada por seculares e clérigos. Entretanto, é interessante observar que, embora a mulher tenha sido posicionada em uma categoria secundária à masculina, não se pode negar a sua força, capaz de mudar os rumos da história, mesmo que contra a vontade dominante (SCHMITT-PANTELL, 2003).

Além da visão católica sobre a criação da mulher, outros povos também tinham uma visão androcentrista, tanto que poemas gregos descrevem a criação do sexo feminino como uma vingança de Zeus à Prometeu, dando origem assim ao que

a autora diz ser 'a raça das mulheres', que representava uma ameaça à unidade da sociedade masculina (SCHMITT-PANTEL, 2003).

Dessa forma, a mulher manteve-se calada e posicionada abaixo da 'superioridade' masculina por muito tempo. É importante observarmos que, a mesma mulher que é citada como uma ameaça, também era exaltada por artistas, sendo destaque em obras de arte e de literatura, conforme mencionado anteriormente. Entretanto, muitas das obras cujo foco de inspiração era a mulher, tinha como principal atributo a beleza de suas formas, sendo outras qualidades, como a força e a inteligência, características tipicamente masculinas.

Assim, a mulher deveria ter várias 'virtudes', como a submissão, a discrição e a passividade, sendo que uma das muitas formas de mantê-las silenciosas era por meio do uso do véu (PERROT, 2003) que lhes cobria a face, principalmente em ambientes públicos. E embora, hoje em dia, ele seja associado apenas aos costumes mulçumanos, a autora destaca que o véu era um símbolo palpável do quão invisível a mulher deveria permanecer em uma sociedade masculina, demonstrando assim estar apta para casar-se, já que não apresentaria riscos ao seu companheiro.

O discurso pregado pela Igreja Católica, desde sua ascensão como religião entre as sociedades ocidentais, foi por certo período de tempo, segundo Matos (2003), reforçado pela Medicina, enquanto a mesma se configurava como ciência, embora ainda estivesse subordinada ao saber religioso. Com o passar dos anos, a Medicina começou a assumir uma posição de destaque nas sociedades, intervindo mais intensamente no corpo feminino no século XIX, e ganhando seriedade principalmente frente às técnicas elaboradas com o objetivo de preservar a vida materna ao institucionalizar o parto (VIEIRA, 1999).

As próprias leis da época também para que a mulher permanecesse resignada com sua condição reprodutiva. A educação feminina era ignorada, baseada em palavras 'científicas', hipóteses criadas e difundidas por homens que sabiam da importância em manter uma grande parcela da população no silêncio do desconhecimento. Assim, alegavam que, caso a mulher abusasse das atividades intelectuais, acabaria desviando suas energias de sua função primária como a reprodutora (MATOS, 2003).

Em consideração à atividade laboral, há relatos da aprovação de uma lei em 1892, que proibia especificamente as mulheres ao trabalho subterrâneo, bem como

que as mulheres menores de 21 anos tivessem atividades noturnas. De acordo com Dhoquois (2003), os argumentos usados para embasar tal lei foram proteger a família e a moral, já que o papel principal da mãe era este para com seus filhos; além de proteger a raça, poupando as ‘reprodutoras’; e também proteger os salários masculinos, já que na época, a mão-de-obra feminina e infantil era barata e equivalia às masculinas.

Havia exceções no caso das trabalhadoras no setor da saúde e do entretenimento, entretanto, a lei continuava a valer no final do século XX entre as profissionais da indústria, mesmo em meio a uma grande necessidade por trabalhadores na indústria, principalmente durante o período das grandes guerras, com a justificativa do Estado de que, em decorrência da dupla jornada de trabalho feminina, juntamente com a manutenção do lar, a execução das tarefas não seria satisfatória; além do maior risco de sofrerem agressão durante a noite (DHOQUOIS, 2003). Chama-se a atenção de que não havia a preocupação com o bem estar das mulheres, mas que as mulheres não deixassem de bem desempenhar as atividades consideradas inerentemente femininas.

Outras questões, como a fragilidade física, constantemente limitada por menstruações e gravidez, eram alguns dos argumentos que tentavam embasar a afirmação de que as mulheres deveriam permanecer na ‘segurança’ de seus lares (MATOS, 2003). Entretanto, uma parte dos governantes já se mostrava a favor da entrada e permanência da mulher na indústria, era uma mão de obra barata e necessária durante a época de crise. Assim, um cartaz bastante emblemático surgiu em meio e esse período, incentivando as mulheres ao trabalho.



Figura 1: “Rosie, a rebitadora”.

Fonte: <<http://colunistas.ig.com.br/delas/2009/08/28/nos-podemos-fazer-isso/>>

Constata-se que a situação de ‘proteção’ na qual as mulheres deveriam viver, não foi suficiente para mantê-las caladas e satisfeitas com sua total falta de escolha e igualdade perante aos homens. Na opinião de Griffin (1999), essa concepção de que a mulher ‘mandava’ e tinha o respeito que merecia apenas perante seus filhos e entre as paredes de uma casa mantida por um homem, deixaram de ser suficientes e verdadeiras, iniciando assim uma resposta feminista que, com o passar do tempo tomou proporções cada vez maiores.

Segundo Matos (2003), a partir do século XX, as mulheres começam a expor suas reivindicações, inicialmente organizando-se em movimentos coletivos que lutavam pela contracepção, mesmo que ainda fosse por meio de métodos pouco efetivos. A igualdade entre os sexos só poderia ser conquistada a partir do controle da fecundidade, permitindo à mulher escolher suas prioridades, a entrada no mercado de trabalho e, portanto, uma concorrência menos desigual com os homens (GRIFFIN, 1999).

Assim, as pioneiras do feminismo, conforme Perrot (2003) descreve, são as escritoras, que usaram suas obras como uma forma de libertar-se dos costumes impostos pela sociedade, mostrando ao mundo que seus corpos tinham também necessidades, e que não mais deveriam permanecer calados. Conforme a autora, se observarmos atentamente, esse ‘grito’ feminino iniciou-se anteriormente à voz que estas mulheres tiveram sobre si mesmas, com a apropriação do direito a ser educada, de forma igualitária aos homens de sua época.

Paulatinamente, as mulheres começam a manifestar publicamente suas escolhas e reivindicar por mudanças, em um mundo até então moldado conforme as necessidades do homem. É interessante destacar como a mulher estava subordinada às leis e convenções sociais que as impediam de posicionar-se em um mesmo lugar de destaque que o sexo masculino ocupava. Suas ‘nobres’ tarefas desempenhadas diariamente, conforme citado anteriormente, aparentemente não tinham o mesmo grau de importância que as desempenhadas pelo homem na sociedade.

Uma das primeiras manifestações feministas foi contra a forma como a Igreja Católica descrevia as mulheres. A reinterpretação bíblica produzida pelas feministas, em 1960, modificou simples palavras como o verbo auxiliar, que denotava uma ‘função’ feminina junto ao homem, e que a partir de então, passava a ser entendido não mais como um afirmativo de dependência e subordinação (SCHMITT-PANTEL,

2003). A mesma autora salienta que tais mudanças aconteceram na Igreja, a partir de seus superiores, apenas em 1992, quando a Igreja Católica redigiu o chamado “Novo Catecismo”, que continha afirmações de que a mulher e o homem foram criados de forma idêntica e simultânea, demonstrando a preocupação dos líderes religiosos em amenizar a desvalorização do sexo feminino.

Em relação ao feminismo no Brasil, inicialmente ele atuou junto a grupos autônomos, apoiando mudanças e também aproveitando a oportunidade de expor suas propostas, objetivando a visibilidade necessária para também atuar na esfera pública e legitimar suas propostas também entre o poder Executivo (PITANGUY, 1999); uma estratégia importante para uma luta que iniciaria no país e que encontraria diversos opositores durante este período.

Ao analisarmos as questões relacionadas ao corpo feminino, feminismo e comportamentos das mulheres na sociedade, Perrot (2003) demonstra que a sexualidade e os métodos contraceptivos sempre estiveram em destaque, mas nunca em discussão, já que tais temáticas, principalmente a da anticoncepção, eram abertamente repudiadas pela Igreja Católica. Não somente o Estado e a Igreja estavam indo contra estes temas, mas a grande maioria das mulheres também, já que não comentavam publicamente sobre tais assuntos, com receio de sofrerem punições sociais e morais.

O movimento feminista, no Brasil, sempre teve ideais bem definidos. Entre eles, Pitanguy (1999) destaca o reconhecimento do direito feminino de viver a maternidade como opção e não como obrigação; e os acessos à contracepção segura, ao tratamento da infertilidade, ao pré-natal e ao parto em condições adequadas e seguras para a vida da mulher e da criança, à interrupção voluntária da gravidez e à prevenção do câncer mamário e cérvico-uterino. Tal bandeira ressalta que as mulheres não se consideram apenas um útero, mas sim indivíduos que querem ter o direito de escolha sobre os seus próprios corpos, além de segurança e disponibilidade de recursos para que tais escolhas possam acontecer.

Essas mudanças sociais não aconteceram apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo. Segundo Matos (2003), os novos discursos sobre a mulher tiveram seu início mais especificamente a partir de 1920, mesmo ano em que a França lançava uma lei contra a propaganda contraceptiva. No Brasil, entre os anos de 1890 a 1930, conforme citado anteriormente, o discurso médico ainda reforçava a subordinação feminina ao homem e tentava frear os movimentos feministas,

desqualificando as mulheres que optavam em não gerar um filho (MATOS, 2003), bem como aquelas que utilizavam métodos contraceptivos para regular sua fecundidade.

Em meio a este discurso carregado de preconceitos, a chamada “maternidade consciente” (MATOS, 2003, p. 113) era aceita por poucos médicos da época, que permitiam que a mulher planejasse sua prole a partir do uso de métodos contraceptivos, em uma tentativa extrema de controle da miséria. Em oposição a esses ‘doutores’, médicos menos liberais alegavam a possibilidade de problemas ginecológicos e comportamentais pelo uso dos anticoncepcionais, que eram somados ao descontentamento da Igreja da época.

Durante esse período de 1890 a 1930, no Brasil, de vigência de um discurso médico-sanitarista impositivo e opositivo a anticoncepção, o Estado legitimou a necessidade de ‘aperfeiçoar’ a mulher responsável pelas futuras gerações, a partir de intervenções médicas que visavam moldar o físico e a moral da sociedade (MATOS, 2003). Assim, a mesma autora salienta que as mulheres passaram a ser responsabilizadas diretamente pela mortalidade infantil, sendo esta causada por falta dos ‘bons hábitos’ maternos, a partir do abortamento consciente, ou mesmo pelo uso de métodos contraceptivos.

Entretanto, em meio a estas tentativas do Estado em barrar a voz feminista e amedrontar as mulheres, Pitanguy (1999) afirma que a visibilidade da mulher na esfera pública constituiu um importante fenômeno político da segunda metade do século XX. Com exceção aos países árabes, onde a cultura afeta e distancia as mulheres de cargos políticos, nos demais países, essa tendência é um retrato da mudança na percepção do papel feminino na sociedade.

A mulher passa a ser o destaque durante essas discussões. O Estado, a sociedade, assim como a própria mulher, passam a tomar consciência de sua importância para além das questões reprodutivas. Os limites de uma casa não são mais suficientes para manter a mulher realizada, já que agora ela passa a buscar por felicidade e prazer, sendo estas palavras não mais consequências advindas da maternidade ou de questões referentes à unidade familiar.

A partir de então, as mudanças sociais e o controle do corpo feminino pelas mulheres apresentou muitos significados (GRIFFIN, 1999). Uma nova consciência sobre algo até o momento manipulado pelo poder patriarcal (homens, médicos), e o desejo de igualdade na sexualidade, separada das questões reprodutivas, foi um

avanço em meio à sociedade da época. Entretanto, tais progressos barravam em questões sociais sólidas, como a Lei 4.121, de 27 de agosto de 1962 (ANEXO B), que diferenciava os gêneros, submetendo a mulher como um indivíduo com necessidades de proteção masculina (CORRÊA, 1999).

A lei acima citada, denominada 'O Estatuto da Mulher Casada', assinada pelo então presidente João Goulart, em seu artigo 240 afirma que "A mulher assume, com o casamento, [...] a condição de sua companheira, consorte e colaboradora dos encargos da família, cumprindo-lhe velar pela direção material e moral desta".

Importante salientar que a década de 1960 caracterizou-se como sendo um momento de intensos debates promovidos pelo Movimento Feminista, já que o mesmo havia começado a questionar sobre a real condição feminina na sociedade.

Muito além de questões reprodutivas, as feministas lutavam pelo direito da mulher ao voto, a exercer uma atividade laboral, de terem voz e vontade, assim como ter a possibilidade de planejar a família ou até mesmo de interromper uma gestação, caso esse fosse seu desejo. Entretanto, o Estatuto foi aprovado mesmo em meio a essas mudanças sociais que não eram apenas debatidas, mas também começavam a ser praticadas pelas mulheres.

