

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

CLESIANE MONISE VITAL DE FRANÇA

**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO E AS RELAÇÕES DE
GÊNERO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

MACEIÓ
2014

CLESIANE MONISE VITAL DE FRANÇA

**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUIVO E AS RELAÇÕES DE
GÊNERO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção de título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidados dos Grupos Humanos

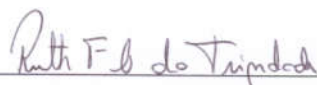
Orientadora: Profa. Dra. Ruth França Cizino da Trindade

MACEIÓ
2014

CLESIANE MONISE VITAL DE FRANÇA

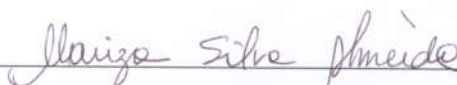
Comportamento sexual e reprodutivo e as relações de gênero: Um estudo transversal

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 18 de março de 2014.

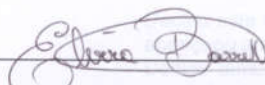


Dr^a Ruth França Cizino da Trindade, Universidade Federal de Alagoas-Orientadora

Banca examinadora:



Dr^a Mariza Silva Almeida, Universidade Federal da Bahia



Dr^a Elvira Simões Barreto, Universidade Federal de Alagoas

Dedico este trabalho a Deus, que sempre abençoou a minha vida.

Dedico também aos meus pais, pessoas exemplares, responsáveis pela minha educação e que tornaram possível o plano de Deus para a realização dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento e, sem dúvida, faz parte dessa conquista. Esse é o momento de reconhecer quem foi importante e contribuiu para que esse objetivo fosse alcançado.

Agradeço, primeiramente, a Deus por iluminar todos os meus passos e me guiar ao longo dessa jornada, sempre me fazendo trilhar bons caminhos;

À minha mãe, Joseane, companheira fiel, minha amiga, que sempre esteve disponível para ouvir meus desabafos constantes ao longo desse início de percurso profissional;

Ao meu pai, Clédson, homem íntegro, guerreiro, que sempre se esforçou para me proporcionar a melhor educação possível e que tanto sonhou e caminhou junto a mim nas etapas mais importantes da minha vida;

Ao meu noivo, João Eder, que sempre esteve comigo nos momentos bons e ruins que marcaram esse período. Sua presença e seu apoio foram importantes demais para mim;

A toda minha família e amigos, ao meu irmão Cássio por aguentar minhas reclamações durante essa etapa, à minha irmã Marcele, que mesmo nova e sem compreender o estudo sempre me ajudou da forma que pudesse para o alcance desse objetivo.

Aos meus colegas da segunda turma de mestrado da Universidade Federal de Alagoas com os quais convivi por quase dois anos e tive a honra de participar junto a eles de uma das turmas pioneiras de Mestrado no Estado, marco para a Enfermagem alagoana. Estou certa de que levarei por toda a minha vida sinceras amizades;

À minha orientadora, Ruth, que sempre me motivou e esteve presente fazendo o melhor para que concluísse esse estudo;

Às minhas professoras que contribuíram significativamente para meu amadurecimento profissional e meu crescimento como pessoa e como pesquisadora;

Às professoras da banca examinadora que muito contribuíram com sugestões e críticas durante a qualificação e que foram certamente fundamentais para o aprimoramento do estudo;

Ao Gabriel, jovem mestrando em Psicologia, muito esperto com números, que tanto me ajudou na análise estatística dos dados. Obrigada!

Aos membros do grupo de pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade pela participação e dedicação em todas as etapas da pesquisa, em especial durante a coleta de dados;

Ao CNPQ, pelo auxílio financeiro destinado à pesquisa como um todo, viabilizando todas as etapas realizadas;

À instituição Fapeal/CAPES, pelo auxílio financeiro durante parte da pesquisa destinado a mim como pesquisadora.

O Homem e a Mulher

O homem é a mais elevada das criaturas.

A mulher, o mais sublime dos ideais.

Deus fez para o homem um trono; para a mulher fez um altar.

O trono exalta e o altar santifica.

O homem é o cérebro; a mulher, o coração. O cérebro produz a luz; o coração produz amor. A luz fecunda; o amor ressuscita.

O homem é o gênio; a mulher é o anjo. O gênio é imensurável; o anjo é indefinível;

A aspiração do homem é a suprema glória; a aspiração da mulher é a virtude extrema; A glória promove a grandeza e a virtude, a divindade.

O homem tem a supremacia; a mulher, a preferência. A supremacia significa a força; a preferência representa o direito.

O homem é forte pela razão; a mulher, invencível pelas lágrimas.

A razão convence e as lágrimas comovem.

O homem é capaz de todos os heroísmos; a mulher, de todos os martírios. O heroísmo enobrece e o martírio purifica.

O homem pensa e a mulher sonha. Pensar é ter uma larva no cérebro; sonhar é ter na fronte uma auréola.

O homem é a águia que voa; a mulher, o rouxinol que canta. Voar é dominar o espaço e cantar é conquistar a alma.

Enfim, o homem está colocado onde termina a terra; a mulher, onde começa o céu.

(Victor Hugo: 1802- 1885)

RESUMO

França, CM.V. Comportamento sexual e reprodutivo: Uma análise das relações de gênero. Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia, 2014.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o comportamento sexual e reprodutivo e as relações de gênero intrínsecas na vida de homens e mulheres da cidade de Maceió, Alagoas. Propõe-se analisar as diferenças de gênero presentes na conjugalidade em diversos aspectos do comportamento sexual e reprodutivo. Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa em que os participantes foram homens e mulheres de 20 a 49 anos em amostra que considera um erro amostral de 5%, os quais foram selecionados a partir dos 50 bairros da cidade. A amostra final foi de 800 pessoas. Os instrumentos de coleta de dados foram dois formulários estruturados. A coleta de dados ocorreu no ano de 2012 até janeiro de 2013. Os dados foram analisados através de pacote estatístico. Os resultados foram: os casais estão se unindo em torno dos 23 anos, sendo 22 para as mulheres e 24 para os homens, possuem uma média de união de 12 anos, 58% dos participantes não utilizam métodos contraceptivos, por motivos como desconforto, confiança no parceiro, por já terem realizado método definitivo, dentre outros. Os preservativos são utilizados de forma descontínua pelos casais. No que se refere à autonomia, ou maior responsabilidade para a escolha dos métodos, as mulheres se mostraram com maior poder de decisão sobre a escolha, $p=0,000$, $d=1,17$. Dentre os principais métodos utilizados está a pílula anticoncepcional, 19% e preservativo masculino, 9,6%. O motivo mais relatado para a união foi o amor e a paixão, sendo o último mais relatado pelos homens. A variável sexo mostrou significância estatística quando associada à idade da união, a autonomia ou maior responsabilidade para a escolha do método contraceptivo na relação atual. As diferenças de gênero são evidentes no comportamento sexual de mulheres e homens e isso se deve principalmente ao processo de socialização que as pessoas vivenciam ao longo de suas vidas. Para os homens, o instinto sexual e a afirmação da masculinidade são importantes nas relações sexuais, embora alguns homens estejam valorizando o envolvimento afetivo-amoroso. Há a necessidade de ampliar a discussão sobre as trajetórias afetivo-sexuais devido à importância que estas relações possuem em ditar o comportamento sexual e reprodutivo dos casais na perspectiva das medidas preventivas e de um efetivo planejamento reprodutivo. A conscientização dos homens se faz importante e não apenas a liderança feminina na condução do relacionamento. O desafio maior encontra-se no entendimento de que o comportamento sexual e reprodutivo é fruto da construção de identidades de gênero para o homem e para a mulher. As estratégias educativas devem ser oferecidas continuamente, e a partir do envolvimento do setor saúde e de outras áreas.

Palavras-chave: Comportamento Sexual. Gênero. Saúde sexual e reprodutiva. Enfermagem.

ABSTRACT

France, CM.V. Sexual and reproductive behavior: An analysis of gender relations. Federal University of Alagoas. School of Nursing and Pharmacy, 2014.

This research aims to study the sexual and reproductive behavior and gender relations inherent in the lives of men and women of the city of Maceió, Alagoas. Proposes to examine gender differences in marital gifts in various aspects of sexual and reproductive behavior. Descriptive research with quantitative approach in which participants were men and women aged between 20 and 49 years in sample that considers a sampling error of 5%, which were selected from the 50 districts of the city. The final sample consisted in 800 people. The instruments for data collection were two structured forms. Data collection occurred from the year of 2012 until January 2013. Data were analyzed using statistical package. The results were: couples are uniting around 23 years; 22 for women and 24 men, having an average of marriage, 58% of the participants don't use contraceptive methods for reasons such as discomfort, trust the partner, because they have already done definitive method, among others. Condoms are used discontinuously by couples. Regarding the autonomy to choose the methods, women showed greater power of decision on the choice, $p=0,000$, $d=1,17$. The main methods used are the pill, 19%, and condoms, 9,6%. The most reported reason for marriage was love and passion, the last one being most often reported by men. The sex variable showed statistical significance when associated with age at marriage, the autonomy to choose the contraceptive method in current relationship. Gender differences are evident in the sexual behavior of women and men and this is mainly due to the socialization process that people experience in their lives. For men, the sexual instinct and the assertion of masculinity are important in sexual relations, although some men are valuing the emotional-romantic involvement. There is a need to broaden the discussion on the affective-sexual trajectories due to the importance that these relationships have in dictating sexual and reproductive behavior of couples in the perspective of preventive measures and an effective reproductive planning. The awareness of men becomes important and not just female autonomy in the relationship. The biggest challenge lies in understanding that the sexual and reproductive behavior is the result of the construction of gender identities for men and women. Educational strategies should be offered continuously and from the involvement of the health sector and other areas.

Keywords: Sexual Behaviour. Genus. Sexual and reproductive health. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Descrição das Regiões Administrativas (RA) e bairros da cidade de Maceió, Alagoas. 2012.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra estudada. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 2 – Média, desvio-padrão, valor máximo e mínimo, erro padrão da idade (em anos) em que se deu a união na relação atual, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 3 – Média, mediana, desvio-padrão, valor máximo e mínimo (em anos) do tempo de união na relação atual, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 4 – Tempo de relacionamento: Média, desvios padrões, teste t e probabilidade em função do sexo.¹. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 5 – Utilização de métodos contraceptivos: porcentagem, média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹ Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 6 – Número e frequência dos/as entrevistados/as (n=464), segundo o motivo do não uso de método contraceptivo na relação sexual atual. Maceió, Alagoas. 2012.

Tabela 7 – Frequência de utilização dos principais tipos de método contraceptivo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 8 – Média, Desvio Padrão, Mínimo-máximo, Erro padrão e IC95% sobre o uso da camisinha, por sexo, Maceió, 2012.

Tabela 9 – Frequência, média, desvio padrão, mínimo-máximo, erro padrão, IC95% sobre a decisão de utilização do método, por sexo, Maceió- AL.

Tabela 10 – Autonomia sobre a escolha da utilização de métodos contraceptivos (A.M.C.): Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹ Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 11 – Frequência da motivação para iniciar o relacionamento, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 12 – Frequência da motivação para manter o relacionamento, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 13 – Distribuição sobre a necessidade de manter relações sexuais na visão do parceiro. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 14 – Ocorrência e Média de relação extraconjugal, por sexo. Maceió, 2012.

Tabela 15 – Relacionamentos extraconjugais (R.E.): Média, desvios padrões, valores de probabilidade em função do sexo.¹

Tabela 16- Utilização de preservativo masculino nas relações extraconjugais, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Tabela 17 – Número e frequência dos/as entrevistados/as (n=800) que engravidaram, segundo desejo de gravidez durante a relação conjugal. Maceió, Alagoas. 2012.

Tabela 18- Média, Desvio Padrão, Mínimo-Máximo, Erro Padrão e IC95%, segundo desejo de gravidez na relação atual, por sexo. Maceió, 2012.