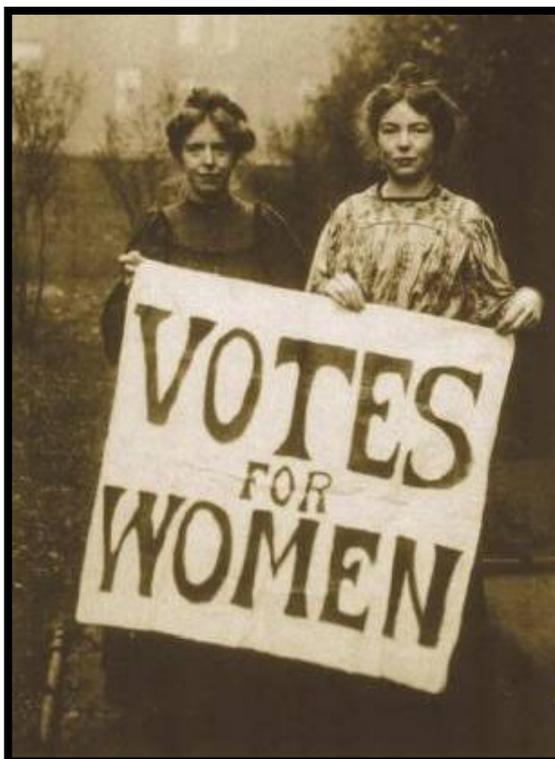


Figura 2: Início dos protestos femininos pelos direitos da mulher.
Fonte: <http://www.revolucaofeminista.com/2010_06_01_archive.html>

Infere-se que está lei tenha sido uma tentativa fracassada do Estado em barrar os avanços femininos que estavam sendo conquistados, tendo o anticoncepcional oral como um 'marco' palpável das mudanças sociais que estavam acontecendo durante aquela década. Dessa forma, a lei é colocada abaixo, na íntegra, como uma forma de mostrar claramente ao leitor uma das tantas 'barreiras' que a mulher enfrentou para conquistar um lugar de destaque em uma sociedade tipicamente masculina e amedrontada com as mudanças e graduais conquistas femininas.

Além disso, a inclusão e o crescimento de movimentos sociais na esfera pública, em diversos países, iniciaram um debate público sobre temas até então considerados de menor importância aos governos, dentre eles os referentes aos direitos e à saúde reprodutiva (PITANGUY, 1999). Temas ditos 'femininos', e que necessitavam de um amparo legal, começaram a ser discutidos no período em que o feminismo obteve destaque, por volta de 1970 (PITANGUY, 1999). Esses temas, mesmo que referentes apenas à saúde reprodutiva da mulher, representavam um avanço nos debates, já que anterior a esse período, jamais haviam estado em evidência.

Segundo Pitanguy (1999), assuntos como a violência doméstica foram amplamente discutidos na esfera política, diferentemente de temas como a contracepção, e principalmente o aborto, permanecerem obscuros, afinal, mexer em tabus sociais não é uma tarefa simples, podendo acarretar em maiores descontentamentos do que se permanecessem como estavam. Em meio a esses assuntos 'impróprios', propagandas internacionais de caráter tendencioso distorciam o significado de direitos da mulher, ao apresentarem imagens de mutilação genital e tráfico de seres humanos, e assim, agregando a imagem feminina como sendo apenas uma vítima da sexualidade (CORRÊA, 1999).

Esses temas considerados 'tabus' só começaram a assumir uma visibilidade maior e mais realística por meio da intensificação de debates e de movimentos, os quais, segundo Corrêa (1999) colocaram as feministas no centro dessas lutas de âmbito público e político. A partir dessas manifestações, e conforme a organização de conferências compostas por participantes do campo dos direitos humanos, esses temas tornaram-se visíveis, assumindo sua natureza relevante para com a sociedade (CORRÊA, 1999).

Assim, é possível perceber que a esfera pública de debates ainda tentava ‘escolher’ assuntos a serem abordados, evitando os de maior interesse às mulheres. Na época, as pressões exercidas pelas feministas fizeram com que temas como a contracepção não fossem mais ‘tabus’, entretanto, temas como o aborto continuaram excluídos do cenário de discussões. Atualmente, este tema continua sendo polêmico, embora o Ministério da Saúde acredite que ele possa ser de grande importância para a saúde da mulher, desenvolvendo assim publicações sobre o assunto a partir de 2001.

Na opinião de Barbosa (1999), a libertação da sexualidade feminina, iniciada na década de 1960, por meio do advento do anticoncepcional oral, trouxe conquistas e problemas para a mulher. Afirmou a responsabilidade total da anticoncepção ao sexo feminino, ‘liberando’ a participação masculina do uso do preservativo, entretanto, vinte anos após o seu advento e universalização, a disseminação do vírus HIV demonstrou que o método garantia apenas proteção em relação à concepção, deixando a mulher novamente vulnerável (BARBOSA, 1999).

Recentemente, outro desafio resultante dos avanços conquistados pelas mulheres, principalmente a partir do final do século XX, está em fazer com que o Estado cumpra as leis firmadas em relação à saúde, e principalmente aos direitos reprodutivos (PITANGUY, 1999). O que se percebe é que, em meio a anos de luta feminista, a conquista de leis e decretos reconhecidos nacional e internacionalmente não são colocados em prática conforme o esperado.

O descumprimento das leis e decretos aprovados no país torna a mulher um ser novamente desprotegido. Em meio a tantas lutas e debates para que os direitos femininos fossem aprovados e colocados em prática na sociedade, o não cumprimento dos acordos torna a luta banal, demonstrando que de nada adianta buscar por mudanças, já que elas só são realmente postas em prática conforme a vontade de alguns.

Mesmo assim, a busca pelo reconhecimento fez com que o movimento feminista brasileiro, de acordo com Pitanguy (1999), se destacasse no cenário da época, sendo também um dos primeiros a conquistar espaço no Governo, inicialmente elegendo governadoras e senadoras. Ressalta-se que no Brasil, em 2010, foi eleita a primeira mulher presidente; à exemplo de países latinos como a Argentina e o Chile, ou europeus, como a Alemanha.

Segundo Corrêa (1999), o exercício dos direitos sexuais exige uma ambientação favorável, onde o respeito à integridade corporal, à livre expressão da vontade e da orientação sexual, além da aceitação da igualdade entre os gêneros, estariam presentes, sendo as práticas sexuais livres da coerção moral ou legal. O direito de controlar a vida sexual e reprodutiva, de decidir livremente sobre essas questões sem o receio de discriminação e violência são categorias incluídas nos direitos humanos das mulheres (CORRÊA, 1999). Entretanto, como dito anteriormente, sabemos que leis não são suficientes para que o sexo feminino tenha estes direitos cumpridos.

4.2 A sexualidade feminina

O ser humano, diferentemente dos animais, mantém relações sexuais que atendem diversas finalidades, entre elas as necessidades afetivas e biológicas, ocorrendo, ou não, a partir do sentido que o ato sexual possui para cada indivíduo (VILLELA, 1999). Entretanto, Taquette (1999) afirma que o manejo da sexualidade pelas sociedades teve, por muito tempo, a finalidade de regular a fecundidade e os costumes sexuais de cada época.

De acordo com Perrot (2003), historicamente, a sexualidade não era um tema abordado entre mães e filhas, sendo que a própria menstruação era vivida como algo vergonhoso para a moça. No entanto, era encarada pela família da jovem como um sinal de fertilidade, indicando que mais uma mulher estava apta a casar-se e procriar, já que, por meio do seu corpo, ela teria a capacidade de garantir a continuação da descendência masculina, única razão de sua existência (PEDRO, 2003b).

Durante a Idade Média, os costumes sexuais eram fortemente regulados pela Igreja, sendo que a sexualidade só poderia ser exercida entre o casal, em lugares convenientes e livre de sodomias e posturas 'inconvenientes', e com finalidade reprodutiva (TAQUETTE, 1997). A Medicina, já em meados de 1900, também continuava a ver a mulher da mesma forma que a Igreja a via, ou seja, apenas "o produto do seu sistema reprodutivo" (MATOS, 2003, p. 114), agindo de acordo com a determinação de seu útero e ovários.

Assim, a mulher era apenas um corpo em meio a uma sociedade masculina, no qual a força e a inteligência eram as únicas características que realmente importavam socialmente; um indivíduo sem direitos, sem sentimentos, que tinha valor apenas por ser capaz de gerar e manter a vida, como se tais atribuições não fossem dignas de considerações.

De acordo com Griffin (1999), as emoções não eram valorizadas, sendo apenas associadas ao sexo feminino. As mulheres eram encaradas como um ser passivo durante o ato sexual, no qual o principal objetivo era a reprodução e não a satisfação do seu próprio desejo. Dessa forma, a relação sexual, muitas vezes, acontecia contra a vontade feminina, apenas como obrigação de satisfazer o parceiro, pois o receio de que ele viesse a se satisfazer com outra mulher era mais amedrontador que se permitir ser 'violentada', resultando em servir o companheiro conforme a vontade dele (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

Frente a essas influências 'reguladoras', a partir de 1920, no Brasil, Matos (2003) salienta que a própria Medicina lançou uma campanha em defesa da castidade anterior ao matrimônio e a fidelidade durante o casamento por parte dos homens. A origem dessa tentativa de modificar os hábitos morais dos cidadãos surgiu a partir de uma constatação de que males como a prostituição, a criminalidade e a disseminação de doenças se davam principalmente a essa tradição de infidelidade masculina, considerada por anos como normal e mesmo necessária ao sexo masculino (MATOS, 2003).

É interessante observar que tais instruções morais foram dirigidas apenas para os homens, já que as mulheres, com exceção às prostitutas, eram dignas de confiança, acreditando que se mantinham fiéis durante o casamento. Acredita-se na veracidade dessa observação, pois as chances de gravidez eram maiores, já que as mulheres não tinham métodos contraceptivos eficazes, mas apenas métodos rudimentares e caseiros, além do receio de que um ato extraconjugal fosse descoberto, sendo ela punida pelo próprio marido e pela sociedade em geral que via a infidelidade feminina com maior seriedade.

Villela (1999) afirma que o primeiro discurso positivo sobre a sexualidade feminina aconteceu com o surgimento da psicanálise, no final do século XIX, entretanto, seu caráter negativo como sendo a origem de todos os problemas psíquicos permaneceu. A prática sexual excessiva passou a ser condenada, pois esta seria a origem da transgressão moral, podendo provocar malefícios ao frágil

corpo feminino, que deveria ser preservado ao máximo, e assim garantir a saúde dos futuros herdeiros (MATOS, 2003).

Novamente, a sociedade da época não estava apenas 'preocupada' com o bem estar da mulher. Da mesma forma que a atividade laboral já era desestimulada por autoridades, a prática sexual conjugal também era regulada por declarações, conforme citação do parágrafo anterior, apoiadas por estudiosos da época, sempre com o discurso de que o corpo feminino deveria ser mantido em segurança para a garantia de uma saúde reprodutiva satisfatória.

Durante muito tempo, os casamentos eram encarados apenas como um negócio, frequentemente arranjado pelos pais dos jovens, os quais tinham intenções financeiras ou comerciais na união. A partir da década de 1930, Taquette (1997) salienta que o amor passou a ser valorizado como um elemento importante para o casamento, embora o sexo tenha continuado a ser vinculado unicamente às necessidades reprodutivas. O direito pelo prazer e pelo livre exercício da sexualidade, discussão trazida principalmente por movimentos feministas e homossexuais (VILLELA, 1999), assim como a universalização do anticoncepcional oral, trouxeram certa liberdade sexual somente a partir da década de 1960.

De acordo com Villela (1999), os discursos sobre a sexualidade feminina se intensificaram, principalmente a partir da segunda metade do século XX, com o advento dos contraceptivos orais, dos programas de planejamento familiar e da autonomia financeira conquistada por meio da gradual entrada da mulher no mercado de trabalho. Seguindo estas mudanças sociais, a sexualidade passou a tornar-se importante para um casal, levando a prática sexual a acontecer antes do matrimônio (TAQUETTE, 1997), algo totalmente inaceitável socialmente há algumas décadas atrás.

Essa série de mudanças, que começaram a acontecer a partir da década de 1930, foi importante para modificar a forma como os relacionamentos, e a própria mulher, eram vistos na sociedade. A transformação cultural, em diversos aspectos, como a exaltação do amor para selar um relacionamento, a gradual entrada da mulher no mercado de trabalho, mesmo que em desvantagem ao sexo masculino, e, principalmente, o advento do anticoncepcional oral, modificaram a figura feminina para que, a partir de então, lhe fosse atrelado valores maiores que os vinculados à reprodução.

O feminismo nos anos 1970 lutou pelo direito das mulheres à educação, ao voto e ao livre exercício da sexualidade com o objetivo de não serem apenas vistas pelo sistema, mas também para que elas próprias tomassem consciência sobre si mesmas, reprimindo estratégias de dominação que serviriam apenas para mantê-las estagnadas em valores e atitudes do passado (VILLELA, 1999). De acordo com Corrêa (1999), identificar, aceitar e visualizar a relação entre o sexual, o erotismo e o prazer feminino só se torna possível a partir do momento que há distinção entre gênero e sexualidade, o que garantiria também a vitimização das mulheres, costumeiramente propagada ao público e fazendo com que estratégias moralizantes tornem-se os principais aspectos do discurso sobre tal temática.

Em meio a essas mudanças, as mulheres, tanto casadas quanto solteiras, passam a buscar o seu prazer (VILLELA, 1999), já que a possibilidade de optar pela maternidade conforme sua vontade e a independência financeira, não mais lhe confere a postura de apenas satisfazer o parceiro. Essas mudanças causaram uma modificação também nos namoros, que conforme Heilborn (2006), agora eram vistos como períodos de experimentação sexual e afetiva, não se caracterizando apenas como uma etapa preparatória para o casamento, sendo a troca de parceiros e a precocidade da primeira relação sexual comuns durante este período de indefinição amorosa.



Figura 3: "E o vilão ainda a persegue".

Fonte: <<http://hypescience.com/23788-a-evolucao-dos-contraceptivos/>>

Portanto, a importância de se preservar a virgindade não é mais uma característica do período de namoro, diferentemente da versão tradicional, na qual a desonra levaria ao rompimento do noivado e até mesmo do matrimônio pelo marido. Atualmente, o significado da união pré-matrimonial é a característica de ser um compromisso entre duas pessoas que se gostam e desejam se conhecer melhor, sem necessariamente casarem-se (HEILBORN, 2006).

Desde o advento e a universalização do anticoncepcional oral, os valores dados à mulher e ao sexo foram modificados. O ato sexual não está mais ligado diretamente à reprodução, assim como também não está mais vinculado ao matrimônio. Essa nova realidade impactou diretamente na juventude, mais especificamente nos relacionamentos entre os jovens, sendo essa uma fase mais aberta às mudanças.

Dessa forma, Taquette (1997) observa que a iniciação sexual durante a adolescência tem se configurado como sendo um dos novos ritos de passagem da infância para a idade adulta. Entretanto, sexualidade não se restringe apenas as relações sexuais (HEILBORN, 2006), mas sim a todo o processo de familiarização com valores, com gênero, com a noção de cultura sexual e interações sociais do grupo à que faz parte.

Outra forma de envolvimento, não se caracterizando como um compromisso sério e duradouro foi o 'ficar', que desde o final da década de 1980 se difundiu na juventude por meio de um contato corporal imediato, sem a perspectiva de tornarem-se parceiros (HEILBORN, 2006). E em meio a todo este cenário de transição, Villela (1999) afirma que fracassou a estratégia de manter-se em silêncio, adotada pelas gerações mais antigas, compostas por pais amedrontados em ter que falar sobre sexualidade com seus filhos e receosos de que o tema lhes estimulasse às relações sexuais. Assim, confirmou-se não ser este o método mais adequado para se enfrentar o novo e mutável cenário.

De acordo com Taquette (1997), o principal objetivo da adolescência é o estabelecimento de uma identidade adulta já que, durante esse período, a descoberta da sexualidade causa grande repercussão, incitando os jovens a desejarem autonomia em relação a sua família. Entretanto, a mesma autora ainda observa que, embora a maturidade biológica esteja acontecendo mais precocemente, o mesmo não se pode afirmar sobre a maturidade psicológica e social.

Assim, as mudanças em relação à sexualidade, que até então estavam fortemente voltadas para a mulher, rapidamente atingiram os jovens, modificando também a forma como se relacionam amorosamente. A liberdade sexual da qual fora intensamente debatida e de difícil aceitação social anteriormente, foi rapidamente incorporada à juventude, sendo o sexo, até poucas décadas atrás, permitido apenas aos casais, e agora era desejado pelos adolescentes, movidos por diferentes estímulos.

O desejo sexual durante essa fase da vida é intenso, movido principalmente pela curiosidade em comprovar a funcionalidade de seus órgãos genitais (TAQUETTE, 1997). Os grupos de amigos também desempenham um papel importante na vida do adolescente, socializando-os (HEILBORN, 2006), entretanto possuem uma característica transitória, já que assumem papel de destaque na vida do jovem enquanto o mesmo não tiver uma noção clara da possibilidade em participar de novos grupos que não o familiar.

Na revisão de literatura realizada para fundamentar sua tese de doutorado, Taquette (1997) obteve informações de que a atividade sexual na adolescência é influenciada por fatores relevantes e de ordem biológica, como a menarca precoce; ou de cunho familiar, como a falta de diálogo com os pais; e de caráter social, como a influência do grupo de amigos ao qual pertencem. Além disso, no Brasil, a ideia de que os jovens possuem uma tendência incontrolável à precocidade sexual, vem sendo difundida amplamente pela mídia e pela opinião pública (BOZON; HEILBORN, 2006).

Segundo Taquette (1997), facilmente os jovens, tanto do sexo feminino como do masculino, se sentem estimulados a concretizar o ato sexual por curiosidade, necessidade física, pressões dentro do círculo de amizades, demonstração de amor ao parceiro ou expressão de libertação. Dessa forma, a tendência é de que a primeira relação sexual de um casal ocorra de forma espontânea, sem preparos ou discussões sobre o assunto (HEILBORN, 2006), principalmente entre casais bastante jovens, no qual o sexo é considerado uma prova de fidelidade e de amor.

Outro fator que influencia a precocidade da atividade sexual é a falta da figura paterna, a gravidez precoce da mãe ou a sua iniciação precoce ainda solteira que influencia indiretamente na vida sexual da filha (TAQUETTE, 1997). Ou seja, as pessoas e a realidade que cerca os indivíduos também atuam sobre as escolhas

que fazemos, podendo resultar na perpetuação de um fato até então considerado atípico.

O adolescente do sexo masculino costuma ser mais pressionado a ter relações com o sexo oposto, afastando o receio paternal de ter criado um filho homossexual (HEILBORN, 2006). Em relação a sexualidade das meninas, Villela (1999) afirma que, historicamente, as sociedades ocidentais caracterizam-se por reprimirem-na, diferentemente do que acontece com os meninos, estimulados a buscarem o prazer a partir da multiplicidade de experiências e visando também sanar a grande curiosidade masculina sobre o sexo.

Diferentemente, a adolescente do sexo feminino deveria conservar sua boa reputação por meio de atitudes passivas e relacionamentos sérios e duradouros, um tipo de 'virgindade moral', já que atualmente a castidade física não é mais uma exigência social (BOZON, 2003¹ *apud* HEILBORN, 2006). Diferentemente dos homens, espera-se que as mulheres e sua pequena curiosidade sexual as mantenham satisfeitas em relacionamentos baseados no amor (VILLELA, 1999).

O que se percebe, a partir da fala dos autores citados anteriormente, é que a mesma repressão sexual da qual as mulheres sofriam antes do advento do anticoncepcional, continua a ser exercida, agora sobre as jovens, em especial as adolescentes. Entretanto, essa coerção não ocorre com os jovens do sexo masculino, estimulados precocemente a manterem relações sexuais, sem a preocupação de manter relacionamentos sérios durante este período.

Frente às primeiras mudanças sociais que aconteceram a partir do início do século XX, coube às escolas educarem o corpo e o espírito, para que os jovens conseguissem enfrentar as 'tentações' do sexo, entre elas a masturbação entre os meninos e o excesso das paixões entre as meninas (VILLELA, 1999). Conforme a mesma autora, instruir jovens com a mensagem sobre sexo seguro e responsável, a partir de então, torna-se uma atribuição não apenas dos pais e dos serviços de saúde, mas também das escolas.

Entretanto, a negação, por parte dos pais, da sexualidade dos filhos, como uma tentativa de postergar o início da atividade sexual juvenil, conforme citado anteriormente, apenas contribuiu para que o desconhecimento sobre o assunto aumentasse o número de gestações não planejadas e o contágio precoce com DSTs

¹ BOZON, Michel. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? comparaisons et evolutions récentes. **Populations et Sociétés**, n. 391, jun., 2003.

(Doenças Sexualmente Transmissíveis) (HEILBORN, 2006). De acordo com Lowndes (1999), tal vulnerabilidade entre os jovens, frente a essas questões, é estendida também aos profissionais de saúde que, em busca de proteger a si mesmos, não oferecem informações coerentes sobre o assunto, também com receio de incentivar a atividade sexual precoce.

A partir desse contexto, e segundo Taquette (1997), a consequência mais marcante do aumento da atividade sexual na fase de adolescência é o aumento do número de gestações em idades precoces, tema este que será abordado no tema “Gravidez na adolescência”, a seguir. A autora ainda afirma que houve um aumento da atividade sexual entre adolescentes e uma diminuição da idade de início da atividade sexual até a década de 80, quando começou a surgir uma reversão do cenário. Ressalta-se que essa afirmativa não traz consigo uma explicação para o fato, porém especula-se que a disseminação do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), bem como o incremento da assistência à saúde em áreas de maior vulnerabilidade e a maior efetividade dos programas de saúde pública tenham levado à contemporização dos adolescentes sobre o início da atividade sexual.

Em meio a essas mudanças sociais, Villela (1999) destaca que a precocidade das relações e o rápido aumento no número de casos de HIV nos Brasil fizeram com que os avanços conquistados anteriormente, em relação à sexualidade, começassem a ser questionados. Uma série de discursos contra e a favor desses avanços sexuais surgiram, por fim ponderando que o problema não era a liberdade sexual (VILLELA, 1999), mas sim a falta de cuidados do indivíduo que causariam tais consequências indesejadas, entretanto preveníveis.

Segundo Villela (1999), essa ‘liberdade sexual’ conquistada a partir dos anos 1960 passou assim a ser observada de forma mais realista, já que a AIDS, doença inicialmente atribuída à homossexualidade, drogas e prostituição, tinha deixado de acometer apenas aqueles de comportamento desviante. A mesma autora ainda observa que o aumento de casos dessas doenças sexualmente transmissíveis e a necessidade em abordar o tema mais precocemente aos jovens que iniciavam sua vida sexual cada vez mais cedo foram algumas das mudanças e necessidades importantes que surgiram em um curto espaço de tempo.

Assim, a mulher começa a ter noção de que o companheiro poderá ser o responsável por sua exposição as DST, entretanto, a liberdade sexual conquistada entre as mulheres não demonstrou muitos avanços em relação ao livre debate sobre

sexo seguro, já que até pouco tempo o foco da discussão era a contracepção. O uso do preservativo masculino, um dos únicos métodos que garantiam a proteção contra o vírus HIV ainda tinha que ter o seu uso negociado (HEILBORN, 2006).

Essa negociação em relação ao uso do preservativo continua sendo uma realidade, mesmo em meio aos avanços dos casos de DST e do contágio com o vírus HIV. O receio da mulher em exigir o uso deste método de barreira se dá, principalmente, devido ao medo de fazer com que o parceiro se sinta uma ameaça, que pudesse lhe transmitir algum tipo de doença, fruto de uma possível relação extraconjugal. Além disso, para muitos homens, o preservativo altera a sensibilidade, acarretando na diminuição do prazer durante o ato sexual.

Assim como os casais tinham motivos para a realização do sexo sem proteção, os adolescentes também apresentam o porquê de suas escolhas. Através de diferentes estudos consultados, Taquette (1997) verificou que os motivos pelos quais os adolescentes não se protegem em suas relações sexuais são a falta de pensamento abstrato, a não avaliação das consequências de seus atos; a baixa autoestima, que colabora para que a jovem se entregue facilmente a quem lhe der afeto; e o pouco conhecimento sobre os métodos contraceptivos, diferentemente dos motivos pelos quais os adultos não se protegeriam.

Portanto, é importante observarmos que o jovem, fortemente estimulado a exercer sua sexualidade precocemente, ainda não possui as 'ferramentas' necessárias sobre o assunto. O sexo seguro, pouco enfatizado por educadores e profissionais de saúde ao adolescente, juntamente com a falta de diálogo nas famílias, fazem com que os meios de comunicação (televisão, internet), assim como os amigos, sejam uma possibilidade de encontrar respostas para as suas dúvidas, entretanto, a veracidade das informações transmitidas muitas vezes acaba expondo ainda mais o jovem às situações de gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis.

4.3 Métodos contraceptivos e anticoncepcional oral

Culturalmente, desde a Antiguidade, as mulheres são valorizadas, principalmente, por sua capacidade reprodutiva, e não por suas habilidades intelectuais (ALVARENGA; TANAKA, 1999). Assim, Pedro (2003b) destaca que, ao longo da história, as sociedades mantiveram a fertilidade feminina segura no interior de casa, para que o homem tivesse a garantia da paternidade, permitindo que as propriedades acumuladas fossem transmitidas aos filhos 'legítimos'.