Tabela 19 – Número e frequência dos/as entrevistados/as (n= 800), segundo planejamento de gravidez durante a relação conjugal, por sexo. Maceió, Alagoas. 2012.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVO DO ESTUDO.....	20
4. REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1 CAPÍTULO 1	21
4.2. DA CONJUGALIDADE AO CASAMENTO: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS	37
4.3 – PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA	50
5. METODOLOGIA.....	70
5.1 TIPO DO ESTUDO	70
5.2. LOCAL DO ESTUDO	70
5.3 ASPECTOS ÉTICOS	72
5.5 AMOSTRA	74
5.5.1 Tamanho da amostra	74
5.5.2 Plano Amostral	75
5.6. COLETA DE DADOS	76
5.6.1. Seleção dos domicílios	76
5.6.2. Aproximação dos sujeitos	78
5.6.3. Instrumento de coleta de dados	78
5.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO	79
5.7. TRATAMENTO DOS DADOS	79
5.8 SUPORTE TEÓRICO	80
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO EM ESTUDO	81
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CASAIS DO ESTUDO NA VIVÊNCIA DA CONJUGALIDADE.....	82
6.3 COMPORTAMENTO SEXUAL DO GRUPO ESTUDADO	85
6.3.1 Uso de métodos contraceptivos	85
6.3.2 Relacionamento conjugal.....	99
6.3.3 Relacionamento extraconjugal.....	107
6.5 COMPORTAMENTO REPRODUTIVO	113

6.6 ANÁLISE DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DOS CASAIS	115
CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS.....	125

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o comportamento sexual e reprodutivo e suas relações de gênero. O planejamento familiar como direito universal faz parte de estratégias importantes para o exercício dos direitos reprodutivos, e, por conseguinte, dos direitos sexuais, dentro da teoria dos direitos. Esse é um tema que vai além do nível individual; ele faz parte das agendas de políticas públicas, de organizações não governamentais, intersetoriais, do movimento social feminista e da mídia. Assim, a saúde reprodutiva é um direito universal e consagrado pelas Nações Unidas, compreendido como o direito do indivíduo de conceber filhos (as) quando desejar. Tendo isso em vista, governos vêm investindo, discutindo e implantando medidas no intuito de efetivar os direitos reprodutivos dos cidadãos e cidadãs. Mas, o que se observa é uma problematização da relação mecânica entre sexualidade e reprodução, de modo a constituir-se em uma autonomia relativa de ambos, homens e mulheres nesse processo. A falta de empoderamento e tomada de decisão é notória.

A dinamicidade da sociedade abrange diversos aspectos, como os sociais, econômicos e culturais que influenciam nas transformações do comportamento sexual e reprodutivo, e que sofrem a influência de múltiplas dimensões sociais tais como: a família, a religião, amigos, mídia e sociedade. Esses são elementos constitutivos desse processo, resultantes das questões de gênero que sempre colocaram homens e mulheres em situação de desigualdade no seu exercício de vida.

Ávila (2003) caracteriza os direitos sexuais como sendo a igualdade e a liberdade no exercício da sexualidade, sem discriminação ou coerção, o que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e, consequentemente, da vida democrática. O direito reprodutivo corresponde à tomada de decisão de forma livre e responsável, mediante o acesso esclarecimento às informações e aos meios que dizem respeito ao próprio comportamento reprodutivo.

A efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos tem como etapa a convergência entre as necessidades apresentadas, a oferta de assistência e os

recursos oferecidos pelos serviços de saúde, relacionados à reprodução humana de modo integral.

De modo geral, identifica-se que os serviços públicos de saúde falham em abranger e abarcar a união dos conceitos de gênero, sexualidade e reprodução, e, assim, dificultam a sua operacionalização por meio de políticas públicas relacionadas aos direitos sexuais. Tendo em vista a existência dessa dificuldade, é notória a necessidade de diferenciar as relações de gênero, sexualidade e reprodução. A distinção entre esses conceitos é importante para sedimentar os princípios dos direitos reprodutivos, a fim de se resgatar a possibilidade de libertação da sexualidade, assim como é um passo crítico para identificar, aceitar e tornar visível o agenciamento sexual, o erotismo e o prazer das mulheres que foram, de algum modo, submergidos na lógica do poder e na dominação dos sistemas de gênero (CORREA, 1999).

Nesse sentido, aborda-se a sexualidade, reprodução e o gênero ao longo da pesquisa, esse último é visto como um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o primeiro modo de dar significado às relações de poder (Scott, 1995).

O serviço de planejamento reprodutivo é o serviço que tem por objetivo o resgate da integralidade. Contudo, as diversas implicações inerentes à regulação da fertilidade humana têm sido um tema polêmico, vinculadas a questões demográficas, religiosas, morais e éticas. Cabe ressaltar, ainda, que a atenção em planejamento reprodutivo deve se dar no âmbito da atenção integral à saúde de mulheres e homens, adultos/as e adolescentes (BRASIL, 2006).

Esse serviço compõe um conjunto de ações direcionadas à regulação da fecundidade que garanta direito igual de constituição, restrição ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Ele é considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido desde 1968, pela Organização das Nações Unidas (ONU). O governo brasileiro, somente em 1996, aprova a Lei nº 9.263, sobre o Planejamento Familiar, que assegura a oferta dos métodos de concepção e contracepção, a fim de não se colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, especialmente mulheres em idade reprodutiva, de modo a

garantir a liberdade de opção de como proceder a anticoncepção (TRINDADE, 2008).

Os serviços voltados ao atendimento à saúde reprodutiva deve oferecer à população informação, orientação, instrumentos para a tomada de decisões reprodutivas, para a autorregulação da fecundidade, e atender à maternidade, à concepção assistida, à esterilização e outros. O conceito de saúde reprodutiva foi definido pela Conferência de População do Cairo em 1994 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (UNFPA & CNPD, S.D, 1995, p.25). Esse documento da Conferência ressalta que a saúde reprodutiva implica a satisfação e a segurança da vida sexual de cada indivíduo, pela defesa da autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve exercer esse direito, e, dessa forma, ser protagonista de sua vida.

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente, tradicionalmente, tratado como “saúde da mulher”. Vale destacar que, em princípio, o atendimento à saúde reprodutiva dirige-se a homens e mulheres, e, diante das diferenças existentes com base no biológico, são enfatizadas as diferenças de gênero presentes no processo da reprodução, e essas tornam-se o foco principal no atendimento.

Ainda nesse aspecto, é observado que com o advento da modernidade e de suas conquistas tecnológicas, sobretudo no campo da contracepção, e mais recentemente da concepção, as mulheres passaram a ter maior possibilidade na escolha da maternidade. Abriu-se espaço, pois, para a criação do dilema de ser ou não ser mãe; um dos elementos que viabilizou essa escolha foi a contracepção moderna (SCAVONE, 2001). Nesse sentido, embora se possa observar o protagonismo das mulheres em relação à reprodução, o homem também deve tornar-se, ser partícipe no processo reprodutivo.

Logo, observa-se a importância de estudos sobre as influências de gênero nos aspectos da saúde reprodutiva, abordando-se o contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, em que a presença ativa do casal é de grande importância.

2. JUSTIFICATIVA

O estudo justifica-se pela ausência de pesquisas com essa magnitude e que tragam a abordagem de gênero na discussão sobre a sexualidade na realidade do Estado de Alagoas, e, também, pela possibilidade de pesquisas populacionais dessa natureza mostrarem resultados que permitam subsidiar intervenções, quando aliados a outras investigações, em cima dos problemas desencadeados pelas desigualdades de gênero postas na sociedade ocidental.

O interesse pela temática com assuntos relacionados à saúde da mulher ocorreu desde o início da vida acadêmica, como aluna; sempre foram atrativos e intrigantes os aspectos relacionados ao comportamento sexual e principalmente reprodutivo. A motivação maior para o desenvolvimento do estudo se deu no período da experiência profissional como residente em saúde da mulher e, posteriormente, como enfermeira obstetra numa maternidade de alto risco da cidade de Maceió (Hospital Escola Santa Mônica), quando a maioria das parturientes relatou o não planejamento dos seus filhos que estavam por vir ao mundo. Apesar de a referida maternidade ser referência para todo o estado, grande parte das mulheres provenientes da capital referiu não ter planejado a concepção atual; esse fato evidencia que o comportamento reprodutivo divergia do desejo sobre a reprodução. Desse modo, foi despertada a motivação pelo estudo, para analisar se ocorrem dificuldades na contracepção e quais as relações de gênero envolvidas nesse processo.

É naquele hospital que também se concentra um grande número de atendimentos a mulheres com quadro de graves complicações resultantes de abortos provocados, advindos de uma gravidez indesejada. Perguntava-se sobre a ineficácia do serviço de planejamento familiar em não lograr evitar uma gravidez quando esta não está sendo desejada. Também, no hospital pesquisado, foi possível identificar as danosas consequências para as crianças nascidas de gestações indesejadas, assim como para as mães, frequentemente muito jovens, imaturas e despreparadas. Por essa razão, foi despertado o interesse em estudar o comportamento sexual e reprodutivo de parte dos casais da cidade de Maceió sob à luz da teoria de gênero.

Dessa forma, a realização deste estudo também proporcionará o conhecimento sobre questões relacionadas à sexualidade, conjugalidade, infidelidade, gênero e reprodução na cidade de Maceió, na expectativa de favorecer uma leitura fidedigna e aprofundada da realidade apresentada, com possibilidades de intervenção pelos serviços públicos de saúde e gestores.

Outro ponto que justifica o estudo é que à medida que se estuda o comportamento sexual e reprodutivo em que as relações de gênero assumem a base da discussão dos resultados pode-se apreender o impacto profundo nas escolhas dos relacionamentos conjugais, fatores emocionais envolvidos, uso de métodos contraceptivos e fatores sociais e econômicos envolvidos, variáveis importantes que são influenciadas pelas questões de gênero.

Sendo assim, este estudo pretende responder à seguinte questão norteadora da pesquisa: quais as diferenças de gênero presentes no comportamento sexual e reprodutivo de mulheres e homens em relações conjugais heterossexuais?

3. OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo deste estudo consiste em analisar o comportamento sexual e reprodutivo com base nas relações de gênero, em parte dos casais da cidade de Maceió.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CAPÍTULO 1

4.1 Sexualidade e reprodução: saberes em constante construção

Sexualidade é um assunto complexo, controverso, de difícil conceituação; tem sido permeado por tabus, repressões, distorções e utilizado como sinônimo de genitalidade e de reprodução; serve para dar vazão a sentimentos elevados como o amor. Sua conceituação se dá a depender do ponto de vista considerado, seja o psicológico, o antropológico, o sociológico, dentre outros (SILVA, 1997).

No senso comum, a sexualidade tem como sinonímia a genitalidade, da mesma forma que a vida sexual é tida como equivalente à relação sexual. Freud (1997) dá ao termo um significado bem mais amplo, de maneira a situar a sexualidade tanto aquém como além do ato sexual, ao preferir o uso da psicosexualidade e o emprego do termo em língua alemã "lieben" (amar). O significado da sexualidade vai além da reprodução ao identificar o instinto sexual já na infância e detectar a presença dos germes dos impulsos sexuais no/a recém-nascido/a; contempla a homossexualidade, e a sublimação. Bearzoti (1993) aponta que uma parte das dificuldades sobre a sexualidade decorre do fato de serem os instintos do organismo um tema também complexo e controvertido.

Bearzoti (1993) traz uma junção de escritos de Freud e elabora um conceito sobre sexualidade. Nesse sentido, tem-se a energia vital instintiva direcionada ao prazer, passível de variações quantitativas e qualitativas, vinculada à homeostase, à afetividade, às relações sociais, às fases do desenvolvimento da libido infantil, ao erotismo, à genitalidade, à relação sexual, à procriação e à sublimação.

Com o conceito mencionado, é possível observar como Freud era atento às diversas influências do universo que pudessem se relacionar à sexualidade,

desde a energia ao equilíbrio do organismo, com flutuações quantitativas, a depender do nível de desejo, relacionado ao afeto, ao amor. O autor considerava o contexto social e suas relações todo o ciclo vital, da infância à velhice, ao abordar a excitação, erotismo, a própria forma de relação sexual e a reprodução, não como finalidade das relações sexuais. Ele dispõe a procriação, em algumas circunstâncias, como fruto das relações sexuais, e afirma que a sublimação é quando o ser humano consegue desviar a libido por algum tipo de motivação maior.

A sexualidade para Boechat e Castro (2000, p. 4) “é o conjunto dos fenômenos da vida sexual. Um conjunto de sentimentos, ligados a sensações e comportamentos que une as pessoas, envolvendo a emoção, o afeto e a energia”. A visão da sexualidade conceituada por Panizza (1987) também converge com a de Suplicy (1994), ao destacar que se acredita no sexo como função biológica natural e condena, por isso, a maioria das atitudes sociais, em relação à sexualidade, visto que se manifestam de forma irracional, baseadas na culpa e na repressão, o que leva a consequências negativas para o indivíduo na sua convivência social. Essa dimensão tem como respaldo o complexo padrão de cultura, oriundo do processo reinante na família e/ou sociedade na qual as pessoas vivem, expresso geralmente por crenças, valores, comportamentos originários de fatores sociais, civilizatórios e, até mesmo, intelectuais.

O aspecto cultural é considerado pelas sociedades ocidentais, particularmente o Brasil, como importante fator responsável pelas polêmicas discussões referente à sexualidade, apoiada por fundamentos que reforçam atitudes preconceituosas. A perspectiva religiosa também contribuiu para uma sociedade ainda machista e discriminatória. Em contrapartida, a revolução sexual proporcionou a divulgação de uma nova moral, estimulou os jovens para a vida sexual ativa, mas não preparou a sociedade para receber essas mudanças (CONCEIÇÃO, 1998).