A reprodução era um mérito importante na vida de qualquer mulher. Ser capaz de perpetuar o sobrenome da família por meio da parição e da criação de um filho estava entre os principais objetivos do sexo feminino. Dessa forma, moças férteis eram apreciadas pelo 'dom' da gestação, diferentemente das moças inférteis, castigadas por sua própria condição (ALVARENGA; TANAKA, 1999).

Mesmo em meio a esta realidade, a mulher sempre tentou controlar sua fecundidade. Ao longo da história há relatos da constante busca e do uso de práticas contraceptivas (KALCKMANN, 1999), possibilitando um maior controle sobre quando e quantos filhos gostariam de ter. Segundo a mesma autora, métodos de barreira femininos como os tampões intravaginais a base de folhas mascadas ou goma, mel e excremento de animais no Egito; tampões de ácido tânico e unguentos de chumbo usados na Grécia, e rolhas de argila na China Antiga eram exemplos da variedade de elementos que poderiam dar origem a métodos caseiros e totalmente controlados pela mulher.

Outros métodos contraceptivos usados pelas mulheres, até o advento do anticoncepcional oral, eram também a esponja vaginal, o coito interrompido, as substâncias espermicidas e o aborto. É citado também o infanticídio como método para que não 'tivessem' mais filhos (PERROT, 2003). Entretanto, conforme Kalckmann (1999), os métodos intravaginais não eram apenas usados entre mulheres casadas e que gostariam de controlar sua fertilidade, mas também por prostitutas, como as do Japão Antigo, que introduziam esponjas do mar, polpas de frutas como o figo e a romã, bem como folhas maceradas embebidas em óleo.

Assim, a mulher tentava controlar, de alguma forma, o seu corpo. Métodos caseiros, de eficácia duvidosa quanto à contracepção e pouco seguros, podendo originar reações adversas ao corpo feminino, eram usados principalmente por

mulheres casadas. As 'receitas', passadas de mãe para filha, eram frequentemente compartilhadas com outras mulheres que viviam a mesma situação, apresentando-se como uma alternativa para manterem-se, mesmo que por curtos períodos de tempo, livres da gestação.

Outro exemplo bem mais atual destes métodos de barreira é o diafragma, descrito pela primeira vez em 1882 por Wilhelm Messinga, amplamente difundido na Holanda e Alemanha durante o final do século XIX (KALCKMANN, 1999). De acordo com a mesma autora, durante este período em que surgiu o diafragma, o capuz cervical de látex também foi descrito, sendo apresentado como o 'precursor moderno do diafragma', contendo registros anteriores de uso, confeccionados com materiais como marfim, prata, e ouro (KALCKMANN, 1999, p. 148).

Grande parte destes métodos, com exceções ao diafragma e ao capuz cervical, considerados mais atuais, tinham uma natureza caseira, sendo utilizados em segredo pelas mulheres, casadas ou não. Entretanto, a partir de 1896, na França, Thébaud (2003) observa que o Estado começa a intervir fortemente nas questões reprodutivas. O movimento natalista, composto por médicos e políticos, alegava que a 'desnatalidade' levaria à miséria e à guerra, condenando também o egoísmo e o individualismo da população como motivos para não terem filhos, o que poderia causar o fim da 'raça francesa'.

Assim, mulheres que optavam pelo aborto eram consideradas traidoras da nação e assassinas, bem como as mulheres que decidiam usar algum tipo de método contraceptivo, podendo ser condenadas, conforme a aprovação de leis que reprimiam esta prática em 1920 (THÉBAUD, 2003). Ou seja, a mulher passa a ser fortemente controlada pelo Estado, já que até mesmo os 'inofensivos' métodos caseiros de contracepção passaram a ser vistos como alguns dos artifícios que as desleais mulheres francesas utilizavam para enfraquecer o país.

Segundo Thébaud (2003), a política natalista que havia sido proposta pelo governo francês, mais especificamente durante a 1ª Guerra Mundial, não conseguiu convencer os franceses a terem mais filhos. Segundo o mesmo autor, as práticas do coito interrompido e o aborto continuavam a ser exercidas, devido ao receio das famílias em relação à fragmentação dos bens, o medo e a incerteza frente aos conflitos internacionais e o desejo de dar o melhor aos seus filhos, fato que se complicaria em uma família numerosa.

Entretanto, a partir da segunda metade do século XX, período após a IIª Guerra Mundial, as políticas familiares começaram a surtir efeitos na França (THÉBAUD, 2003). Pedro (2003b) ressalta uma mudança mundial dos discursos sobre natalidade no momento em que uma explosão demográfica acontece, não apenas na França, mas em diversos países do mundo.

De acordo com Thébaud (2003), o *baby boom* francês durou até meados de 1964, frente a um Estado que não tinha capacidades reais de melhorar as condições de vida da população urbana e rural em crescimento. Pedro (2003b) destaca que, se anteriormente, o corpo feminino e sua capacidade de gerar filhos legítimos eram valorizados, a partir da década de 1950, esse corpo estimulado a procriar continua a ser controlado, mas com um objetivo oposto, pois o aumento do número de indivíduos, legítimos ou não, tornou-se a nova ameaça (PEDRO, 2003b).

A resposta negativa frente às campanhas de crescimento demográfico também foi apoiada pela 'Liga Francesa pela Regeneração Social' e pelo 'Movimento Geração Consciente' (THÉBAUD, 2003). Conforme a mesma autora, esses movimentos eram favoráveis ao uso de métodos contraceptivos, como uma forma de evitar brechas que os movimentos natalistas não haviam considerado, tais como a superlotação do país (que poderia provocar guerras internas por suprimentos) e a disponibilidade de jovens para a guerra, caso fosse necessário.

Para Pedro (2003b), a ameaça de um superpovoamento do mundo, temor que surgiu principalmente durante a década de 1960, conforme já citado, desencadeou uma série de dúvidas em relação a como controlar um corpo naturalmente apto a procriar. Ainda de acordo com a mesma autora, países subdesenvolvidos, em acelerado crescimento e que ameaçavam o mundo capitalista em meio a Guerra Fria, serviram como estímulo às primeiras experiências com um tipo de contraceptivo oral, realizadas a partir de 1956, por Gregory Pincus e John Rock, em mulheres do Haiti e de Porto Rico.

Constata-se que, apenas em meio a um alarde mundial, as questões referentes à contracepção passaram a ser debatidas na esfera pública. O temor de um superpovoamento fez com que países como a França, já citada anteriormente, desestimulassem campanhas de natalidade vigentes e comesçassem a incitar as mulheres a controlarem a quantidade de filhos que tinham independente do método contraceptivo que elas escolhessem.

Em meio à afirmação de que os pobres eram os principais culpados por sua pobreza, e que o número de filhos era proporcional à baixa condição econômica, diversos países intensificaram o 'combate aos pobres' (PEDRO, 2003b), assim como dirigiram seus esforços, no controle da natalidade, a países pobres. Dessa forma, a pesquisa para o desenvolvimento de métodos contraceptivos tornou-se destaque (VIEIRA, 1999), já que as estimativas em relação ao acelerado crescimento populacional nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento havia posto as nações em alerta.

Assim, nesse contexto, ainda surgiram discursos feministas, que acreditavam que a verdadeira questão deveria ser a defesa do livre direito à maternidade, de possibilitar que a mulher escolhesse o momento em que desejaria ser mãe. Conforme Thébaud (2003), além do direito a maternidade livre, as feministas também reivindicavam o direito à proteção da maternidade, para que esse fosse um período de segurança para a mãe e a criança.

Para as feministas, em meio a esses discursos que o Estado promovia, sendo em um momento contra a contracepção e, poucas décadas após, a favor do controle da natalidade, o foco dos debates deveria ser em relação à saúde reprodutiva da mulher. Para elas, incentivos ou barreiras impostas pela esfera pública em relação à fecundidade não tinham de ser o foco das discussões, mas sim a preocupação em fornecer às mulheres métodos seguros de contracepção, assim como o interesse em preservar a vida materna e infantil em casos de gestação.

As feministas tiveram um maior destaque a partir da década de 1960 (SCHMITT-PANTEL, 2003), época na qual, conforme Perrot (2003), a pressão destes movimentos colaborou para que em 1961 fosse divulgada publicamente a invenção do anticoncepcional oral. Essa mesma pressão também garantiu que, em 1967, fosse revogada na França a lei de 1920 contra a propaganda contraceptiva, legalizando a compra da pílula no território francês (PERROT, 2003). A partir de então, países como os Estados Unidos, já no início da década de 1960, aprovaram o uso da primeira pílula anticoncepcional em seu território, com o nome comercial de Enovid (KAPLAN, s.d.).

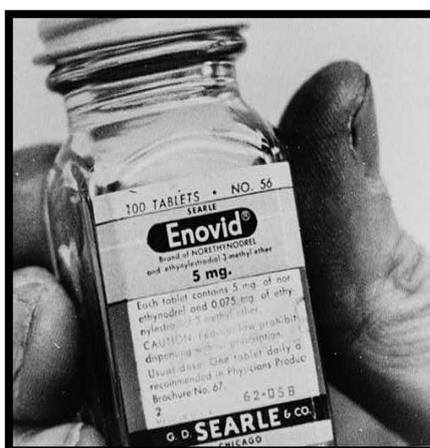


Figura 4: Frasco de *Enovid* comercializado nos Estados Unidos.
 Fonte: <<http://www.google.com.br/imgres?q=campanhas+1970>>

No Brasil, segundo Corrêa (1999), existiam diversos artigos no Código Penal que previam a punição para a propaganda e a fabricação de métodos contraceptivos e abortivos no país. De acordo com a mesma autora, apenas no ano de 1979 a produção e comercialização dos anticoncepcionais deixaram de ser consideradas contravenções.

Portanto, a mulher novamente encontrava-se no foco das discussões, nos quais, conforme Pedro (2003b) era cobrada agora, em nome do equilíbrio populacional, que mesmo dentro de uma relação legalmente reconhecida, utilizasse métodos contraceptivos. Na França, esse incentivo incluía o uso do anticoncepcional oral, embora o mesmo tenha encontrado forte resistência, sendo necessária, conforme já mencionado, a aprovação de uma lei em 1967 que autorizava o uso ao menos em casos médicos. Entretanto, a hostilidade médica também foi uma barreira importante para a universalização da ‘pílula’ no território francês (THÉBAUD, 2003).

A resistência das mulheres e, principalmente dos médicos, estava em acreditar na eficácia de um método contraceptivo que agia no interior do corpo feminino. A necessidade do ser humano de ‘ver para crer’ foi uma das barreiras encontradas, sendo necessária confiança de que uma simples pílula, utilizada corretamente, impediria uma gravidez não planejada.

De acordo com Pedro (2003b), acredita-se que o mérito da divulgação do novo método contraceptivo se deve aos representantes de laboratórios que fabricavam a pílula e também aos médicos vinculados diretamente a essas indústrias farmacêuticas. Entretanto, para a autora, em meio a um contexto de

incentivo e resistência ao uso por parte de alguns médicos, a imprensa era econômica em palavras quanto à divulgação do novo método, ao mesmo tempo em que não tinha problemas em apontar dúvidas e críticas ao anticoncepcional oral.

O receio das mulheres em sofrer com efeitos adversos provocados pelo novo método contraceptivo, bem como o medo de ser vítima de algum tipo de consequência advinda de um método recente e pouco conhecido pelos próprios médicos, fazia com que o número de adeptas fosse pequeno durante certo período de tempo. Apenas com o passar dos anos, a confiança no método, principalmente por parte das mulheres, começou a aumentar.

O temor do superpovoamento que também acometeu o Brasil, a partir de 1960 (PEDRO, 2003b), incentivou a comercialização do anticoncepcional já em 1962. Entretanto, os primeiros questionamentos sobre fecundidade no país já tinham surgido desde o censo de 1940. Ressalta-se que suas informações foram mensuradas apenas com base no Registro Civil, e que o mesmo apresentava problemas de cobertura, já que muitas vezes os registros não aconteciam ou aconteciam com meses ou anos de atraso (ARAÚJO; CAMARANO; CARNEIRO, 1999), tornava, assim, os dados pouco precisos.

Segundo Pitanguy (1999), se até 1960 o Brasil ainda era oficialmente a favor da natalidade, mantendo esta posição principalmente devido à influência da Igreja Católica, e amparado na aparente economia crescente do país, tal tendência começou a esvaecer-se na medida em que sinais de enfraquecimento econômico e grande crescimento demográfico tornaram-se visíveis. Sendo assim, as políticas de controle da natalidade passaram a ser importantes para o futuro da nação, principalmente de um país que almejava o desenvolvimento.

Com receio de arriscar o bem-estar dos brasileiros, principalmente com um aumento das camadas mais pobres da sociedade, o anticoncepcional oral começou a ser utilizado em território nacional. Os primeiros dados reais a respeito da anticoncepção no Brasil foram evidenciados somente em 1986, a partir da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA), e em 1996 por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (ARAÚJO; CAMARANO; CARNEIRO, 1999).