A sexualidade, portanto, está presente em toda a vida e está circunscrita a um contexto histórico, social, cultural, concreto, determinado pelos costumes, tradições e valores, já que, apesar de mudanças ocorridas para tentar solucionar esses problemas, pouco foi conseguido, pois a sociedade não teve

nenhuma preparação para enfrentar essa revolução sexual. Nesse sentido, Batista (2010) define cultura como um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendido, partilhado e transmitido, que orienta o pensamento, as decisões e ações, de maneira padronizada, de forma que haja harmonia (BATISTA, 2010).

Tal assertiva é compartilhada por Goellner (2003), ao afirmar que o corpo é pensado como algo produzido na e pela cultura e é, simultaneamente, um desafio e uma necessidade. Um desafio, porque rompe de certa forma com o olhar naturalista como, muitas vezes, o corpo é observado, explicado, classificado e tratado; e uma necessidade, porque, ao desnaturalizá-lo, revela, sobretudo, que o corpo é histórico.

Em relação a esse aspecto do corpo, ser um homem ou uma mulher depende do monitoramento constante do corpo e dos gestos corporais das pessoas. Não há de fato um único traço corporal que separe todas as mulheres de todos os homens. Nesse caso, somente aqueles poucos indivíduos que têm algo como uma experiência plena de serem membros de ambos os sexos podem apreciar inteiramente quão difundidos são os detalhes da exibição e do manejo corporal por meio dos quais se constrói o gênero (GIDDENS, 2002).

A sexualidade é um dispositivo histórico, em que as relações de sexo tomam lugar em toda a sociedade; apresenta-se como um dispositivo de aliança: sistemas de matrimônios, de fixação e desenvolvimento dos parentescos. Em referência ao dispositivo de sexualidade, descreve-se que este não tem, como razão de ser, a reprodução, mas exerce a função de “proliferar, inovar, anexar e controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 1999a, p.101).

Ao se analisar a conceituação de Foucault, identifica-se o uso de aspectos mais sociais, interpessoais e históricos, de cunho mais sociológico, imbricados de simbologia e subjetividade. Esses aspectos não são formados na mente humana, independentemente da língua que se usa para expressá-los (CASHMORE, 2000).

O resultado dessa simbologia e subjetividade é observado no comportamento diferenciado de mulheres e homens decorrente do processo de socialização que vivenciam ao longo de suas vidas e, em sua maioria, na

definição de papéis, condutas e práticas culturalmente impostas, de modo explícito ou implícito nas relações que se estabelecem na sociedade.

Esse aspecto é reforçado por Borges (2009), ao afirmar que a sexualidade é compreendida na sua dimensão biológica, psicológica, social e cultural, e se expressa através de comportamentos e atitudes que representam papéis de gênero fortemente marcantes na sociedade. Ao transcender a biologia, ou seja, apenas o sexo, a sexualidade se torna uma manifestação social, uma vez que é permeada pela cultura e pelos valores sociais existentes.

Nesse sentido, a mesma autora afirma que o processo em que se dá a construção da sexualidade também conduz o indivíduo a se expressar como ser autônomo no mundo. Isso se dá à proporção que se aprende a sentir, a exercer sua sexualidade e a conhecer seu próprio corpo, sua interação com a cultura sexual do grupo ao qual pertence. No Brasil, a cultura é fortemente marcada pela diferenciação entre o gênero feminino e o masculino (HEILBORN, 2006b).

Em se tratando da cultura, é comum a existência do caráter repressivo oriundo da construção sociocultural que tornou o indivíduo hesitante na sua sexualidade. Nesse sentido, surgiram como tributos os preconceitos, inibições e dogmas religiosos, de forma a se resultar em tabus sexuais e em outras barreiras para ascensão da sexualidade plena. Os tabus e preconceitos estão expressos nas pessoas de qualquer idade e condição socioeconômica e cultural, e é mais acentuado em determinadas práticas religiosas (CONCEIÇÃO, 1998).

A forma de pensar e sentir se caracteriza por ter uma existência que está para além das consciências individuais; é um domínio da vida social em que o indivíduo é levado a agir de acordo com um conjunto de disposições previamente estabelecido e fundado nas representações sociais (LEAL, 2006).

Nesse aspecto, vale destacar que os papéis sexuais atribuídos ao homem e à mulher na sociedade são constituídos na maneira como o ser expressa um comportamento considerado masculino e/ou feminino, e que sofre influência do momento histórico, da cultura e das relações estabelecidas em determinada época (BRÊTAS; SILVA, 2009).

A sexualidade também pode ser vista como um grande instrumento de contenção da ordem social, por meio do controle do indivíduo e das populações. Segundo Corrêa (1994), a medicalização da sexualidade teria sido produzida por dois modelos historicamente configurados, mas não excludentes: um, caracterizado por preceitos generalizantes, apoiados, sobretudo, na medicina, no controle sanitário e, especialmente, reprodutivo das populações. O segundo seria marcado pela influência dos discursos psicossociais, que focalizavam o processo de individualização e formação de subjetividades.

Foucault (1999) afirma que a relação sexual, e tudo o mais que a cerca, isto é, a sexualidade no seu sentido mais amplo, é principalmente uma relação social que envolve relações fortes de poder, hierarquias, expectativas e significados sociais. A sexualidade se constitui num campo privilegiado para a análise do social: um microcosmo em que se atualizam e interagem identidades de gênero, pertencimentos de classe e trajetórias sociais.

No que se refere à reprodução, esta, no sentido biológico, retrata a função pela qual os seres vivos produzem descendentes, dando continuidade à sua espécie. Graças à reprodução, a perpetuação da vida é possível, desde o seu surgimento. A forma de reprodução que se desenvolveu mais cedo foi a assexuada, processo este em que um único indivíduo é capaz de dar origem a outros, com o mesmo genótipo. A reprodução sexuada tem como princípio a formação do embrião a partir da união de gametas masculino e feminino, que dão origem a indivíduos semelhantes aos pais, mas não idênticos, como na reprodução assexuada. Por tal motivo, ela é muito importante no que diz respeito à variabilidade genética (BRASIL ESCOLA, 2011).

Sendo assim, identifica-se que nos humanos da antiguidade a reprodução era um processo natural, sem interferências externas, e o que valia era a lei da sobrevivência, seleção natural do meio. Porém, na modernidade, a reprodução e a sexualidade são incorporadas como objetos de políticas específicas e prioritárias. A primeira, especialmente, teve sua incorporação somente na segunda metade do século XX, no processo de avanço da industrialização nacional e fortalecimento dos movimentos e forças sociais, no tempo em que se alarga a interferência médica pública e privada em saúde referente a essa temática (MANDÚ, 2002).

Com a normatização do discurso médico sobre o corpo, o controle social da medicina se estende à sexualidade e à reprodução, tendo como centralidade o corpo e a sexualidade feminina (LOYOLA, 2003). A medicina sempre traz a preocupação em intervir nos diferentes movimentos do processo reprodutivo. Dessa forma, a instituição médica age ao regular o momento de engravidar, o parto, o puerpério, a amamentação e o cuidado com a prole. Todos os aspectos da reprodução humana e da sexualidade estão sujeitos à medicalização e são campos de disputa de poder. Para corroborar com essa ideia, Vieira (2002) afirma que a medicalização do corpo feminino desqualifica o saber que a mulher detém sobre seu próprio corpo.

Vale questionar nesse momento a prática de Educação em Saúde falha e o autoritarismo e intervenção dos médicos sobre o corpo da mulher, que reforçava a ideia de ser esse corpo objeto e máquina, com reflexo sobre sua saúde, tendo como aliado a ignorância dessas sobre seu próprio corpo e sexualidade, enquanto dispositivo de controle social (ALMEIDA, M.A, 2005).

Como bem destaca Loyola (2003), as sociedades orientam quando e com quem a reprodução é permitida, limitam as potencialidades da sexualidade, canalizando-as para a heterossexualidade e reprodução obrigatória. A autora mostra como a sexualidade sofreu uma interferência crescente pela medicina. Esta ciência afetou as formas de relacionamento, sistemas de reprodução, o momento de conceber o outro, entre outros, de maneira a configurar um intenso processo de medicalização social; o tal processo, do qual a autora fala, está diretamente relacionado ao surgimento da medicina moderna.

4.1.1.2 A questão da mulher no Brasil

No século XIX, apareceram as primeiras manifestações de mulheres brasileiras ao desafiarem a ordem conservadora que as excluía do mundo público. Juntas, estavam a favor do voto, ou seja, pela igualdade política, e, também, pela emancipação feminina e contra a dominação masculina e outras restrições de sua participação na sociedade.

A luta dos movimentos de mulheres por seus direitos é histórica e de modo progressivo; culmina com protestos contra a ditadura militar, pela garantia da democracia, contra o racismo (PITANGUY, 1999).

Ao longo dos anos, outro movimento importante ocorreu com o advento da pílula anticoncepcional, o qual gerou um novo impulso nos anos 1960. A pílula permitia separar a reprodução do exercício da sexualidade, e levou ao que foi chamado de liberação sexual ou liberdade sexual. Quase meio século depois, hoje, a pílula é usada por cem milhões de mulheres em todo o mundo (ALMEIDA, 2008).

No Brasil, embora o país vivesse sob a ditadura militar, o movimento feminista ganhou força com a organização do movimento de mulheres, em destaque, a Semana de Pesquisa Sobre o Papel e Comportamento da Mulher Brasileira, que resultou na criação, em 1975, do Centro da Mulher Brasileira (CMB), órgão responsável por intermediar e articular os objetivos feministas em forma de ação coletiva (OTTO, 2004).

As conquistas se davam de forma lenta e gradual, pois séculos de cultura opressora e de silêncio feminino não mudam da noite para o dia. A falta de uma educação sexual efetiva fortalecia os mitos e preconceitos existentes na sociedade, pelo desconhecimento do corpo e pela punição familiar ao conhecimento da sexualidade (ALMEIDA, 2007).

No aspecto social, foi criado, em 1985, o Conselho Nacional de Mulheres do Brasil, que visava discutir questões abrangentes sobre as desigualdades de gênero, com o fim de lograr grandes conquistas como o princípio da igualdade entre marido e mulher no casamento e a introdução do divórcio na legislação brasileira (DUARTE, 2003).

A partir dos anos de 1980, foram grandes as conquistas do movimento feminista, consequentes dos anos de luta e da força e união das mulheres. A mulher, ao assumir seu novo papel na sociedade, mudou a estrutura familiar. Associado ao melhor domínio sobre seu corpo, reforçado pelas publicações e programas de televisão dirigidos ao público feminino que se multiplicaram, a educação sexual começou a entrar nos currículos escolares (TELES 2003).

Floresceram, nas universidades e em alguns centros de pesquisa, os estudos sobre a questão da mulher, tendo como resultados uma das principais

conquistas das estudiosas e militantes feministas e de relevância para as políticas públicas de saúde da mulher: a criação, em nível federal, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (DUARTE, 2003).

Até então, os programas de saúde estavam intrinsecamente ligados à saúde materno-infantil, de forma que as ações eram direcionadas ao corpo das “mulheres-mães” como proteção para o feto (OSIS, 1998). A mulher era tratada como instrumento em prol da realização de um fim e não como o próprio fim. Nesse sentido, esse fato se configurava em um evidente desrespeito à dignidade da pessoa humana. É o que se pode constatar a partir da fórmula sugerida por Sarlet apud Düring (2008):

(...) A dignidade da pessoa humana poderia ser considerada atingida sempre que a pessoa concreta (o indivíduo) fosse rebaixada a objeto, a mero instrumento, tratada como coisa, em outras palavras, sempre que a pessoa venha a ser descaracterizada e desconsiderada como sujeito de direitos. (p.27)

A política atual de atenção integral à saúde das mulheres propõe a incorporação do princípio da integralidade e da dimensão de gênero nas práticas profissionais, ou seja, a mulher deve ser vista de forma holística, sendo garantidos a todas as mulheres os direitos sexuais, reprodutivos e humanos.

O movimento das mulheres cresceu e consolidou-se no Brasil, e envolveu-se, também, com o movimento internacional pelos direitos das mulheres, tendo como principais questões os direitos reprodutivos e a soberania em relação a seu corpo e a sua sexualidade (CAETANO, 2004).

A integralidade, além de um princípio basilar da constituição defendida como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, ao valorizar a articulação entre atividades preventivas, curativas, assistenciais e de promoção da saúde (MATTOS, 2001).

Apesar de sua reconhecida importância, o modelo biomédico, hegemônico do sistema de saúde constitui um obstáculo epistemológico para a proposta de integralidade. Além disso, os problemas de saúde surgem articulados a contextos socioculturais, econômicos, políticos e espirituais que

influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios (CAMARGO, 2003).

Nesse aspecto, é relevante e imprescindível a intersetorialidade, mas é notória uma precariedade dessas ações, na qual se deve investir, pois tais ações extrapolam a responsabilidade do setor saúde, o que indica uma possibilidade de enfrentar os problemas de saúde, se bem integradas (SOUSA, 2005).