Pedro (2003b) afirma que até 1986 os poucos dados que se tinha a respeito do novo método no país eram aqueles veiculados em algumas publicações voltadas para o público feminino, divulgando que em 1967, 46% das mulheres usavam algum

método contraceptivo e que 19% fazia o uso do anticoncepcional oral. Ao analisarem os dados de 1986 e 1996, sobre a escolha e o uso de métodos contraceptivos no país, Araújo; Camarano e Carneiro (1999) salientam que, considerando apenas as mulheres casadas, cerca de 66% delas estavam em uso de algum método contraceptivo, alcançando um índice de aproximadamente 77% dez anos depois.

Pitanguy (1999) acredita que esse aumento no número de adeptas de algum método contraceptivo seja em decorrência da criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, fruto da ligação entre a esfera política nacional, as universidades e o Movimento Feminista. Segundo a mesma autora, tal programa, mesmo que não abordando outros assuntos bastante significativos, como o abortamento, mostrou-se positivo no que diz respeito ao planejamento familiar.

Além disso, a partir de 1980, o surgimento da AIDS e o rápido contágio do vírus HIV entre as mulheres, principalmente pelo contato sexual, trouxeram novas demandas em nível de anticoncepção, destacando uma nova prioridade aos métodos que até então estavam centrados apenas na contracepção (KALCKMANN, 1999). A autora destaca ainda que o temor do contágio com o vírus HIV nas relações sexuais reativou o interesse feminino por antigos métodos de barreira, como o preservativo masculino, bem como alertou o mundo para a busca por novos métodos.

As mulheres são mais vulneráveis a contraírem o vírus HIV por meio de relações sexuais, principalmente porque há maior concentração de vírus no líquido seminal do que no vaginal, além da superfície vaginal ser ampla, sendo este mais um fator de exposição ao vírus (DÍAZ *et al*; 1999). Conforme Berquó (1999), o uso do preservativo masculino se mostra mais elevado entre as mulheres jovens não unidas, entretanto, sua prevalência de uso ainda se mostra inferior ao anticoncepcional oral e a esterilização.

Sendo assim, Díaz *et al* (1999) afirmam que, no Brasil, os métodos de maior eficácia na contracepção também são considerados os de maior vulnerabilidade à transmissão e contágio de DSTs. As mulheres continuam a fazer uso de métodos pouco seguros em relação à transmissão de doenças sexuais principalmente por acreditarem que, estando em uma relação estável e monogâmica, não haveria motivos para o uso. Esse fato confirma-se com a afirmação do parágrafo anterior,

que cita que o preservativo masculino é mais utilizado por mulheres jovens e não unidas.

A relação sexual com preservativo masculino, principalmente para o homem ocidental (BARBOSA, 1999), é considerada desagradável e seu uso desnecessário. O receio em sugerir o uso do método aos parceiros é uma realidade entre as mulheres, principalmente entre aquelas que necessitam não só de segurança emocional, como também econômica e social do marido (BARBOSA, 1999). E assim, nesse contexto, o risco de contágio com o vírus HIV é ignorado pelos homens e 'sufocado' pelas mulheres casadas que pretendem manter a aparente fidelidade e confiança entre o casal.

Em relação aos métodos contraceptivos, Molina (1999) destaca que entre as populações do Terceiro Mundo, mesmo que em meio à ameaça do vírus HIV, a esterilização ainda é uma forte tendência de opção contraceptiva, no entanto, países como os Estados Unidos também possuem uma crescente taxa de cidadãos que optam por este método contraceptivo definitivo de forma voluntária. No Brasil, a esterilização feminina seguida pelo uso da pílula caracterizou as mulheres unidas a partir de 15 anos em 1986 e 1996 a partir da análise dos dados do PNAD e do PNDS (BERQUÓ, 1999). Dessa forma, é possível observar que, mesmo com o advento e a universalização do anticoncepcional oral, as mulheres ainda preferem um método contraceptivo definitivo, cujas chances de falha sejam mínimas, quando comparados aos outros métodos.

Conforme Molina (1999), se compararmos o uso de anticoncepcionais orais com a esterilização cirúrgica, em 1986 cerca de 40% das mulheres eram adeptas da pílula e 44% eram esterilizadas. Após 10 anos, o mesmo autor salienta que o percentual de mulheres esterilizadas subiu de forma discreta, totalizando 49,2% das mulheres em idade reprodutiva no Brasil, entretanto, nesse mesmo período, o anticoncepcional oral passou a ser o método escolhido por apenas 28,5% das mulheres.

Essa comparação demonstra o que já foi inferido anteriormente, de que o receio de falha dos demais métodos contraceptivos, resultando em uma gestação não planejada, seja algo bastante considerado pelas mulheres. A escolha por um método cujas chances de falha ou reversão são mínimas acontece principalmente entre mulheres que já possuem um número elevado de filhos, ou mesmo entre aquelas que planejaram a sua descendência, sendo o nascimento de mais um

indivíduo uma ameaça ao bem estar familiar e a possibilidade de rebaixamento no padrão de vida dos demais.

Segundo dados mais recentes, no ano de 2006, a maior porcentagem de uso do anticoncepcional oral era de 36,7% entre as mulheres de 20 a 24 anos, sendo a esterilização escolhida por apenas 2,3% das mulheres nesta faixa de idade (BRASIL, 2008a). Ainda de acordo com o mesmo banco de dados, em relação à esterilização, a maior porcentagem de adeptas ao método irreversível é visualizada na faixa etária dos 45 aos 49 anos, totalizando 45,7%, sendo também este o intervalo de menor aceitação da pílula como método contraceptivo, escolhido por apenas 6,4% das mulheres.

A partir desses dados, é possível observar que a taxa de mulheres que optam pela esterilização cirúrgica é maior que aquelas que optam pelo anticoncepcional oral. Entretanto, é importante visualizarmos que as faixas etárias influenciam diretamente na escolha do método. Sendo assim, uma baixa taxa de mulheres jovens escolhe um método irreversível de contracepção, principalmente porque ainda estão planejando aumentar o número de filhos, diferentemente de mulheres que já estão próximas do período da menopausa, no qual um filho, concebido por meio de uma falha no método contraceptivo poderia ser um acontecimento bastante indesejado.

Outros métodos contraceptivos, conforme citado anteriormente, também são utilizados pelas mulheres, entretanto apresentam menores taxas de uso que a esterilização e o anticoncepcional oral. Dentre esses, a autora cita os naturais como a abstinência, o coito interrompido e alguns considerados folclóricos, pouco utilizados nas regiões mais urbanas do país, onde a esterilização é o método preferencial (BERQUÓ, 1999).

Segundo Kalckmann (1999), as mulheres que escolhem métodos femininos de barreira, com exceção ao preservativo masculino, adotam uma postura diferente daquela tomada pela maior parte da população brasileira, centrada no uso do anticoncepcional oral e principalmente da esterilização, método contraceptivo definitivo. A mesma autora salienta que diversos fatores determinam a baixa aceitação das mulheres a estes demais métodos, dentre eles está à dificuldade de convencimento do parceiro sobre a escolha e o desconhecimento dos próprios profissionais de saúde dos métodos de barreira, influenciando a mulher a trocá-lo por algum socialmente mais 'aceitável'.

Desta forma, D'Oliveira e Schraiber (1999) destacam que para cada tipo de método contraceptivo há uma reclamação feminina em relação à possibilidade de falha, bem como o surgimento de efeitos colaterais. O anticoncepcional oral causaria inúmeros males, o DIU causaria hemorragia e dor nas pernas, o diafragma seria um objeto artificial no interior do corpo, assim como a 'tabela' que não funciona, o preservativo masculino que não é aceito pelos companheiros e os métodos definitivos, como a vasectomia e a laqueadura tubária, que não conferem total segurança (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

De acordo com Kalckmann (1999), o próprio preservativo feminino, desenvolvido por médicos e enfermeiras dinamarquesas, e apresentado ao mercado brasileiro em 1998 com o intuito de ser uma alternativa frente à resistência masculina em usar o preservativo masculino, não teve grande aceitação. A mesma autora observa que ele concede à mulher o controle total sobre o método, entretanto, assim como o diafragma, amplamente usado na década de 1950 no país, a crescente disponibilidade e facilidade de uso dos anticoncepcionais orais ainda prevalece sobre antigos e novos métodos, principalmente por mulheres em relacionamentos estáveis no qual o maior receio é a gravidez indesejada e não o risco de contaminação com DTS.

O anticoncepcional oral permitiu que as mulheres tivessem o controle sobre questões reprodutivas, entretanto, o risco de contaminação por DST e principalmente pelo vírus HIV continua sendo um controle masculino. Embora o preservativo feminino já esteja no mercado e possibilite a dupla proteção controlada pela mulher, a pouca informação sobre o método e o desconhecimento do próprio corpo fazem com que o mesmo não seja tão bem aceito quanto esperado.

Segundo Vieira (1999), a medicalização do planejamento familiar impôs a tecnologia sobre a humanização e a informação, que seriam subsídios básicos para a escolha do método contraceptivo. A cientificidade médica tenta impor as escolhas existentes sem considerar os direitos humanos do indivíduo à saúde e a livre escolha esclarecida (VIEIRA, 1999).

A prática do 'sexo seguro', que depende da colaboração de ambos os parceiros, deve ser estendida também para casais que optaram pela esterilização definitiva bem como para aqueles em que a mulher encontra-se na menopausa, assim como aquelas mulheres que já fazem uso de algum outro método contraceptivo e que não garantam proteção às DST e vírus HIV (BARBOSA, 1999).

Além disso, fazer com que esta prática sexual segura não ocorra apenas por certo período de tempo representa um desafio frente às gerações mais antigas, carregadas de verdades absolutas e frente às novas gerações compostas por jovens que, na sua maioria, acredita que nada de desagradável poderá acontecer com eles.

4.4 Gravidez na adolescência

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a definição para adolescência compreende o período da vida dos doze aos dezoito anos de idade (BRASIL, 2008b). Entretanto, o que se percebe é uma dificuldade em definir, na prática, estes limites para além dos parâmetros da idade, principalmente o final da adolescência, já que não há mudanças corporais significativas e os privilégios sociais acontecem durante ou após esta fase (TAQUETTE, 1997).

A formulação do conceito adolescência, de acordo com Taquette (1997), é relativamente recente, sendo reconhecida a partir do século XIX, pela burguesia, já que em tempos anteriores, a criança era incorporada a sociedade adulta no momento em que não precisaria mais de cuidados diretos da mãe. A adolescência era 'permitida' apenas aos meninos, já que as meninas, a partir dos dez anos, recebiam treinamento para comportarem-se como adultas nos cuidados da casa, visando um casamento aos doze (TAQUETTE, 1997).

Atualmente, a entrada na vida adulta é um processo compreendido por marcos como o início da vida profissional e a saída da casa dos pais, entretanto, a aquisição do *status* social de adulto pode ser barrada pela ampliação da juventude frente às dificuldades em ingressar no mercado de trabalho e o elevado custo de vida nas sociedades ocidentais (HEILBORN, 2006). Além disso, o início da vida sexual ocorre antes do matrimônio, assim como a entrada no mercado de trabalho pode acontecer por meio de estágios durante o período escolar (TAQUETTE, 1997), dificultando a possibilidade de afirmar quando um adolescente se torna um adulto.

Segundo Heilborn (2006), "os marcos etários que delimitam as fronteiras entre as fases do ciclo de vida ou categorias de idade são móveis e variam [...]" (p. 39). A adolescência carrega o estereótipo de ser uma fase problemática, de crise, na vida do ser humano, bem como a juventude, também traz consigo no termo, significados de que o futuro é incerto e ainda sem definição. Entretanto, a autora salienta que

muitos trabalhos sociológicos sobre a juventude entendem que o significado do termo é a passagem para a vida adulta.

Assim, há uma dificuldade de delimitar a adolescência, já que as definições, seus limites etários e comportamentais ainda estão sofrendo modificações. Diferentemente da infância, bem delimitada, marcada pela dependência física, a adolescência não possui características tão marcantes. A dependência, durante esta fase, está principalmente atrelada à falta de recursos para manterem-se longe da casa dos pais, entretanto, mesmo que muitos jovens sejam independentes financeiramente em idade bastante precoce, continuam a ser adolescentes, já que a faixa etária influencia diretamente nesses rótulos sociais.

Com o passar dos séculos, a importância da sexualidade para o ser humano tem crescido, visto que o sexo não está mais necessariamente vinculado à reprodução (VILLELA, 1999). É na adolescência que, através das influências hormonais e sociais, a sexualidade é despertada e colocada em prática. Em relação à outros fatores que mudaram com o passar dos anos, Brandão (2006) salienta que atualmente o casamento tem sido uma escolha mais tardia por grande parte das mulheres que optam por investir nos estudos, exercendo sua sexualidade sem estar subordinada à reprodução.