Vale ressaltar que a análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera toda essa problemática inicial, desde a luta pela implantação do PAISM até a atualidade, quando se abrange e se consolida o Estado democrático no Brasil; resta, apenas, considerar a complexidade das ações intersetoriais, para tornar o serviço mais efetivo.

É importante salientar que o PAISM surge antes mesmo da Constituição Federal de 1988, já trazendo o conceito basilar de integralidade, ou seja, foi pioneiro ao usar esse termo. Ressalta-se que foi nos movimentos feministas que seu significado se construiu (SOUTO, 2008).

Nesse sentido, torna-se perceptível na lei que, com o surgimento do PAISM, houve um grande avanço relacionado à atenção à saúde da mulher, mas existem dificuldades para que se possam pôr em prática todos os pressupostos teóricos da política, tais como despreparo dos profissionais de saúde, intersetorialidade precária, dificuldades de insumos, da prática pedagógica e nas ações de promoção da saúde, dentre outras. Logo, torna-se importante destacar que é necessária união dos gestores, entes governamentais e usuários para superação dos desafios e efetividade dessa política integral.

Hoje, os objetivos principais do movimento feminista são: o combate à violência doméstica e sexual— que atinge níveis cada vez mais elevados no país — e o combate à discriminação no trabalho. A legalização do aborto (que atualmente só é permitido em condições excepcionais) é meta de alguns grupos. Enfatiza-se que a maior parte dos movimentos de mulheres que atua fortemente em sintonia com o governo federal organizou, em conjunto, em

2004, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a qual mobilizou cerca de 120 mil mulheres (OLIVEIRA G., 2005).

Nesse aspecto, com base nas decisões da Conferência, o governo elaborou o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), tendo como princípios: a igualdade e respeito à diversidade; autonomia e protagonismo das mulheres; equidade; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos e participação e controle social. Contudo, as metas e ações ainda estariam distantes das diretrizes formuladas e, muitas vezes, entrariam em contradição com o que foi elaborado (OLIVEIRA G., 2005).

Nesse processo de luta, em agosto de 2007, realizou-se a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, cuja construção participativa envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais, em todas as Unidades da Federação, culminando com a elaboração do II PNPM, lançado em março de 2008, com 91 metas, 56 prioridades e 394 ações distribuídas em eixos (BRASIL, 2008).

Dentre temas discutidos nesses eixos, alguns refletem antigas reivindicações feministas, como enfrentamento do sexismo, racismo e lesbofobia. Outros temas demonstram questões que emergiram mais recentemente, como enfrentamento das desigualdades que atingem mulheres jovens e idosas (BRASIL, 2008).

4.1.2 Gênero: as diferenças sociais entre os sexos

Gênero e sexualidade são conceitos presentes no dia a dia, por todos os espaços sociais, seja na escola seja na rua, igreja, e são produções culturais que constroem identidade e grupos de pertencimento. Eles podem produzir/reproduzir preconceitos, estigmas, estereótipos e/ou discriminação social. Do latim *gênus*, significa nascimento, descendência, origem; derivado do grego *gênos*. Aqui, definido como gênero humano; categoria (SABAT, 2000).

Gênero se refere a masculinos e femininos, de forma diferente do que se compreendia como sexo e destaca o aspecto relacional entre mulheres e

homens, e, assim, rejeita o sentido de determinismo biológico, e passa a envolver valores construídos socialmente que não dizem respeito unicamente às mulheres, mas a homens: femininos e masculinos (SABAT, 2000).

Para tratar das questões de gênero, é importante definir cada um dos conceitos envolvidos nesse aspecto, pois, com frequência, eles erroneamente são usados como sinônimos. Sendo assim, sexo refere-se às características biológicas de homens e mulheres, ou seja, às características específicas dos aparelhos reprodutores femininos e masculinos, ao seu funcionamento e aos caracteres sexuais secundários decorrentes dos hormônios. Gênero refere-se às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais (CABRAL, 1999).

Assim, não se pode negar que falar em relações de gênero e sexos pressupõe-se falar de poder. Nesse sentido, é preciso vigiar o poder, saber descobri-lo, desvelá-lo, vigiá-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, logo, reconhecido. O poder simbólico é esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. A vida humana ocorre no emaranhado de linguagens, símbolos que demarcam domínios, vivências, legitimidade de todas as formas de ação, hábitos, costumes, tradição de uma civilização (BOURDIEU, 1998).

O tema gênero e sexualidade inquieta a estudiosos e movimentos sociais e constitui um saber em constante construção, de modo a mostrar ser assunto de difícil discussão, visto que as manifestações de preconceitos contra a mulher e homossexuais ainda são muito expressivas e atingem a pessoas e grupos, sem precedentes.

As marcas de diferenças criadas entre mulheres e homens, femininos e masculinos, foram sendo desveladas por diversas teorias sobre o assunto, variando de aspectos biológicos a culturais. Além disso, observa-se que, apesar da criação de políticas públicas voltadas para o combate ao preconceito contra mulheres, homossexuais, gays, lésbicas, não se consegue alcançar ainda resultados satisfatórios contra atitudes e comportamentos conflituosos na sociedade patriarcal, branca, racista, opressiva, sexista e classista em que se

vive. Assim, ações indesejáveis e intolerantes contra as diferenças denunciam que não é difícil afirmar o desconhecimento sobre direitos humanos, o respeito às diferenças, a opções sexuais e igualdade de direitos entre homem e mulher, femininos e masculinos, nessa sociedade (FERREIRA, 2010).

A compreensão da sexualidade como o resultado da interação de diferentes contextos evidencia que existem características que diferenciam homens e mulheres na esfera sexual e pode ser explicado pela estreita relação com as questões de gênero.

A ênfase sobre cenários socioculturais alude à premissa de que, se há características distintas entre os homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, elas devem-se a uma combinação de fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros. Desse modo, há estreito e inescapável imbricamento entre sexualidade e gênero (HEILBORN, p. 35, 2006b).

Embora biologicamente fundamentado, o gênero constitui uma categoria relacional que aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Não se nasce mulher, torna-se mulher (AMARAL *apud* BEAUVOIR, 2008); mas, torna-se homem também. Esses são processos de aprendizados contínuos e nascidos de padrões sociais estabelecidos, que são reforçados através de normas padrões, mas também através da coerção, e são modificados no tempo, de maneira a refletir as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

Nesse sentido, gênero refere-se aos aspectos da vida social e cultural que são vivenciados diferentemente, porque homens e mulheres têm papéis diferentes que lhes são designados, impostos mesmo. Estes resultam nos pressupostos de que homens e mulheres manifestam preferências, interesses e prioridades diferentemente; as desigualdades e diferenças baseiam-se em ser masculino ou feminino; homens e mulheres enfrentam oportunidades, obstáculos e desafios diferentes ao longo da vida; homens e mulheres são afetados diferentemente pela sociedade e contribuem de formas bem distintas para o desenvolvimento social e econômico (PITANGUY, 1999).

Apesar do papel do homem e da mulher se constituir primordialmente pela cultura e sofrer mudanças conforme a sociedade e o tempo, a questão de

gênero começa a ser construída desde a formação fetal, no ventre materno, quando a família, em conformidade com a expectativa, começa a preparar o enxoval de acordo com o sexo. Dessa maneira, cor de rosa para as meninas e azul para os meninos. Depois que nasce uma criança, a primeira coisa que se identifica é o sexo: “menina ou menino”, e, a partir desse momento, começará a receber diversas mensagens sobre o que a sociedade espera dessa menina ou menino. Ou seja, por ter genitais femininos ou masculinos, eles são ensinados pelo pai, mãe, família, escola, mídia, sociedade em geral, diferentes modos de pensar, de sentir, de atuar (CABRAL, 1999).

As relações de gênero são produto de um processo pedagógico que se inicia no nascimento e continua ao longo de toda a vida, reforçando a desigualdade existente entre homens e mulheres, principalmente em torno de quatro eixos: a sexualidade, a reprodução, a divisão sexual do trabalho e o âmbito público/cidadania (CABRAL, 1999).

Nesse sentido, enfatiza-se outra diferença marcante nas questões de gênero: a divisão sexual do trabalho. Pelo fator biológico, a mulher era para reproduzir, amamentar, ser mãe em sua totalidade. Logo, para as mulheres, havia a imposição de ficar em casa, cuidar dos filhos e realizar o trabalho doméstico, desvalorizado pela sociedade, e que deixava as mulheres donas de casas limitadas ao mundo do lar, com menos possibilidade de educação, junto à informação, à formação profissional e ao mercado de trabalho (CABRAL, 1999).

Vale destacar que, na contemporaneidade, o aspecto do trabalho teve, de um lado, uma mudança radical, tendo em vista a mulher ter assumido a mesma posição laboral que o homem e agora assume uma tripla jornada de trabalho, pois, além de aproximadamente oito horas de trabalho remunerado, para a maioria das mulheres, há um número variável de horas de trabalho em casa, o qual aumenta nos fins de semana, na maioria das vezes, com o cuidado do lar, do marido e dos filhos (OLIVEIRA, V.C. 2007). Isso tem, por outro lado, significado um desgaste e impacto na sua saúde tanto física como mental; inclui-se, nesse bojo, o sentimento de culpa por não conseguir realizar bem todas as tarefas de casa, ou pelo descuido com os filhos pela falta de tempo.

Outro aspecto refere-se ao espaço público e ao reconhecimento da cidadania, pois, embora uma grande proporção de mulheres trabalhe e seja a principal fonte de renda para o sustento da família, isso não tem significado um maior desenvolvimento e reconhecimento de sua cidadania. Nos países subdesenvolvidos, incluindo o Brasil, os dados mostram que existe uma grande diferença entre homens e mulheres e que a falta de equidade acaba prejudicando as mulheres. Porém, em muitas localidades, observam-se mulheres em altos cargos como diretoras de empresas, de hospitais, reitoras de universidades, juízas, dentre outras. Mas, esse aspecto não se aplica a toda realidade, principalmente na zona rural ou cidades menores, e esse fato é explicado pelo processo de socialização, quando se determina o trabalho reprodutivo (casa e filhos) para a mulher (CABRAL, 1999).

Ainda no aspecto das diferenças, entende-se que é a partir do entendimento das diferenças biológicas, no caso, corporais e sexuais, que a sociedade cria de forma cultural ideias e princípios sobre o que é ser homem ou mulher, logo, essa diferenciação se denomina representações sociais de gênero. Desse modo, os papéis de gênero encontram-se relacionados à maneira que as pessoas concebem os comportamentos de homens e mulheres. Assim, estabelecem-se padrões fixos e imutáveis do que é próprio para o homem e próprio para a mulher, de forma a reproduzir esses atos, como se acontecesse de forma natural no ser humano, e originam-se condutas e modos únicos de se viver sua natureza sexual, de modo a significar que as questões de gênero têm ligação direta com a disposição social de valores, desejos e comportamentos no que tange ao universo da sexualidade (GUIMARÃES, 2011).

Nesse sentido, entende-se que as desigualdades de gênero têm suas bases na diferenciação social; trata-se, pois, de um fenômeno estrutural com raízes complexas, construído e imposto de forma social e cultural, de tal forma, que se processa cotidianamente de maneira quase que automática, e, com isso, são disseminadas deliberadamente, ou não, por certas entidades sociais, na maioria das vezes, de maneira imperceptível, como escola, família, sistema de saúde, igreja, dentre outras instituições.

Portanto, quando se pensa em gênero, é necessária uma reflexão sobre um sistema normativo, regulatório que define todas as bases do papel social de ser mulher e que acaba por determinar a sua estratificação na sociedade ao longo da história da humanidade, através de uma percepção biológica sobre a capacidade de gerar filhos. Dessa forma, é estabelecido um dos mais importantes mecanismos de controle e poder, pelo exercício da reprodução, nunca desvinculado da mulher, que determina seu lugar na sociedade (CABRAL, 1999).

Nesse contexto, a abordagem de gênero no planejamento familiar torna-se uma constante, mas acaba por ser responsabilidade apenas da mulher, pois a presença do homem é uma raridade nesse tipo de serviço. Isso acontece, principalmente, pelo despreparo dos profissionais para trabalhar com o casal, os quais não estimulam a participação do homem.

Observa-se que a política de trazer o homem para o centro das discussões nos grupos de planejamento familiar existe na proposta do Programa, mas, na prática, é bem falha. Os profissionais que desenvolvem ações educativas convivem com limites e possibilidades e, quanto mais vivenciarem essa tensão dialética, mais se sentirão preparados para superar essas situações.

Para tentar solucionar o problema, foi constatada a necessidade de uma ação coletiva para a decisão, que apenas será possível através de um método ativo, dialogal, participativo e ético para o desenvolvimento das ações do planejamento familiar, de forma mais participativa e integral para ambos os sexos (SAUTHIER, 2011).