Na opinião de Brandão (2006), o início da vida reprodutiva ser marcado pela gravidez não era um acontecimento inusitado no passado, entretanto, atualmente, esse mesmo fato tem acontecido à jovens que não estão casadas. O namoro entre jovens apresenta contatos corporais íntimos e variados precocemente e, embora as atitudes relacionadas ao sexo tenham sofrido modificações, o diálogo aberto sobre o tema não teve avanços tão satisfatórios (HEILBORN, 2006).

Em meio a uma atividade sexual intensa e o uso pouco frequente dos contraceptivos, o aumento do número de gestações não planejadas caracteriza-se como uma consequência negativa em meio ao cenário mundial em que vivemos (TAQUETTE, 1997). As famílias ainda não têm por costume abordar questões sexuais de forma direta, e quando fazem, acabam por trazer proibições e mitos que podem tornar o sexo algo proibido e que, na mente juvenil, possa vir a ter o significado como sendo algo mais prazeroso. Da mesma forma, as escolas abordam os temas relacionados à educação sexual de forma pontual e esporádica (HEILBORN, 2006).

O que se percebe é um despreparo dos pais em falar sobre sexualidade com seus filhos. As gerações anteriores não receberam informações diretas sobre o assunto, aprendendo, muitas vezes, na prática, sobre o sexo e questões relacionadas a ele. Essa perpetuação do silêncio apresenta-se frequentemente como um reflexo também da própria situação que os pais vivenciam, exercendo sua sexualidade mesmo sem conversar abertamente entre eles sobre o assunto.

Segundo Brandão (2006), o uso de contraceptivos por suas filhas representa, para muitos pais, a necessidade de aceitar a prática regular da sexualidade, preferindo enfrentar uma gravidez 'acidental' e acreditar que ela tenha ocorrido a partir da inocência juvenil. Dessa forma, para a mesma autora, grande parte dos discursos sobre gravidez na adolescência possuem um conteúdo moralista, alertando também para a associação de tal fato com a pobreza, a falta de perspectiva familiar, além dos riscos biológicos e psíquicos aos envolvidos.

Dessa forma, a gravidez precoce já foi associada a uma doença, que conforme Brandão (2006) era um problema que deveria ser prevenido e a jovem punida moralmente, com a finalidade de que não assumisse proporções de epidemia durante a década de 1960. A motivação para chamar um acontecimento importante na vida de uma mulher de 'problema' decorre de que tal experiência pode ser considerada perturbadora do desenvolvimento 'ideal' durante esta etapa da vida (HEILBORN, 2006).

Taquette (1999) afirma que a gravidez durante a adolescência desvia o processo de crescimento social do jovem, principalmente da mulher que, geralmente, interrompe seu estudo e trabalho, deixa de conviver com amigos da mesma faixa etária, e também pode perder a autonomia que começava a ter sobre suas decisões, já que se obriga a pedir ajuda aos pais frente às mudanças. A dificuldade em retornar aos estudos e conseguir emprego são outras das consequências sociais negativas referentes à gravidez precoce, que podem reforçar a situação de pobreza e de marginalidade (HEILBORN, 2006).

Conforme dito anteriormente, a gestação na adolescência costuma ser condenável socialmente, já que a maioria das jovens que engravida é solteira, e frequentemente permanece nesta condição após o nascimento do bebê (BRANDÃO, 2006). Assim, de acordo com Heilborn (2006), a gravidez precoce passa a ser encarada como um problema social, já que a situação é associada a uma população específica, que busca por explicações e soluções para tal fato. Entretanto, é

interessante observar que esse evento, frequentemente punido moralmente pela sociedade, acontece exatamente porque a própria sociedade que discrimina é aquela que não consegue conversar diretamente sobre o assunto com seus adolescentes.

Villela (1999) lembra que a cultura tenta impor normas de como os indivíduos devem exercer sua sexualidade, que até poucas décadas atrás eram fortemente vinculadas às questões reprodutivas. De acordo com Brandão (2006), as altas taxas de fecundidade entre as camadas mais baixas da sociedade independem da idade de início da vida reprodutiva, assim como a pobreza não determina necessariamente a ocorrência de gravidez na adolescência.

Assim, Heilborn (2006) afirma que a gestação durante o período da adolescência não pode ser considerado um fenômeno recente, sendo o Brasil, um dos países que apresentou um aumento na taxa de fecundidade nesta parcela da população. Deve-se considerar que o aumento no número de gestações não ocorreu em decorrência do aumento da atividade sexual, mas sim devido as melhores condições de saúde na adolescência, aumentando assim a fecundidade feminina e diminuindo o número de abortos espontâneos (CUTRIGHT, 1972² *apud* TAQUETTE, 1997).

Portanto, é interessante analisarmos o trecho citado acima, no qual os autores afirmam um aumento no número de gestações durante a adolescência, negando a relação com o aumento da atividade sexual durante essa fase. Assim, é possível inferir que a crescente disponibilidade dos recursos de saúde, principalmente nas grandes cidades, foi um dos motivos para a promoção da saúde entre as adolescentes, principalmente durante a gravidez, considerada de risco durante essa faixa etária.

A gravidez na adolescência apresenta riscos físicos para a saúde da mãe e da criança. Dentre eles estão o aborto espontâneo, a prematuridade, os riscos no parto com possibilidade de evolução ao óbito, e riscos de má formação para a criança, também podendo evoluir ao óbito infantil. Outros riscos apontados por psicólogos e psiquiatras referem-se aos possíveis danos psicossociais que a

² CUTRIGHT, Phillips. The teenage sexual revolution and the myth of an abstinent past. **Fam. Plann. Perspect.**, v. 4, n. 1, p. 24-31, 1972.

gravidez durante esta etapa da vida pode ocasionar, tendo como principal diagnóstico o de imaturidade psicológica juvenil (HEILBORN, 2006).

Ao considerarmos como a gestação na adolescência é abordada, segundo Heilborn (2006), deve-se ter cuidado com a direção do discurso, já que, quando ele aborda questões psicológicas, facilmente torna-se moralizante, podendo condenar o adolescente durante este momento de vulnerabilidade que a gestação provocou. Dessa forma, a situação da gestação precoce nos reporta a uma prática razoavelmente frequente durante a década de 1920 no Brasil, quando o infanticídio era realizado principalmente entre jovens sozinhas, na tentativa de preservar a honra perante o nascimento de uma criança ilegítima (PERROT, 2003).

Assim, Pedro (2003b) afirma que os casos de infanticídio, durante o início do século XX, eram noticiados a fim de chocar mulheres e moças da época, que se encontravam na situação de uma gestação escondida e indesejada, e para alertar moças ainda solteiras, inferindo que apenas o casamento seria capaz de gerar filhos legítimos e desejados. Outra prática usada para manter a 'honra' da moça era o aborto, que não era considerado um ato tão 'criminoso' quanto o infanticídio, sendo praticada não somente por mulheres solteiras (e bastante jovens), como também por mulheres casadas e amedrontadas com o nascimento de mais um filho, entre os tantos que já tinha (PERROT, 2003).

Essas práticas de infanticídio e aborto sempre foram exercidas por mulheres de diferentes épocas, mesmo frente a forte repressão do Estado e da Igreja, sendo considerada uma forma rápida de controlar a fecundidade, mesmo que de grande risco físico e emocional à mulher.

A gravidez indesejada, principalmente aquela que era fruto de relacionamentos extraconjugais ou de adolescentes, levava as mulheres a tentar escondê-la por meio do uso de roupas largas, cintas apertadas e o pouco contato com pessoas que até então eram próximas (PEDRO, 2003b). Situação diferente da que acontece atualmente a uma adolescente grávida, já que a maioria ainda é dependente dos pais, divide a mesma moradia, e cuja dependência é financeira e emocional para a chegada de uma criança, sendo assim extremamente difícil esconder tal acontecimento.

As práticas de infanticídio e abortamento começaram a diminuir no momento em que o anticoncepcional oral começou a ser comercializado, assim como outras técnicas contraceptivas começaram a ser introduzidas nos sistemas de saúde.

Segundo Aquino, Araújo e Marinho (1999), a queda acentuada da fecundidade também teve como impulso o uso generalizado de métodos contraceptivos efetivos, com destaque para o anticoncepcional oral e a esterilização cirúrgica, sendo estes os mais utilizados pelas mulheres, no Brasil, durante este período.

Analisando os dados do DATASUS (BRASIL, 2008a), no ano de 1986, 43,5% das mulheres em idade reprodutiva utilizavam algum método contraceptivo, sendo que em 2006, esse número tinha aumentado para 67,8%. É interessante observar que, embora o maior percentual de usuárias de algum método contraceptivo esteja entre 30 e 44 anos, jovens entre 15 e 19 anos que também utilizavam algum método em 1986 era de 7,7%, aumentando este valor para 36,7% em um intervalo de 20 anos (BRASIL, 2008a).

Esses dados demonstram que o número de adeptas a algum tipo de método contraceptivo tem aumentado com o passar dos anos, especialmente entre as jovens adolescentes. Entretanto, é interessante salientar que os dados referem-se às mulheres brasileiras em geral, diferentemente dos dados apresentados anteriormente, no tema 'Métodos contraceptivos e anticoncepcional oral', que apresentava apenas a porcentagem de mulheres casadas em uso de algum método contraceptivo, no ano de 1986.

Entretanto, as autoras destacam que assim como aconteceu uma queda no número de filhos por mulher, esse dado não foi observado entre adolescentes, grupo no qual houve um aumento significativo de gestações (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999). Para se ter uma noção mais clara, a taxa de fecundidade total no Brasil em 1991 era de 2,73 filhos por mulher, sendo que em 2008, o número diminuiu para 1,84 filhos por mulher (BRASIL, 2008a). Ainda de acordo com o mesmo banco de dados, em 1994 ocorria cerca de 0,72% de nascimentos em jovens entre 15 e 19 anos, passando para 21,02% em 2004 e diminuindo para 18,98% em 2009, índice próximo ao da faixa etária de 20 a 24 anos, de 28,39%, sendo este o maior percentual encontrado.

A partir dos dados citados no parágrafo anterior, é visível o decréscimo na proporção de nascidos vivos entre adolescentes. É possível inferir que o aumento na porcentagem em 2004, seguido de um discreto declínio em 2009, seja fruto da implantação de equipes de Saúde da Família em áreas de maior vulnerabilidade social, promovendo estratégias de saúde mais eficazes para a mulher.

A liberdade sexual que os jovens têm vivenciado nas últimas décadas, faz com que os mesmos frequentemente se recusem a subordinar-se aos pais, bem como ao saber médico e seus métodos contraceptivos, considerados desnecessários pelos adolescentes, que se percebem 'imunes' aos problemas da vida de adulto (BRANDÃO, 2006). A mesma autora considera que a necessidade de ter os seus desejos concretizados instantaneamente, a tomada de decisões de forma espontânea e sem grandes reflexões, bem como a crença da invulnerabilidade caracterizam o adolescente e demonstram que, nesse estágio da vida, ele não tem grandes preocupações com o futuro, assim como também não tem planos concretos ou sequer acredita que algo de ruim lhe possa acontecer.

Para Brandão (2006), outros fatores que estão ligados à gravidez na adolescência são a precocidade da menarca, a exposição excessiva da sexualidade nos meios de comunicação, e a maior liberdade sexual não apenas entre jovens, mas também em outras faixas etárias. Conforme Taquette (1997), a falta afetiva do pai na vida da jovem também é vista frequentemente como um fator determinante para o comportamento sexual precoce e irresponsável, podendo acarretar em uma gestação durante a adolescência. Conforme esta autora, a necessidade por afeto pode levar a menina adolescente a entregar-se por completo à primeira figura masculina que lhe supra esta necessidade, sem importar-se com as possíveis consequências deste comportamento.

Heilborn (2006) lembra ainda que, além do pensamento mágico, há questões como a erotização precoce, a irresponsabilidade e a inexperiência, juntamente com a falta de autoridade e diálogo com os pais são considerados também fatores importantes para a evolução negativa dos costumes, o que resulta em situações indesejadas para o jovem, sua família e a sociedade.

Outro aspecto interessante que Brandão (2006) salienta sobre questões relacionadas à sexualidade precoce é que, a partir de diferentes pontos de vista, um fator que seria desencadeante dos problemas pode ter também uma conotação positiva, como a mídia que, assim como expõe os jovens precocemente à sexualidade também age como um canal de informações, assumindo um caráter protetor. A educação sexual, anteriormente ao planejamento familiar, deveria ser um instrumento mais acessível aos jovens, para que assim possam assumir responsabilidade consciente sobre seus atos e suas escolhas relacionadas aos métodos de contracepção e de proteção às DST/AIDS (HEILBORN, 2006).

É importante observar que, no Brasil, bem como em diversas partes do mundo, os costumes sexuais mudaram (HEILBORN, 2006), as relações sexuais pré-conjugais são aceitáveis atualmente e, portanto certos discursos acabam não considerando essa liberdade sexual conquistada. Heilborn (2006) afirma ainda que assim como temas referentes às relações mais íntimas não costumam serem abordadas diretamente ao jovem, questões sobre anticoncepção também ficam esquecidas.