A análise deste estudo tem o suporte teórico de gênero como um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e o primeiro modo de dar significado às relações de poder. Nesse sentido, Scott (1995), afirma que as mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a modificações nas representações de poder.

O gênero implica em quatro elementos: 1 - os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas, a exemplo de Eva e Maria como símbolo da mulher, 2 - os conceitos normativos que põem em evidência

as interpretações do sentido dos símbolos. O desafio é romper com a noção de fixidez e descobrir a natureza do debate ou da repressão que produzem a aparência de uma permanência eterna na representação binária de gênero; 3 - o gênero é construído no âmbito das instituições e da política e se estabelece igualmente na economia e na organização política, que operam atualmente de maneira amplamente independente do parentesco; 4 - a identidade subjetiva intervém na construção dos sujeitos socioafetivos. Enfatiza que, embora apresentado nenhum desses elementos pode operar destacado, de modo independente (Scott, 1990).

A mesma linha de pensamento é compactada por Heilborn (2002) ao afirmar que a qualidade de homem e de mulher se deve à cultura, ao contexto sócio-histórico, ambos, produtos da sociedade que imprimem ao debate um caráter relacional entre suas categorias (HEILBORN, 2002).

Vale ressaltar a importância de uma reflexão sobre as relações de gênero tão presentes na vida cotidiana das pessoas, responsáveis por fortes contrapontos na sociedade. Isso se faz necessário mesmo depois de todo o processo de modernização que certamente chegou com mais vigor em alguns locais que em outros, como o meio rural, em menor proporção, para que se possa observar o entendimento de como se dão essas relações entre os gêneros em diferentes aspectos da vida e da relacionalidade, e compreender motivos, relações de poder e questões socioculturais imbricadas nesse processo.

Gênero vem sendo utilizado como categoria de análise em diversos estudos no campo das ciências sociais e da saúde, o que confere um avanço nas reflexões sobre as relações entre homens e mulheres.

No fim do século XX, surgiu a grande preocupação de construir um arcabouço teórico sobre gênero como categoria analítica e a introdução do termo gênero pelas feministas contemporâneas na intenção de reivindicar um outro terreno de definição, para dar suporte e sublinhar a capacidade das teorias existentes. Essa reivindicação se estrutura nas persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens, de modo a integrar a questão de gênero para além do patriarcado, pois este é construído na economia e na organização política (SCOTT, 1995).

A adoção de gênero como categoria de análise possibilita assinalar a elaboração sociocultural das diferenças entre homens e mulheres no que concerne ao exercício da sexualidade, ou seja, o comportamento sexual; o planejamento da reprodução, o comportamento reprodutivo e os planos de vida, na medida em que, as análises das desigualdades de gênero alicerçam e mostram as diferenças construídas socialmente ao longo da história.

São perceptíveis muitas questões que já são abordadas nos dias de hoje e que não eram discutidas há algum tempo. Houve, sim, uma evolução na discussão sobre as questões de gênero na sociedade, porém estas não se deram de forma satisfatória; houve, ainda, a necessidade de outras reflexões mais profundas para que se percebam mudanças mais significativas no campo da sexualidade, no âmbito da reprodução e também no exercício dos direitos dos cidadãos e cidadãs, em oportunidades de vida e de trabalho, sem discriminações em nenhum aspecto.

4.2. DA CONJUGALIDADE AO CASAMENTO: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS

A conjugalidade é uma instituição das mais complexas e que transcendem o percurso de duração de sua existência com inúmeras dificuldades, pelo simples motivo do ser casal encerrar, ao mesmo tempo, na sua dinâmica, duas individualidades e uma conjugalidade, ou seja, de o casal conter dois sujeitos distintos, dois desejos, duas inserções no mundo, duas percepções da existência, duas histórias de vida, dois projetos de vida, duas identidades individuais que, na relação amorosa, convivem com uma conjugalidade, um desejo conjunto, uma história de vida conjugal, um projeto de vida de casal, uma identidade conjugal. Nesse sentido, valem os seguintes questionamentos: como ser dois, sendo um? Como ser um, sendo dois? Na lógica do casamento contemporâneo, um e um são três. Cada casal cria seu modelo único de ser casal, que ele chama de "absoluto do casal", que define a existência conjugal e determina seus limites, contendo, portanto, os dois parceiros, e seu (modelo único) de vivenciar a conjugalidade, seu absoluto de cada casal (CAILLÉ, 1991).

O casamento, visto como uma instituição social e secular, possui um dinamismo próprio, e sofreu inúmeras variações em diferentes aspectos ao longo dos anos. Muitos já visaram essa formalidade de união como apenas um negócio financeiro, outros como forma de poder e submissão, e outra parte como o resultado de amor mútuo e comportamento de cuidado para com o ser amado. Para os últimos, o casamento associa-se a ideias românticas, remetendo-nos à frase de que é sinônimo de “e viveram felizes para sempre”.

No entanto, esse acontecimento tão importante, que é marcado inicialmente pelo encantamento e otimismo, muitas vezes, acaba não sendo tão duradouro ou tão feliz assim.

Para muitos, a união que se inicia como fonte de satisfação termina como fonte de frustração. Mas, vale destacar que o casamento sempre esteve arraigado a tendências filosóficas, morais e religiosas da época (ALMEIDA, 2007).

Na antiguidade, os romanos caracterizavam o casamento como a conjunção do homem e da mulher que se uniam para compartilhar toda uma vida; seria a comunhão do direito divino e do direito romano. Em contrapartida, o cristianismo elevou o potencial do casamento, este passou a ser um sacramento, elo pelo qual um homem e uma mulher selam uma união sob a benção de Deus, formando uma única entidade física e espiritual. O código civil francês, por sua vez, definiu o casamento como a sociedade do homem e da mulher, que se unem com o objetivo da procriação, para ajudar-se mediante os conflitos mútuos da vida, compartilhando assim um comum destino (MORAES, 2012).

No Brasil, merece destaque o conceito do jurista Pontes de Miranda, para o qual casamento é um contrato solene, pelo qual duas pessoas de sexo diferente e capazes conforme a lei se unem com o intuito de conviver toda a existência, legalizando por ele, a título de indissolubilidade de vínculo, as suas relações sexuais, estabelecendo para seus bens, à sua escolha ou por imposição legal, e comprometendo-se a criar e educar a prole que de ambos nascer. Em uma forma mais simples, refere-se ao casamento como um contrato de direito da família que regula a união entre marido e mulher (MIRANDA, 1983).

Para a jurista Diniz (1989), casamento é o vínculo jurídico entre o homem e a mulher que visa ao auxílio mútuo, material e espiritual, de modo que haja uma integração físico-psíquica e a constituição de uma família legítima, numa união de um homem e uma mulher, reconhecida pelo Direito e investida de certas condições jurídicas (DINIZ, 1989).

Assim, ao longo da história, a instituição casamento possuía dificuldades, diante dos objetivos diferentes, que culminavam em transformação nas relações familiares ao longo dos séculos. O Código Civil de 1916, ainda sob a influência da Revolução Francesa, mantinha seu modelo rígido, patriarcal, patrimonial e hierarquizado “até que a morte nos separe”, em nome da paz doméstica, admitindo, sem nenhuma culpabilidade, a infelicidade dos cônjuges em detrimento do vínculo matrimonializado e indissolúvel do casamento (COELHO, 2010).

Vale considerar que as discussões a respeito da importância e da forma pela qual deve ser visualizado o casamento atravessaram séculos e ocupou desde teólogos a legisladores leigos. As conclusões a que chegaram precisaram ser interiorizadas, refletidas pelas pessoas, e, só assim, legitimadas. Para isso, foi necessário criar um conjunto de normas morais e éticas capazes de justificar aos olhos dos fiéis o cumprimento da legislação que exigia a bênção da Igreja e todo um trâmite burocrático condizente com a seriedade do sacramento do casamento celebrado em face da Igreja (PIMENTEL, 2005).

A sociedade evoluiu, tornou-se mais moderna, e, por conseguinte, mudou os seus valores para uma família descentralizada, com ideais de igualdade, ganhando espaço na busca da realização familiar dos seus membros e a proteção da pessoa humana (VALADARES, 2008). Ao se fazer uma retrospectiva histórica, na época colonial, o casamento teve papel essencial. No Brasil, funcionou como instrumento de pacificação da população e de preservação da estrutura social portuguesa, assim como de implantação dos princípios cristãos entre os recém-colonizados (PIMENTEL, 2005).

Vale destacar que a sacramentalização do casamento não foi implantada desde o início do cristianismo. Apenas entre os séculos XI e XIII ela conseguiu se afirmar como resultado de um longo processo, carregado de

ambiguidades e de impasses. A defesa da castidade era responsável por um mal-estar com relação ao apoio ao casamento, pois para os teólogos havia uma contradição entre as duas coisas. Venceu o casamento como “remédio contra a concupiscência”, receita apenas para aqueles fiéis incapazes de se conterem (PIMENTEL, 2005).

Ainda é importante considerar que a representação social sobre casamento varia de uma cultura para outra, da vida urbana para rural, a depender, também, da situação socioeconômica, da idade dos casais, dentre outras variáveis que tendem a sofrer modificações ao longo do tempo. Hoje, os jovens redefinem e ampliam a noção de família de forma a contemplar as expectativas e os projetos de vida formulados ou em curso de realização no seu cotidiano de vida; no entanto sua constituição não desaparece dos planos dos jovens, embora estes visualizem sua consolidação em um prazo cada vez mais distante que aquele comumente observado nas gerações anteriores.

Nesse sentido, na contemporaneidade, no contexto brasileiro, observam-se expectativas sociais mais baixas quanto ao casamento, bem como mudanças nas relações de poder entre homem e mulher, desestabilização do modelo masculino tradicional e relações de gênero mais democráticas, baseadas na busca pelo direito à igualdade e respeito à diferença, com a consequente flexibilização dos domínios femininos e masculinos (ARAÚJO, 2002; GOLDENBERG, 2001; JABLONSKI, 2003, 2005; AUN, VASCONCELLOS & COELHO, 2006). Na vida conjugal, mesclam-se os papéis de homem e de mulher. Atribuir à mulher o papel de cuidar do lar e ao homem o de prover o sustento é um modelo arcaico e estereotipado (OSÓRIO, 1996).

Identifica-se, atualmente, uma visão e uma avaliação positivas da sexualidade no casamento, mas há também uma maior reflexão por parte das mulheres quanto à infidelidade masculina, principalmente em comunidades rurais, onde ainda são observadas as fortes diferenças de gênero nesse aspecto. As mulheres, de certa forma, admitem que haja, ainda hoje, nas famílias, na comunidade e na sociedade em geral, um maior controle sobre a sexualidade feminina e certa tolerância em relação às ações masculinas direcionadas a relações extraconjugais (STROPASOLAS, 2004).

Nesse sentido, se o casamento, tradicionalmente, assumia um papel essencial na constituição de família e na reprodução social do patrimônio familiar, bem como na organização do processo de trabalho, buscar reproduzi-lo com modelos típicos de família, com a representação de um esposo, pai, passa a ser questionável para grande parte de mulheres descontentes com o papel e o lugar a elas atribuído nesse processo, principalmente nos extratos sociais menos favorecidos, pois se entende que atualmente existem várias formas de composição familiar. Enfim, atualmente, em muitas situações, o sonho de receber um sim em uma cerimônia matrimonial é precedido de muitas dúvidas, interrogações levantadas, sobretudo pelas mulheres acostumadas a receber um não na sua realidade cotidiana, como contrapartida do papel e do lugar que ocupam (ou que desejam conquistar) na família, na comunidade e na sociedade (STROPASOLAS, 2004).

No entanto, estudiosos/as sobre o assunto discutem a relevância institucional do casamento ao longo dos anos, ao abordarem a sua importância na sociologia familiar, pois o casamento serve como proteção contra a anomia do indivíduo. Por se constituir em um instrumento de construção de identidade, o casamento possui grande função social, pois cria para o indivíduo uma determinada ordem, para que ele possa experimentar a vida com objetivos, com certo sentido. A realidade do mundo é sustentada através do diálogo verbal e não verbal com pessoas significativas e o casamento ocupa um lugar muito privilegiado entre as relações significativas validadas pelos adultos no âmbito social (BERGER, P; KELLNER, 1970).

Vale pontuar aqui o destaque da relação de sexualidade, amor e casamento. A história da sexualidade aponta para uma situação de grande importância, prevalente até o século XVIII no mundo ocidental, que é a diferença entre o amor no casamento e o amor fora do casamento. O amor que esteve presente na literatura conjugal por muito tempo, pelo menos desde o século XII, não é nunca o amor conjugal, salvo raras exceções. O sentimento amor estava presente nas relações entre amantes, fora do casamento. O casamento, nesse período, tinha por função em todos os níveis da sociedade ligar duas famílias e perpetuar seus membros, muito mais do que satisfazer o amor de duas pessoas (FLANDRIN, 1995).

Sendo assim, o amor no casamento ganhou feição quando a sexualidade passou a ocupar um lugar importante dentro do casamento. O amor, no sentido mais atual de consensualidade, escolha e paixão amorosa, não existia na relação conjugal, sendo, em geral, vivenciado nas relações de adultério, e a sexualidade não era vivida como lugar de prazer; sua função específica era meramente a reprodução (ARAÚJO, 2002).

Da mesma maneira que o amor romântico é culturalmente específico do Ocidente, a sociedade ocidental é a única que assume o risco de ver o casamento ser estabelecido sobre o amor de um casal. Era comum em todos os lugares e épocas o homem repudiar sua mulher e casar novamente (LINS, 2013).

Até a Idade Média, eram os pais que cuidavam do casamento dos filhos; era um acordo entre as famílias, apenas um negócio familiar, um contrato que dois indivíduos faziam não por amor, para experimentar o prazer, mas a conselho de suas famílias e para o bem delas. A principal função do casamento era servir de base para as alianças cuja importância se sobrepunha ao amor e à sexualidade. Escolha do parceiro ou a paixão não pesavam em nada nessas decisões, e a sexualidade para a reprodução era parte do acordo firmado (ARAÚJO, 2002).

Nesse contexto, um novo modelo ideal de casamento parece ser construído no Ocidente, em que se orienta aos cônjuges que tenham amor um pelo outro ou que pareçam se amar, e que tenham expectativas a respeito desse amor. O erotismo extraconjugal entra no casamento e o amor-paixão é visto como modelo a ser seguido. Hoje, ninguém duvida da dignidade do amor conjugal. A sociedade contemporânea não aceita mais que alguém possa se casar por outro motivo que não seja amor (CARNEIRO, 1998).

Porém esse advento foi conquistado em época relativamente recente, após a Revolução Francesa e a industrialização. Nesse momento, surgiu a ideia de que o casamento deveria ser o resultado do amor romântico. Hoje, quase todas as pessoas misturam romance com sexo e casamento como se fosse natural, sem ter ideia de que é uma inovação revolucionária (LINS, 2013).

No entanto, é intrínseco de um relacionamento conjugal as tensões, conflitos, as discordâncias de ideias e ideais de vida; isso vem acontecendo com

mais frequência nas uniões contemporâneas, pois são muito influenciadas pelos valores e crenças individuais. As premissas de um casamento nos dias atuais, de um lado, enfatizam mais a autonomia e a satisfação de cada um dos cônjuges do que os laços de dependência existentes entre eles (VALLE; OSÓRIO, 2004). Por outro lado, a constituição de um casal demanda a criação de uma zona comum de interação entre os cônjuges, ou seja, uma dinâmica própria, uma identidade conjugal única de cada casal.

Todavia, não são todos os casais que conseguem equilibrar essa dinâmica própria, vencer esse desafio de viver entre a individualidade e a conjugalidade, isso principalmente devido às transformações que vêm ocorrendo em tempos de modernidade, que acabam por impor demandas e novas ansiedades aos indivíduos, e para as quais é preciso buscar respostas para esse enfrentamento em ambos os cônjuges (GIDDENS, 1993).

Saber lidar com essas ansiedades representa um problema constante, principalmente no que concerne à vida social entre amigos, familiares e amantes, na conciliação com o casamento. Vivemos em um mundo de mudanças constantes em todos os aspectos e isso acaba por gerar uma insegurança quanto à durabilidade das coisas e dos relacionamentos (GIDDENS, 1993).

Nesse sentido, alguns estudiosos sobre a satisfação na vida conjugal pontuam algumas habilidades a fim de auxiliar na dinâmica do relacionamento para que este seja mais duradouro e com menos conturbações, tais como: desenvolver certa capacidade para saber agir diante dos conflitos; sempre consultar o companheiro na tomada de decisões; manter uma boa comunicação, diálogo constante; cultivar valores tais como confiança, respeito, compreensão, justiça e equidade; desenvolver a intimidade sexual e psicológica (PARKER, 2002, citado em FALCONE; RAMOS, 2005)

O casamento tradicional (marido provedor de tudo, mulher dependente, obediente e submissa) na atualidade tem sido substituído por uma relação de maior amizade, afinidade, divisão de tarefas e despesas. Nesse novo modelo de relacionamento, é fundamental o conviver, saber da vida do outro, conversar, trocar ideias sobre qualquer assunto e saber ouvir. Pode-se observar que os indivíduos envolvidos em um relacionamento conjugal estão

buscando no seu dia a dia, mesmo que ingenuamente, sem conhecer cientificamente o conceito, comportamentos socialmente habilidosos dentro do contexto do casamento (VILLA, 2002).

4.2.1 Tipos de união

Os casais que vivenciam uma conjugalidade transitam entre duas formas de união, que é o casamento no civil e muitas vezes no religioso, em que procuram ser abençoados por Deus, ou apenas uma união estável, sem nenhum tipo de acordo legal ou benção divina; nesta, apenas há a união dos corpos para um convívio mútuo, para experimentarem a vida juntos. Logo, homens e mulheres entendem que casar de “papel passado” não é mais a única opção há tempos. Mas, ainda assim, muitas pessoas têm dúvidas sobre a velha e boa união civil nos seus aspectos legais.

Vale destacar que diversas confusões são feitas quanto às terminologias referentes ao processo de união homem-mulher. Por exemplo, a palavra matrimônio, ainda que seja compreendida como sinônimo de casamento, é referente exclusivamente à união entre um homem e uma mulher (AURÉLIO, 2002).

Enquanto a união estável é uma relação que se estabelece de forma natural, sem qualquer tipo de formalidade, a união civil é um contrato jurídico, um contrato firmado sobre o casamento, um ato formal. As diferenças entre uma e outra forma de união são basicamente quanto ao regime de bens, direito das sucessões e herança. Nesse sentido, a união estável se assemelha ao casamento civil, sendo a ela aplicadas quase todas as normas do Direito de Família. Em razão da adequação à nova realidade, os casais, cada vez com mais frequência, passaram a constituir famílias através da simples união, sem o formalismo exigido no casamento (BRAGA, 2012).

O novo Código Civil não menciona o prazo mínimo de duração da convivência para que seja considerada união estável, e o que é bastante curioso é que também não é necessário que haja coabitação, que o casal more junto, isto é, pode-se ter domicílios diversos (BRASIL, 2002).

Por esse motivo, juristas colocam que é importante diferenciar o namoro de união estável. O namoro não é conceituado pela lei. Se a lei não o regula, não há requisitos a serem observados para sua formação, a não ser os requisitos morais, impostos pela própria sociedade e pelos costumes locais (REVACHE, 2010).

No entanto, a confusão que pode surgir entre o namoro e a união estável ocorre nas relações nas quais há observância das regras morais impostas pela sociedade; são aquelas relações muito duradouras, com convivência contínua do casal, em que há fidelidade mútua, pelo menos aparente, no qual ambos se apresentam na sociedade como namorados, frequentando festas, jantares e eventos entre os amigos e as famílias de cada um (REVACHE, 2010).

Independentemente do tipo de união, na vivência da contemporaneidade, os cônjuges se deparam com diferenças e ideais distintos ao longo do ciclo de vida do casamento e do relacionamento. Em contraposição aos ideais do passado que valorizavam a dependência entre os cônjuges, denotando uma ideia de encaixe (VALLE; OSÓRIO, 2004), os ideais contemporâneos de relação conjugal preconizam a autonomia e a satisfação de cada cônjuge (FÉRES-CARNEIRO, 1998).

4.2.2 Infidelidade e relação conjugal

Fidelidade conjugal é a manifestação de ser fiel no âmbito de uma relação conjugal – qualquer que seja a sua natureza em figuras ou em papéis de gênero – que pode ser recíproca, mutuamente acordada e assentida, ou unilateral, acordada ou não. Implica necessariamente a mútua confiança, considerada como a base da estabilidade relacional. Conquanto possa envolver também o aspecto sexualidade relacional, que é o mais usual, não se lhe prende exclusivamente; todavia, dado que há acordos de fidelidade que prescindem da vivência ou até da ideia de sexualidade, esta, pode ser também ampla por demais em sua significação (ÁVILA, 1978).

O binômio “fidelidade-infidelidade” é atualmente foco de várias pesquisas de cunho teórico e empíricas. A relevância desse campo de estudos justifica-se porque a infidelidade é um fenômeno que perpassa a vida de muitos

casais e famílias e que implica prejuízos e sofrimento para eles (ALMEIDA, 2007).

Sabe-se que não é necessário estar envolvido em um casamento para se experimentar a infidelidade e todos os sentimentos que a circundam. Todos os tipos de relacionamento estão sujeitos a sua desastrosa influência. Ainda pouco se sabe a respeito de quais os indivíduos são mais suscetíveis à infidelidade, ou mesmo, sobre os contextos que a promovem (ALMEIDA, 2007).

O significado da fidelidade dentro do casamento demarca a divisão de dois universos: o de “dentro” do casamento e o de “fora”. Estas são formas classificatórias semelhantes às categorias opostas e complementares “casa” e “rua”, consideradas apropriadas para entender um pouco a realidade brasileira. No espaço de dentro e fora, os homens têm relações sexuais com práticas diferenciadas, que tornam adequados ou não o uso do preservativo. O significado de fidelidade está impregnado de elementos da cultura que definem seus padrões de masculinidade e determinam a sua forma (SILVA, 2002).

Existe uma crença de que os homens trairiam mais do que as mulheres. Embora isso seja uma tendência cultural, os homens aprendem desde pequenos que podem ter mais de um relacionamento e sentem-se, por isso, apoiados pela sociedade. A idealização da ‘mulher perfeita pelos homens’ e do ‘homem cavalheiro, que as ajude’, pelas mulheres, gênero que facilmente costumam confundir casamento com felicidade, faz com que as pessoas esperem muito umas das outras, o que gera frustrações, e abre caminho para a infidelidade. Nesse aspecto, vários são os motivos pelos quais é excluída a possibilidade de aceitar o outro tal qual ele é. Em vez do exercício constante de dialogar, crescer com o/a parceiro/a, algumas pessoas passam a acreditar que apenas terão alegrias, aventuras, emoções, prazer e crescimento fora do relacionamento (TESSARI, 2004).

Nesse sentido, vale endossar a imagem que os casais têm acerca da relação conjugal como marcada pela maior liberdade masculina, relativamente à feminina, na esfera sexual (SALÉM, 1987). A sociedade na qual são considerados tais aspectos é de fundamental importância nesse impasse de relações de gênero em que é a afirmação do princípio da simetria entre homem

e mulher que confere a esses jogos conjugais seu sentido coincidente: num caso, a infidelidade é proibida aos dois; no outro, permitida a ambos.

Nesse sentido, a ideia de fidelidade para a espécie humana não é uma lei natural, isto é, os seres humanos não são monógamos por natureza, mas devido a condicionantes culturais tais como religião, moral, costumes, dentre outros. Entretanto, dizer simplesmente que a fidelidade não é natural é meramente querer dizer que a infidelidade o é, e não acrescenta nada ao que já se sabe sobre este assunto. Tanto uma como a outra são naturais, dependendo da pessoa em questão, da sua cultura, da sociedade em que vive, de fatores idiossincráticos, do pacto da díade, dentre outros. Dessa forma, todos podem vivenciar essa experiência de infidelidade em determinada altura da vida. Logo, em relação à temática não há uma polarização absoluta (ALMEIDA, 2009).

A infidelidade provoca as mais variadas emoções e reações entre os parceiros que a vivenciam. Muitos são os sentimentos de quem trai e da pessoa que foi enganada. Em uma relação conjugal, na maioria das vezes, o companheirismo, a solidariedade, o carinho, a rotina e as responsabilidades aumentam, na medida em que a paixão, a aventura e o desejo sexual diminuem. É evidente que nesse ciclo os casais devem procurar o equilíbrio para viverem em harmonia, não permitindo que haja uma traição, que vai gerar muitas desavenças e preocupações na relação, podendo culminar no seu fim.

Rememorando os dados do cotidiano, a infidelidade é o principal fator responsável pelo findar das famílias, a experiência provavelmente mais temida, ojerizada e devastadora em um casamento. “Constitui o motivo que mais justifica universalmente o divórcio” (PITTMAN, 1994, p. 15). Realmente, percebe-se que, para alguns casais, a infidelidade é o prelúdio de uma crise conjugal, o divórcio, ou mesmo, de uma ruptura do casal constituído, qualquer que seja o tipo de união.