Entretanto, as meninas continuam a ser culpabilizadas pela gestação, mesmo tendo igual ou mesmo menor, quantidade de informações referentes à contracepção que os meninos (HEILBORN, 2006). Segundo Brandão (2006), somente a partir da década de 1980 o pai adolescente passou a ser enfocado como parte intimamente relacionada à concepção (BRANDÃO, 2006).

Grande parte da ‘culpa’ pela gestação ainda recai sobre a menina. Frequentemente é acusada de ingenuidade, por não ter se preocupado com o uso de algum método contraceptivo, podendo receber adjetivos mais difamadores por parte das gerações mais antigas, que ainda acreditam no recato moral que as moças deveriam manter. Assim, o menino, que também deveria ter se preocupado com a contracepção acaba tendo a sua responsabilidade diminuída em relação ao ato, já o que o mesmo não irá evidenciar uma ‘marca do erro’ por nove meses.



Figura 5: Disponibilidade de métodos X comunicação ineficiente.
Fonte: <<http://blogdacorujinha.blogspot.com.br/2011/03/uma-visao-geral-dos-anticoncepcionais.html>>

Outro fator importante ao abordar temas relacionados à gestação, principalmente se ela for precoce, refere-se à morbidade reprodutiva. Tal evento ocorre durante o período reprodutivo e fora do intervalo obstétrico, diferentemente da morbidade materna e da morbidade da mulher, a fim de permitir a observação de dados mais específicos e fidedignos com a realidade (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999). Ainda de acordo com as mesmas autoras, dentre os diversos estudos na área da mulher, existe uma clara dificuldade em estabelecer limites que diferenciem saúde da mulher e saúde reprodutiva. O período reprodutivo feminino, considerado entre a faixa etária de 15 a 49 anos, pode ser recortado entre 10 e 44, permitindo assim que estudos consigam acompanhar o início precoce da vida sexual no Brasil (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999).

A partir da década de 1990 foi necessário um redirecionamento das políticas públicas de saúde voltadas à população jovem, devido ao aumento de casos de AIDS entre adolescentes, aumento no número de gestações em menores de dezoito anos (VILLELA, 1999), assim como o aumento de casos de morbidade reprodutiva principalmente nesta faixa etária, mesmo que em meio aos avanços na área da saúde.

Atualmente, programas nacionais como o Programa Saúde na Escola (PSE) tentam levar o conhecimento dos profissionais da área da saúde para dentro das escolas, abrindo um canal de comunicação para os jovens. Proporcionar um espaço que permita ao adolescente ter informações para a promoção da saúde mostra que as autoridades estão cientes dos problemas sociais que o tema abordado tem, não apenas para o jovem em si, mas para a sociedade.

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Durante a elaboração deste trabalho, procurei respostas para os meus questionamentos, principalmente, sobre o anticoncepcional oral, e como ele tem influenciado e modificado a vida da mulher desde o seu advento. Entretanto, o que pude perceber sobre o assunto, é que toda a história feminina encontrava-se em mutação mesmo antes do surgimento da pílula.

A constante busca por métodos que conseguissem controlar a fecundidade feminina data de tempos remotos. O uso de materiais naturais, métodos caseiros e totalmente controlados pela mulher sempre existiu, mas de uma forma silenciosa, na segurança da vida privada, ou no íntimo de suas escolhas pessoais. Além disso, práticas como o aborto e o infanticídio também eram realizadas pelas senhoras casadas e pelas moças desonradas, de forma totalmente velada.

A Igreja, a Medicina e a sociedade sempre tentaram controlar o corpo feminino, por meio de afirmações que exaltavam suas características reprodutivas e afirmavam que, embora as mulheres fossem capazes de perpetuar a espécie humana e aguentar as dores de parto, não eram aptas a trabalhar, a estudar ou mesmo a sentirem prazer durante o ato sexual. Essa condição de 'rebaixamento' garantia aos homens mulheres satisfeitas com sua condição e a legitimidade de seus herdeiros.

O cenário começa a mudar no momento em que o Estado passa a querer controlar fortemente questões que até então eram decididas entre os casais. O Movimento Natalista na França é um exemplo de interferência do governo no tamanho das famílias, porém sua fracassada tentativa de incitar os casais a terem mais filhos, foi derrubada por movimentos contrários e pela própria situação que o país se encontrava após o fim da I Guerra Mundial.

Com o passar dos anos, o medo do superpovoamento alarmou autoridades que novamente passaram a interferir nas questões reprodutivas, agora estimulando o uso de métodos contraceptivos, que até então estavam proibidos. A partir de então o cenário sexual e reprodutivo na França e em todo o mundo não voltaria mais a ser o mesmo. Em meios a esses debates, as próprias mulheres, mostraram sua voz e seu descontentamento com a forma como eram tratadas.

As feministas começaram a tomar parte das discussões sobre anticoncepção, que se estenderam para lutas a favor do direito feminino à educação, ao voto e também a possibilidade de serem donas de seus próprios corpos. O movimento começou a se associar a outros grupos de maior visibilidade, construindo assim bases que sustentassem suas reivindicações até esferas mais elevadas do poder. Em meio a tantas pressões, o anticoncepcional oral, que estava em fase de testes desde 1956, foi divulgado em 1961, sendo rapidamente difundido para países como os Estados Unidos, o Brasil e, também, a França.

Concomitantemente ao advento do anticoncepcional oral na década de 1960, a mulher passou a buscar pelo seu prazer sexual, independente da reprodução. O contato sexual antes do matrimônio passou a ser uma realidade, o que levou a modificações do que se pensava até o momento sobre namoro, e até mesmo criando novas categorias para definir o envolvimento corporal sem estar subordinado a algum tipo de compromisso futuro.

Em meio às transformações que a pílula trouxe, ou com as quais esteve proximamente relacionada, duas décadas foram suficientes para mudar e alarmar o mundo, principalmente com o surgimento de uma nova doença na década de 1980: a AIDS. Sendo assim, as conquistas obtidas através do anticoncepcional oral e sua efetividade quanto às questões reprodutivas, que excluem o homem dessas 'tarefas', se mostram ineficazes em questões de proteção à saúde da mulher em relação a doenças sexualmente transmissíveis.

Essa situação de vulnerabilidade feminina pode ser observada claramente no Brasil, onde os principais métodos escolhidos pelas mulheres são a esterilização e o anticoncepcional oral, vistos que nenhum oferece proteção ao contágio de DST. A disponibilidade de métodos de barreira, como o preservativo masculino e, mais atualmente, o preservativo feminino, são opções pouco utilizadas pelos casais, já que o uso costuma indicar falta de confiança, ou a infidelidade, ou mesmo provocando desentendimentos entre os parceiros, já que os homens ainda têm certa resistência a este e aos demais métodos de barreira.

Essas transformações 'recentes', se levamos em consideração que o advento da pílula se deu em 1961, aparentemente fez com que a juventude vivenciasse sua sexualidade mais precocemente, durante a adolescência. A concretização do ato sexual tem um valor simbólico ao jovem, mostrando que ele já está apto a ingressar na vida adulta, embora essa passagem, muitas vezes, ainda

aconteça em meio a uma situação de total dependência financeira e emocional dos pais.

A adolescência, fase da vida em que os jovens, maduros biologicamente, fazem escolhas e concretizam atos sem muita reflexão, com o intuito de sanar seus desejos de modo instantâneo, acaba revelando sua 'infantilidade' psicológica. A pressão dos amigos para que se tornem 'adultos' por meio do sexo, juntamente com a falta de diálogo sobre o tema com os pais são alguns dos fatores que levam o jovem a se expor precocemente à gravidez e às DST.

E assim pais, educadores e profissionais de saúde passam a culpar uns aos outros pela falta de informações dos adolescentes em relação ao sexo seguro, já que o receio de abordar o tema e incitá-los a manterem relações sexuais precocemente é maior.

Em meio a essa situação, a Enfermagem pode atuar nessas brechas nas quais a sociedade não tem conseguido se fazer presente. Os enfermeiros, principalmente aqueles que trabalham diretamente com a juventude em Unidades de Saúde ou escolas, têm uma possibilidade de abordar esse assunto. Conversar abertamente com os jovens sobre sexo seguro é uma forma de auxiliá-los nas suas escolhas; além de mostrar aos pais e cuidadores que manter silêncio em relação a temas 'polêmicos' não irá diminuir a curiosidade dos jovens em vivenciá-lo: apenas poderão praticá-lo sem nenhum tipo de 'instrução' confiável.

A Enfermagem também pode atuar junto aos pais dos adolescentes, que muitas vezes gostariam de falar abertamente com seus filhos sobre sexo, mas não encontram um caminho confortável para isso, ou mesmo informações adequadas sobre o assunto. O favorecimento dessa comunicação é de extrema importância para que os jovens saibam que há pessoas, e especialmente os próprios pais, interessados em que eles tomem os devidos cuidados em relação a sua sexualidade, indiferente das escolhas que farão.

Concluindo, o advento e a universalização do anticoncepcional trouxeram várias mudanças ao cenário reprodutivo brasileiro e internacional. É possível afirmar que as relações sexuais tendem a iniciar mais precocemente, mesmo que esse fato não possa ser categoricamente creditado ao fácil acesso à pílula, e que o número de gestações venha se mostrando em constante elevação entre as adolescentes até 2004, em um país cujo sistema de saúde permite o acesso universal e com uma disponibilidade de diversos métodos contraceptivos nos variados serviços de saúde.

Infelizmente, com seu pensamento mágico, típico da faixa etária, o jovem não se preocupa com tais questões, sendo necessários caminhos para direcioná-lo até essas informações.

Por meio deste estudo passei a ter conhecimentos sobre como a condição feminina sofreu mudanças ao longo da história, principalmente durante as últimas cinco décadas, consideradas um pequeno hiato na história da humanidade, informações essas que vi mais aprofundadamente neste trabalho. No meu futuro profissional me depararei com jovens, que podem ter suas adolescências modificadas pelo sexo desprotegido ou inconsequente, pela exposição às DST e, até mesmo, por gestações não planejadas e indesejadas. Espero como enfermeira, juntamente com outros profissionais, auxiliar a direcionar esses jovens, mostrando que os profissionais de saúde são uma fonte acessível para se buscar informações, e uma opção confiável de ajuda em suas necessidades.

Considero uma limitação do estudo a indisponibilidade de publicações mais recentes sobre o tema. Isto pode levar à inferência de que haja certo conhecimento tácito sobre a história da condição feminina ou que os métodos contraceptivos e a sexualidade feminina sejam temas de menor interesse nos últimos anos, especialmente os que apresentam uma abordagem social e comportamental. Assim, fica a sugestão de que novos estudos culturais sejam realizados com adolescentes e adultos jovens no Brasil, para efetivamente conhecer melhor seu comportamento sexual e contraceptivo.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023**: informação e documentação sobre a elaboração de referências. Rio de Janeiro, 2002.

ALVARENGA, Augusta Thereza; TANAKA, Ana Cristina D. Tecnologia e Medicalização na Concepção e Anticoncepção. *In*: DÍAZ, Juan; GALVÃO, Loren. (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

AQUINO, Estela Maria L., ARAÚJO, Thália V. B., MARINHO, Lilian F. B. Padões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARAÚJO, Herton E.; CAMARANO, Ana Amélia; CARNEIRO, Isabella G. Tendências da Fecundidade Brasileira no Século XX: uma visão regional. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sonia. O Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. *In*: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BARBOSA, Regina Helena S. AIDS e Saúde Reprodutiva: novos desafios. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BELO, Márcio A. V.; SILVA, João Luiz P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERQUÓ, Elza. Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Revista e Atualizada no Brasil. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

BRANDÃO, Elaine R. Gravidez na Adolescência: um balanço bibliográfico. *In*: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela R. (Orgs.). **O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 04 jun. 2012a.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BOZON, Michel; HEILBORN, Maria Luiza. Iniciação à Sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. *In*: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela R. (Orgs.). **O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANO, Maria Aparecida T.; FERRIANI, Maria das Graças C.; GOMES, Romeu. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 18-24, 2000.

CORRÊA, Sonia. “Saúde Reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DÍAZ, Juan; FERNANDES, Maria Eugênia L.; KALCKMANN, Suzana; PLUCIENNICK, Ana Maria A.; VIEIRA, Elisabeth M. Anticoncepção em Tempos de AIDS. *In*: DÍAZ, Juan; GALVÃO, Loren. (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

D’OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DHOQUOIS, Régine. O direito do trabalho e o corpo da mulher (França: séculos XIX e XX): proteção da produtora ou da reprodutora. *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GRIFFIN, Karen. Corpo e Conhecimento na Saúde Sexual: uma visão sociológica. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

HASSEN, Maria de Nazareth A. Da Visita Íntima na Prisão: a corporalidade negociada. *In*: LEAL, Ondina F. (Org.). **Corpo e Significado**: ensaios de antropologia social. Rio Grande do Sul: Editora da Universidade/UFRGS, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. *In*: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela R. (Orgs.). **O Aprendizado da Sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

KALCKMANN, Suzana. Métodos de Barreira Controlados pela Mulher. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

KAPLAN. Artigos. **50 anos da pílula anticoncepcional!** Disponível em: <http://www.kaplan.org.br/pesquisas_exibe.asp?id=32&tit=50%20anos%20da%20p%EDlula%20anticoncepcional!>. Acesso em: 12 jun. 2012.