Em sua origem etimológica, a palavra infidelidade remete à quebra da verdade (AURÉLIO, 2002). Também, etimologicamente do grego, ou mesmo do latim, crise refere-se ao momento no qual o ser humano se volta para a tomada de uma decisão, e, portanto, um momento crucial de sua existência. Certamente, quando um caso extraconjugal é descoberto, instala-se um

momento crítico e há a necessidade de se saber que rumos as partes daquela díade vão tomar. Nesse ínterim, toda crise pode ser transformada numa oportunidade de crescimento e valorização da relação. Algumas pessoas acharão impossível conviver com aquela representação do relacionamento maculado pela infidelidade do cônjuge. Outras pessoas serão mais complacentes e conseguirão recuperar a confiança do parceiro, muitas vezes após demonstrações e provas sucessivas de sua fidelidade (ALMEIDA, 2007).

Nesse sentido, vale destacar que muitas vítimas da traição entram em um processo de adoecimento psicossocial e necessitam de apoio psicoterápico, pois não sabem como lidar com a nova situação de convivência sem confiança e acabam por haver uma desestrutura familiar. Esse fato se constitui na elaboração da dor da crise provocada pelo conhecimento da infidelidade do parceiro. No entanto, vale destacar que se pensar em realizar genuinamente ou o perdão ou a separação deva ser o melhor caminho; optar pelos dois pode ser ensandecedor para todos os envolvidos. Assim, caso a parte infiel esteja de fato arrependida do seu engajamento com outra pessoa que não seja o seu cônjuge e queira voltar, esta deve estar ciente de que o perdão pode levar algum tempo para ser alcançado e que não é o outro, o infiel, que deverá impor esse tempo a/o parceiro/a (ALMEIDA, 2007).

Diversificadas são as causas da traição citadas por quem traiu. Muitos mitos sobre a questão da infidelidade estão evidentes na sociedade machista que se conhece, por exemplo, que todo mundo já traiu e foi traído; quem trai não ama o cônjuge; que a infidelidade conduz, inevitavelmente, à separação; a culpa da traição é do cônjuge traído; a infidelidade apimenta a relação, dentre outras inverdades. Porém, um dos motivos mais citados é a perda da atração pelo companheiro (MENEZES, 2005).

Matarazzo (2000) acredita que, algumas vezes, simplesmente o desejo sucumbe com a convivência, com a rotina, com a responsabilidade da vida a dois. Outras vezes, houve uma grande transformação e a mulher ou o homem agora não são os mesmos com os quais se casaram outrora; logo, o desejo, a libido vai se deteriorando, e as fantasias sexuais vão surgindo, até que um dia aparece uma terceira pessoa. Bolsanello (2000) segue a mesma linha de

pensamento ao afirmar que, quanto maior a duração do casamento, maior as possibilidades de desilusão em vários aspectos.

Na maioria das vezes, as origens dos desapontamentos são: excesso de trabalho, a tripla jornada de trabalho da mulher na atualidade, longas separações no próprio lar, conflitos emocionais, manias, longos silêncios, falta de diálogo, enfim, uma série de fatores que levam ao inevitável tédio do dia a dia. Vale destacar que certamente haverá aquelas pessoas que mesmo com muitos anos de relacionamento manterão a paixão, o comprometimento em cultivar sempre o amor nos pequenos gestos e a fidelidade (ALMEIDA, 2007).

Boff (2002) compartilha com a construção sócio-cultural na sociedade em que vivemos ao destacar que o motivo para a infidelidade é variável entre os gêneros masculino e feminino. O homem tende a ser polígamo. Quando se apaixona por outra, fica com as duas. A mulher, ao contrário, se amar outro homem, entrega-se por inteiro. E, assim, muitas mulheres abandonam marido e filhos por uma grande paixão. O marido, no entanto, quando trai, o faz para aguentar um casamento chato. A mulher em geral trai para ir embora. Para ela, é impossível ter êxtase com dois ao mesmo tempo; ter prazer até com muitos homens só em orgias. Concluiu que o homem tradicionalmente coloca em primeiro lugar o sexo, e a mulher, o amor (BOFF, 2002).

Almeida (2009) destaca que a traição feminina é relatada pelos estudos um sentimento de culpa em função da discriminação e do julgamento que a sociedade faz com as mulheres infiéis, enquanto os homens são desculpados facilmente pela cultura da sociedade ocidental (ALMEIDA, 2009).

Diante do exposto, observa-se que existem fortes diferenças de gênero nesse processo de infidelidade. Nesse sentido, ainda tratando dessas questões de gênero, tornam-se explícitas as diversas implicações trazidas para a vida social e econômica das mulheres. A infidelidade pode abarcar muitas manifestações diferentes, além de poder prejudicar inúmeros relacionamentos amorosos, como é o caso do adultério (ALMEIDA, 2007).

Muito embora esse ato adúltero tenha sido sempre punido pela sociedade de diversas formas, aos olhos de quem o pratica ele pode se apresentar como uma alternativa válida na busca constante de satisfação, de prazer. Algumas vezes, a separação não é cogitada como opção, sobretudo se

um dos parceiros apresentar vinculações afetivo-sexuais para com o outro, ou ainda se tal arranjo familiar for interessante para sua vida social, se satisfizer a família como um todo, ou se propiciar vantagens profissionais ou econômicas.

Uma eventual separação pode implicar elevados custos, materiais e emocionais, de tal forma que pode ser mais conveniente a permanência no relacionamento infiel, fracassado, sem amor, dados os ganhos secundários nesse tipo de relação. Por certo, pode-se conjecturar que tanto a fidelidade quanto a infidelidade, por caminhos inversos, operam no sentido de buscar segurança e estabilidade emocional, buscando o/a parceiro/a, com isso, preencher seu estado de insatisfação afetivo-sexual (ALMEIDA, 2012).

Ainda nesse aspecto, para algumas pessoas, a infidelidade é a resposta possível a uma situação de insatisfação que encontram dentro do relacionamento. Apesar de que represente uma saída lastimável e condenável (para os parceiros que sofrem/sofreram com uma infidelidade), o início de uma relação infiel é muito mais referente à incapacidade para resolver os problemas do casamento do que pela falta de amor na relação (ALMEIDA, 2007).

No entanto, nem todas as pessoas que se dispõem a praticar a infidelidade são caracterizadas por terem uma paixão avassaladora pela terceira pessoa ou algum tipo de sentimento. A saturação e o desgaste no relacionamento podem abrir, ou não, espaço para a entrada de uma nova pessoa. Em casos positivos, a novidade da relação, baseada na demasiada valorização das qualidades e não evidência dos defeitos confere o revigoramento ao que anteriormente parecia perdido, mas que pode, também, de alguma forma, dar lugar a sentimentos de culpa fortíssimos. Assim, não existem quaisquer evidências científicas de que somente o amor e a satisfação entre os parceiros sejam suficientes para predizer a estabilidade nos relacionamentos amorosos (ALMEIDA, 2007).

4.3 – PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA

A preocupação em limitar o número de filhos em um arranjo familiar parece ser tão antiga quanto a existência da humanidade, pois a prática da anticoncepção vem de longo tempo, já tendo sido mencionada em um papiro

egípcio há mais de quatro mil anos. Supõe-se que o controle do número de pessoas – a serem abrigadas, alimentadas, cuidadas – tenha sido uma preocupação desde os primeiros grupos humanos. Sabe-se de povos da Antiguidade que mantinham práticas como as de “eutanasiar” os idosos, ou matar recém-nascidos (RAMOS, 2008).

Ainda nesse sentido, vale ressaltar que ter filhos sempre teve significados diferentes para homens e para as mulheres, e, nesse contexto, houve várias revoluções na história das atitudes ocidentais para com o fato de se ter filhos. Sempre houve a preocupação de influenciar ou moldar a fertilidade, de reduzir ou aumentar as concepções e nascimentos. Carr-Saunders afirmou em 1922 que já nos tempos pré-históricos se faziam tentativas no sentido de controlar o seu número. Uma classe de fatores tinha como objetivo reduzir a fertilidade ou provocar eliminações. Esses fatores são a abstenção prolongada de relações sexuais, o aborto e o infanticídio (MCLAREN, 1997).

É importante citar que as mudanças de atitude com a limitação do número de filhos só podem ser entendidas quando situadas no contexto tanto das condições econômicas e sociais como da evolução das preocupações de ordem religiosa, médica e filosófica da sociedade.

Existem abundantes indícios de uma vasta variedade do emprego de práticas de controle da fertilidade no passado. Com efeito, a abstinência, a interrupção do coito e o prolongamento do aleitamento, que eram utilizados pelos gregos, viriam a manter-se as formas básicas de limitações no âmbito da família. Apenas na década de 1960, com o aparecimento do contraceptivo oral e do DIU de plástico, é que a fé total do público numa “determinação tecnológica” da fertilidade desabrochou (MCLAREN, 1997).

Ao longo da história da humanidade, houve vários meios para impedir a concepção. As primeiras descobertas de métodos anticoncepcionais foram feitas antes de Cristo, por Hipócrates, que verificou a eficácia contraceptiva da semente de cenoura selvagem. Na mesma época, Aristóteles descobriu o efeito contraceptivo de algumas plantas, como a *mentha pulegium* (FONSECA SOBRINHO, 1993; DRÁUZIO VARELA, 2008).

Depois de Cristo, por volta de 1550, foram criados os primeiros preservativos de linho e, em 1700, os romanos usavam revestimentos penianos feitos de bexiga de cabra, bezerros e ovelhas, um precursor da camisa-de-vênus (FONSECA SOBRINHO, 1993; DRÁUZIO VARELA, 2008). Os gregos da Antiguidade também tentavam prevenir a concepção ao deixar a mulher de cócoras e apertando o abdômen, na tentativa de remover o sêmen da vagina. Na Europa pós-medieval, para evitar a concepção, usavam-se tampões feitos de ervas, algas, sementes de mostarda, cera de abelha, limão, moedas, botões de colarinho, pedras, joias, bem como revestimentos penianos feitos com tecidos e peles de animais (HYPESCIENCE, 2008).

Ainda nessa evolução dos métodos contraceptivos, em 1850, o americano Charles Goodyear descobriu um método de deixar a borracha mais maleável e resistente e inventou o preservativo de látex, semelhante aos que são comercializados nos dias atuais. Isso foi possível com o advento da indústria da borracha, no século XIX, quando se deu início à fabricação desses revestimentos penianos (camisa-de-vênus, a popular “camisinha”). No fim do mesmo século, mais precisamente em 1880, surgiram os primeiros diafragmas e dispositivos intrauterinos (DIU), todos de forma bem rudimentar. Nesse tempo, a erva arruda era frequentemente usada como contraceptivo e abortivo. Naquela época, já se contava com alguns dos métodos hoje usados, como camisinha, tabelinha e coito interrompido. Contudo, as informações sobre a utilização desses métodos eram precárias (FONSECA SOBRINHO, 1993; VARELA, 2008).

Muitos dos métodos contraceptivos utilizados atualmente já eram usados por mulheres há milhares de anos. Na civilização egípcia, as mulheres utilizavam esponjas com vinagre ou suco de limão para matar os espermatozoides e evitar a fecundação. Atualmente, esponjas contraceptivas são produzidas com materiais contraceptivos modernos e espermicidas químicos (MCLAREN, 1997).

No Brasil, assim como nos países subdesenvolvidos, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos, com as novas formas tecnológicas para a contracepção, como as pílulas anticoncepcionais, fez parte de políticas internacionais voltadas à redução da população. Esse movimento

revolucionário foi muito diferente do que ocorreu com mulheres de países europeus, cujas políticas natalistas tinham adquirido muita força após as guerras mundiais. Assim, enquanto em lugares como a França a pílula somente tenha sido liberada para consumo em 1967, no Brasil, a pílula anticoncepcional e o DIU foram comercializados sem entraves desde o início da década de 1960 (BRASIL, 2002).

Essas informações sobre as novas formas de anticoncepção, tidas como mais eficazes que as anteriores, vieram acompanhadas de alarmantes dados sobre os riscos da superpopulação no mundo, sobre a necessidade fervorosa do controle da natalidade. Logo, no início de 1960, a revista *Seleções*, num artigo intitulado *Gente Demais! Que Fazer?*, trazia as informações que dali a 40 anos, ou seja, no ano 2000, o mundo teria aproximadamente oito (8) bilhões de pessoas e, dessas, 70% seriam afro-asiáticas. O motivo disso era a redução da mortalidade infantil, bem como o aumento da longevidade. No mesmo estudo, eram elucidadas as experiências dos doutores Gregory Pincus e John Rock, os quais, desde 1956, experimentavam os contraceptivos hormonais em mulheres do Haiti e de Porto Rico, chamados no artigo da revista de "campos de prova". Afirmavam também que o medicamento era muito recente para se assegurar alguma promessa de eficácia; que ainda era muito caro e que se registraram, nas mulheres que o experimentaram, queixas de efeitos colaterais secundários desagradáveis como náusea, cefaleia e tonturas (COUGHLAN, 1976).

Nas décadas de sessenta e setenta, o Brasil e vários países da América Latina foram submetidos a diversas formas de ditadura militar. Este regime ditatorial impediu manifestações, limitou a liberdade, definiu um percurso histórico e consolidou o capitalismo monopolista, recebendo pressões de estruturas internacionais para a adoção de políticas contra a natalidade (PEDRO, 2003).