LEI Nº4.121. **Dataprev – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1962/4121.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

LOWNDES Catherine M. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MATOS, Maria Izilda S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1980- 1930). *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

MOLINA, Aurelio. Laqueadura Tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003a.

_____. As representações do corpo feminino nas práticas contraceptiva, abortivas e no infanticídio – século XX. *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003b.

PERROT, Michelle. Os silêncios do corpo da mulher. *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

PINHEIRO, Verônica S. P. Repensando a maternidade na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 5, n. 1, p. 243-251, 2000.

PITANGUY, Jaqueline. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RIETH, Flávia. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes Antropológicos**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 17, p. 77-91, 2002.

SCHMITT-PANTEL, Pauline. “A criação da mulher”: um ardil para a história das mulheres? *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

TAQUETTE, Stella Regina. **Iniciação Sexual da Adolescente**: o desejo, o afeto e as normas sociais. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

THÉBAUD, Françoise. A política natalista no século XX: uma coação física? *In*: MATOS, Maria Izilda S.; SOIHET, Rachel (Orgs.). **O Corpo Feminino em Debate**. São Paulo: Unesp, 2003.

VIEIRA, Elisabeth M. A Medicalização do Corpo Feminino. *In*: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah H. (Orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

VILLELA, Wilza V. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. *In*: DÍAZ, Juan; GALVÃO, Loren. (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

APÊNDICE**Ficha de coleta de dados**

Periódico/Documento	
Editora	
Data (mês/ano)	
Tipo de Material	
Autoria	
Resumo/Principais Itens	

ANEXO A**Registro no sistema de pesquisa da UFRGS****Pesquisador:****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 22227**Título:** ANTICONCEPCIONAL ORAL: alterações do cenário sexual e reprodutivo brasileiro**Área do Conhecimento:** Enfermagem Obstétrica**Início:** 05/02/2012**Previsão de conclusão:** 05/07/2012**Situação:** projeto em andamento**Origem:** Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Relacionar e analisar o advento e a universalização dos anticoncepcionais orais no Brasil com a idade do início das relações sexuais de mulheres e o número de gestações na adolescência.**Palavras-Chave**

Anticoncepção

Enfermagem

Gestação Na Adolescência

Equipe UFRGS**Nome:** Anne Marie Weissheimer**Participação:** Coordenador**Início:** 05/02/2012**Nome:** Roberta Manfro Lopes**Participação:** Pesquisador**Início:** 05/02/2012

ANEXO B

Lei 4.121: Estatuto da Mulher Casada

LEI Nº 4.121 - DE 27 DE AGÔSTO DE 1962 – DOU DE 3/9/62³

Dispõe sôbre a situação jurídica da mulher casada.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os artigos 6º, 233, 240, 242, 246, 248, 263, 269, 273, 326, 380, 393, 1.579 e 1.611 do Código Civil e 469 do Código do Processo Civil, passam a vigorar com a seguinte redação:

I

I - Código Civil

"Art. 6º São incapazes relativamente a certos atos (art. 147, nº I), ou à maneira de os exercer:

I - Os maiores de 16 e os menores de 21 anos (arts. 154 e 156).

II - Os pródigos.

III - Os silvícolas.

Parágrafo único. Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do País.

II

"Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos (arts. 240, 247 e 251).

Compete-lhe:

I - A representação legal da família;

II - a administração dos bens comuns e dos particulares da mulher que ao marido incumbir administrar, em virtude do regime matrimonial adotado, ou de pacto, antenupcial (arts. 178, § 9º, nº I, c, 274, 289, nº I e 311);

III - o direito de fixar o domicílio da família ressalvada a possibilidade de recorrer a mulher ao Juiz, no caso de deliberação que a prejudique;

IV - prover a manutenção da família, guardadas as disposições dos arts. 275 e 277".

III

"Art. 240. A mulher assume, com o casamento, os apelidos do marido e a condição de sua companheira, consorte e colaboradora dos encargos da família, cumprindo-lhe velar pela direção material e moral desta".

³ Foi mantida a grafia da época.

IV

"Art. 242. A mulher não pode, sem autorização do marido (art. 251):

- I - praticar os atos que êste não poderia sem consentimento da mulher (art. 235);
- II - Alienar ou gravar de ônus real, os imóveis de seu domínio particular, qualquer que seja o regime dos bens (arts. 263, ns. II, III e VIII, 269, 275 e 310);
- III - Alienar os seus direitos reais sôbre imóveis de outrem;
- IV - Contrair obrigações que possam importar em alheação de bens do casal".

V

"Art. 246. A mulher que exercer profissão lucrativa, distinta da do marido terá direito de praticar todos os atos inerentes ao seu exercício e a sua defesa. O produto do seu trabalho assim auferido, e os bens com êle adquiridos, constituem, salvo estipulação diversa em pacto antenupcial, bens reservados, dos quais poderá dispor livremente com observância, porém, do preceituado na parte final do art. 240 e nos ns. II e III, do artigo 242.

Parágrafo único. Não responde, o produto do trabalho da mulher, nem os bens a que se refere êste artigo pelas dívidas do marido, exceto as contraídas em benefício da família".

VI

"Art. 248. A mulher casada pode livremente:

- I - Execer o direito que lhe competir sôbre as pessoas e os bens dos filhos de leito anterior (art. 393);
 - II - Desobrigar ou reivindicar os imóveis do casal que o marido tenha gravado ou alegado sem sua outorga ou suprimento do juiz (art. 235, número 1);
 - III - Anular as fianças ou doações feitas pelo marido com infração do disposto nos números III e IV do art. 285;
 - IV - Reivindicar os bens comuns, móveis ou imóveis, doados ou transferidos pelo marido à concubina (art. 1.177).
- Parágrafo único. Êste direito prevalece, esteja ou não a mulher em companhia do marido, e ainda que a doação se dissimule em venda ou outro contrato;
- V - Dispor dos bens adquiridos na conformidade do número anterior e de quaisquer outros que possua, livres da administração do marido, não sendo imóveis;
 - VI - Promover os meios assecuratórios e as ações que, em razão do dote ou de outros bens seus, sujeitos à administração do marido, contra êste lhe competirem;
 - VII - Praticar quaisquer outros atos não vedados por lei".

VII

"Art. 263. São excluídos da comunhão:

- I - As pensões, meios soldos montepios, tenças, e outras rendas semelhantes;
- II - Os bens doados ou legados com a cláusula de incomunicabilidade e os sub-rogados em seu lugar;

III - Os bens gravados de fideicomisso e o direito do herdeiro fideicomissário, antes de realizar a condição suspensiva;

IV - O dote prometido ou constituído a filhos de outro leito;

V - O dote prometido ou constituído expressamente por um só dos cônjuges a filho comum;

VI - As obrigações provenientes de atos ilícitos (art. 1.518 e 1.532);

VII - As dívidas anteriores ao casamento, salvo se provierem de despesas com seus aprestos, ou reverterem em proveito comum;

VIII - As doações antenupciais feitas por um dos cônjuges ao outro com a cláusula de incomunicabilidade (art. 312);

IX - As roupas de uso pessoal, as jóias esponsalícias dadas antes do casamento pelo espôso, os livros e instrumentos de profissão e os retratos da família;

X - A fiança prestada pelo marido sem outorga da mulher (artigos 178, § 9º, nº I alinea *b*, e 235 nº III);

XI - Os bens da herança necessária, a que se impuser a cláusula de incomunicabilidade (art. 1.723);

XII - Os bens reservados (art. 246, parágrafo único);

XIII - Os frutos civis do trabalho ou indústria de cada cônjuge ou de ambos".

VIII

"Art. 269. No regime de comunhão limitada ou parcial, excluem-se da comunhão:

I - Os bens que cada cônjuge possuir ao casar, e os que lhe sobrevierem, na constância do matrimônio por doação ou por sucessão;

II - Os adquiridos com valores exclusivamente pertencentes a um dos cônjuges em sub-rogação dos bens particulares;

III - Os rendimentos de bens de filhos anteriores ao matrimônio, a que tenha direito qualquer dos cônjuges em consequência do pátrio poder;

IV - Os demais bens que se consideram também excluídos da comunhão universal".

IX

"Art. 273. No regime da comunhão parcial presume-se adquiridos na constância do casamento os móveis, quando não se provar com documento autêntico, que o foram em data anterior".

X

"Art. 326. Sendo desquite judicial, ficarão os filhos menores com o cônjuge inocente.

§ 1º Se ambos os cônjuges forem culpados ficarão em poder da mãe os filhos menores, salvo se o juiz verificar que de tal solução possa advir prejuízo de ordem moral para eles.

§ 2º Verificado que não devem os filhos permanecer em poder da mãe nem do pai deferirá o juiz a sua guarda a pessoa notoriamente idônea da família de qualquer dos cônjuges ainda que não mantenha relações sociais com o outro a quem, entretanto, será assegurado o direito de visita".

XI

"Art. 380. Durante o casamento compete o pátrio poder aos pais, exercendo-o o marido com a colaboração da mulher. Na falta ou impedimento de um dos progenitores, passará o outro a exercê-lo com exclusividade.

Parágrafo único. Divergindo os progenitores quanto ao exercício do pátrio poder, prevalecerá a decisão do pai, ressalvado à mãe o direito de recorrer ao juiz, para solução da divergência".

XII

"Art. 393. A mãe que contrai novas núpcias não perde, quanto aos filhos de leito anterior os direitos ao pátrio poder, exercendo-os sem qualquer interferência do marido.

XIII

"Art. 1.579. Ao cônjuge sobrevivente, celebrado sôbre regime da comunhão de bens cabe continuar até a partilha na posse da herança com o cargo de cabeça do casal.

§ 1º Se porém o cônjuge sobrevivente fôr a mulher, será mister, para isso que estivesse vivendo com o marido ao tempo de sua morte, salvo prova de que essa convivência se tornou impossível sem culpa dela.

§ 2º Na falta de cônjuge sobrevivente, a nomeação de inventariante, recairá no co-herdeiro que se achar na posse corporal e na administração dos bens. Entre co-herdeiros a preferência se graduará pela idoneidade.

§ 3º Na falta de cônjuge ou de herdeiro, será inventariante o testamenteiro".

XIV

"Art. 1.611. Em falta de descendentes e ascendentes, será deferida a sucessão ao cônjuge sobrevivente, se, ao tempo da morte do outro, não estavam desquitados.

§ 1º O cônjuge viúvo se o regime de bens do casamento não era o da comunhão universal, terá direito, enquanto durar a viuvez, ao usufruto da quarta parte dos bens do cônjuge falecido, se houver filho dêste ou do casal, e à metade se não houver filhos embora sobrevivam ascendentes do "*de cujus*".

§ 2º Ao cônjuge sobrevivente, casado sob o regime da comunhão universal, enquanto viver e permanecer viúvo será assegurado, sem prejuízo da participação que lhe caiba na herança, o direito real de habilitação relativamente ao imóvel destinado à residência da família, desde que seja o único bem daquela natureza a inventariar".

II - Código do Processo Civil.

XV

"Art. 469. A nomeação de inventariante recairá:

I - No cônjuge sobrevivente quando da comunhão o regime do casamento, salvo se, sendo a mulher não estivesse, por culpa sua, convivendo com o marido ao tempo da morte dêste;

II - No herdeiro que se acha, na posse de administração dos bens, na falta de cônjuge sobrevivente ou quando este não puder ser nomeado;

III - No herdeiro mais idôneo, se nenhum estiver na posse dos bens;

IV - No testamentário quando não houver cônjuge ou herdeiro, ou quando o testador lhe conceder a posse e a administração da herança por não haver cônjuge ou herdeiro necessário;

V - Em pessoa estranha na falta de cônjuge, herdeiro ou testamentário onde não houver inventariante judicial".

Art. 2º A mulher tendo bens ou rendimentos próprios, será obrigada, como no regime da separação de bens (art. 277 do Código Civil), a contribuir para as despesas comuns, se os bens comuns forem insuficientes para atendê-las.

Art. 3º Pelos títulos de dívida de qualquer natureza, firmados por um só dos cônjuges, ainda que casado pelo regime de comunhão universal, somente responderão os bens particulares do signatário e os comuns até o limite de sua meação.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 27 de agosto de 1962; 141º da Independência e 74º da República.

JOÃO GOULART
Francisco Brochado da Rocha
Cândido de Oliveira Neto