Vale destacar que a principal iniciativa para as ações direcionadas à garantia dos direitos humanos em todos os aspectos se deu com a Conferência do Cairo que aconteceu após 200 anos de debates sobre questões de demografia e economia, tornando-se um ponto de inflexão nas orientações sobre este tema. O Programa de Ação da CIPD, resultado de um consenso assinado por 179 países, propiciou uma mudança fundamental de paradigmas:

das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (VIOTTI, 1995).

As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos da população fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos e reportam às questões da cidadania moderna, pensadas a partir dos princípios iluministas do século XVIII. Contudo, o caminho até a Conferência do Cairo foi árduo e marcado por obstáculos, avanços e retrocessos. Ao longo da caminhada, a população foi vista ora como objeto de políticas coercitivas, ora como sujeito de direitos e de políticas cooperativas. E foi no desenrolar dessas conferências, sob conjunturas internacionais distintas e sob a influência de múltiplos atores sociais, que se chegou às definições dos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva (VIOTTI, 1995).

E no que se refere a esse amplo leque de definições, é importante analisar primordialmente o conceito de saúde reprodutiva, discutido na supracitada conferência. Sendo assim, saúde reprodutiva:

é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (VIOTTI, 1995, p.32).

No que se refere à definição de Saúde Sexual, a OMS de 1975 a define como a integração somática, emocional, intelectual e aspectos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realcem sempre a personalidade, a comunicação e amor (OMS, 1975).

Sendo assim, observa-se que a noção de saúde sexual implica uma abordagem positiva da sexualidade humana, um conceito bem amplo e com o propósito dos cuidados com a saúde sexual que deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais e não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, deveria haver um aprofundamento no assunto para que a saúde sexual pudesse ser promovida em todos os aspectos.

Nesse sentido, entende-se que a saúde sexual faz parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas à sexualidade (VIOTTI, 1995).

Referindo-se à política vigente na atualidade, que é o PAISM – Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, salienta-se que este foi criado em 1983, e que o Estado é o provedor de meio e informação, com o fim de que todos os brasileiros tivessem acesso ao Programa e pudessem planejar suas famílias. Em 1988, a Constituição Federal brasileira contemplou o livre-arbítrio do Planejamento Familiar – PF, sendo competência do Estado a responsabilidade de prover recursos para o exercício desses direitos. Em 1996, foi estabelecida a lei nº 9.0263/96, que regulamenta o direito constitucional e contempla um conjunto de ações para assistência à concepção e à contracepção (PEREIRA, 2008).

Apesar de toda a legislação, estudos apontam o reduzido leque de métodos contraceptivos e a discrepância existente entre preferência e comportamento reprodutivo os quais violam o princípio básico de autonomia individual/familiar que enfatiza a livre escolha. Ainda há um percentual significativo de gravidezes indesejadas, abortos provocados e mulheres que não querem mais ter filhos ou querem tê-los mais tarde; estas, porém, não estão usando métodos contraceptivos, ou seja, são mulheres com necessidade de utilização, mas insatisfeitas com a anticoncepção, embora necessitem usá-lo ou para espaçar ou limitar os nascimentos de seus filhos; contudo, não o estavam fazendo por algum motivo (TAVARES, 2007).

Nesse contexto, é importante reconhecer que, no mundo das práticas humanas, a atividade sexual não implica, necessariamente, reprodução, e, nos dias atuais, embora a reprodução, geralmente, envolva a atividade sexual, as novas técnicas de fertilização *in vitro* possibilitam crescentemente reprodução sem intercurso sexual. E, de certo modo, a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à tendência a fundar gênero e sexualidade e, de outro, às pressões do conservadorismo moral, no

sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação (VIOTTI, 1995).

Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se –, mas que, ao mesmo tempo, correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual. O claro discernimento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais é parte desse mesmo esforço de esclarecimento e é necessário para a instituição de boas práticas assistenciais que visam à garantia desses direitos (VIOTTI, 1995).

Nesse sentido, precisamos conhecer esses direitos e garanti-los de alguma forma à população. No entanto, percebe-se que a dinâmica do atendimento no âmbito da saúde reprodutiva em PF no Brasil não é satisfatória. Tal serviço na rede pública do país é oferecido, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família-ESF, e, mesmo tendo uma programação que visa ao vínculo, à humanização, à integralidade e ao acolhimento, a equipe de saúde negligencia o serviço de atenção ao PF, quando maior ênfase é dada à contracepção, de maneira a permitir o desenvolvimento de uma política controladora, na qual a mulher exerce um papel mais de objeto que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva. Verifica-se que a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada e sua provisão irregular; e não há definição de papéis dos profissionais que compõem a equipe nesse tipo de atendimento. Percebe-se, pois, uma distância entre o que está proposto na política do MS e o que é prática na ESF (MOURA, 2007; SANTOS, 2011).

Santos (2012) relata que o serviço de PF entre os adolescentes em uma favela no Rio de Janeiro traz outras críticas ao atendimento; enfatiza-se, dessa forma, a necessidade de o serviço ser adequado a cada contexto de vida. Observou-se, no referido contexto, que a maternidade permanece como uma atividade bem sucedida através da qual os jovens adquirem uma sensação de realização em um ambiente em que a falta de oportunidade prevalece muito antes da ocorrência da gravidez. Adolescentes também enfatizam o ideal de feminilidade com a gestação. Assim, percebe-se que melhorar o conhecimento formal e o bem-estar econômico são soluções possíveis para fornecer a esses

jovens outros objetivos de vida, que vão além da maternidade/paternidade (SANTOS, 2012).

Além disso, após o processo gestatório, diversas transformações ocorrem no cotidiano das jovens gestantes com o nascimento do bebê, que leva um tempo para que haja adaptação. É evidenciado que as visitas de familiares e amigos tornam-se mais frequentes e essas mulheres permanecem mais tempo dentro de casa; o estudo e o lazer diminuem consideravelmente (KALINOWSKI, 2012).

Nesse contexto, é perceptível que nas sociedades culturalmente mais desenvolvidas o PF seja exercido de forma espontânea. Quanto mais alto o nível de racionalidade que o ser humano atingir, maior será sua capacidade de exercer o controle de sua sexualidade e praticar o relacionamento sexual por interesses outros que não o de reproduzir-se. O baixo nível socioeconômico interfere diretamente na adoção de métodos contraceptivos (SANTOS 2012).

Outro estudo avaliou a implantação do serviço de PF em três municípios do Rio de Janeiro, comparando-os em alguns aspectos: estrutura para as atividades clínico-assistenciais, composição de equipes, profissionais com capacitação específica, rotinas estruturadas; planejamento para atender questões específicas da população masculina, consideradas deficientes, avaliação dos serviços de referência para procedimentos de maior complexidade, informação e educação, favorecendo a autonomia e os direitos. Foi observada uma melhor implantação em um dos municípios, quando comparado com os outros dois ainda incipientes e com várias deficiências. O estudo reafirmou que a efetivação do PF é uma tarefa não concluída do processo instituinte da política de assistência ao planejamento reprodutivo. Outros estudos também evidenciaram essa afirmativa (PEREIRA, 2008; MOURA, 2007; SANTOS, 2008).

Ainda no que se refere ao planejamento reprodutivo no contexto do sistema único de saúde, entende-se que foi a partir da criação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que as ações de promoção à saúde da mulher, visando à integralidade, começaram a ter enfoque, pois, como já foi visto, até meados da década de 1970, a intervenção médica sobre o corpo da mulher apenas reafirmava sua condição de mãe. As ações

estabelecidas eram sempre para o par materno-infantil e faziam questão de ressaltar essa condição pela assistência ao ciclo gravídico-puerperal (COSTA, 1999; CRUZ, 2000).

O movimento feminista à época lutava para reverter esse quadro. A saúde da mulher deveria ser pensada de forma abrangente, em todas as fases da vida, e de forma democrática, dirigida a todas as mulheres, inclusive as que não têm filhos.

Desse movimento, houve o surgimento do PAISM, criado em 1983, cuja regulamentação foi efetivada em 2004. Porém, vale destacar que essa política voltada à assistência à mulher em sua completude ainda não foi totalmente consolidada, pois ainda está em processo de efetivação em algumas cidades do país. Contudo seu arcabouço teórico preconiza, no âmbito da integralidade, a assistência clínico-ginecológica e educativa em pré-natal, parto, puerpério, DST, câncer do colo de útero e de mama e em planejamento familiar. Tem-se, nesse sentido, a preocupação em melhorar a assistência obstétrica, o acesso de fato ao planejamento familiar, e a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e familiar (BRASIL, 2004).

A mencionada política pretende contemplar e ampliar as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas em suas especificidades e necessidades, como as mulheres negras, as indígenas, as trabalhadoras da cidade e do campo, as que estão em situação de prisão, as lésbicas e aquelas que se encontram no climatério e na terceira idade. Dentre as ações a serem contempladas, encontra-se a saúde mental das mulheres e o enfoque de gênero, ou seja, tem-se em vista a integralidade, a mulher como ser holístico (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o conceito de atenção integral à saúde da mulher reformula o significado do corpo da mulher no contexto social e cultural, com o fim de expressar uma mudança de posição das mulheres. Ao analisar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher, vista de forma integral, holística, o PAISM destruiu a lógica que há muito tempo orientou as intervenções sobre o corpo e as questões reprodutivas da mulher. No contexto do PAISM, as mulheres não são mais vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal,

ao parto e ao puerpério, estavam incluídos nesse Programa os direitos sexuais e reprodutivos (OSIS, 1998).

É importante considerar que o processo de redemocratização do país possibilitou a redefinição teórica da assistência à saúde. Contudo, sabe-se que o percurso percorrido pelo PAISM ainda foi curto, em função de todas as alterações frequentes da base política e de todas as dificuldades financeiras que ainda continua debilitando o processo de formalização de saúde preventiva. Ainda assim, mesmo com as dificuldades elencadas, pode-se afirmar que nos últimos anos houve a obtenção de alguns avanços na efetivação do PAISM, porém não foi como esperado. Esse avanço foi mais perceptível na implementação do PAISM no que se refere ao planejamento familiar, pelo apoio da colaboração técnico-financeira da Organização Pan-americana (OPS) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (RAMOS, 2008).

No processo de descentralização e regionalização do SUS, sua execução encontra-se sob a alçada de Coordenadorias de Saúde da Mulher instaladas nas secretarias estaduais e municipais de saúde. São os seguintes pressupostos que fundamentam o planejamento familiar no âmbito do PAISM:

1. A decisão sobre o número e espaçamento dos filhos é direito inalienável do Indivíduo;
2. O Governo brasileiro não impõe conotação demográfica que vise aumento, manutenção ou redução do número de nascimentos, mas tão somente deseja a diminuição da morbimortalidade materna e infantil;
3. A ação do Estado restringe-se a garantir, a todos os brasileiros, informação e acesso necessário à prática do planejamento familiar, entendendo-se como tal a assistência à infertilidade conjugal ou decisão consciente na escolha de metodologia contraceptiva;
4. O planejamento familiar não deve ser implementado isoladamente, mas, sim, oferecido à população dentro do conjunto de ações que visam à assistência integral à saúde;
5. O Estado deve exercer rigorosa vigilância sanitária ao uso de metodologia conceptiva (fertilização assistida) ou contraceptiva, no sentido de anular possíveis repercussões ominosas aos usuários dessas técnicas;

6. O Estado deve analisar e acompanhar cuidadosamente os protocolos de pesquisas em tecnologias na área de reprodução humana, evitando a possibilidade de comprometimento à saúde da população;
7. Nenhum procedimento na área do planejamento familiar é totalmente inócuo, existindo sempre a necessidade de avaliação técnica adequada, que garanta o acompanhamento dos usuários por pessoal capacitado, com qualidade e resolubilidade (BRASIL, 2002, p. 2).

O documento que define a atividade de planejamento familiar no âmbito do SUS propõe a manutenção de normas sempre atualizadas junto aos serviços de saúde – que “constituem importante passo para a efetivação do planejamento familiar” – e reafirma a necessidade do treinamento teórico e prático de forma contínua, em que “foram capacitados milhares de profissionais de saúde e lideranças comunitárias nas ações do PAISM e no planejamento familiar em todo o país” (BRASIL, 2002, p. 3).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que se concebia, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, todas as medidas para a execução das ações de planejamento familiar são implementadas em nível de município, nas unidades de saúde, principalmente naquelas com o Programa de Saúde da Família – PSF, que cuida das famílias de determinada localidade. Esse programa determina, como competência dos profissionais de saúde, assistir à concepção e à contracepção para que possam dar informações aos casais sobre as opções para ambas, e enfatizar a oferta dos métodos contraceptivos disponíveis e autorizados pelo Brasil (BRASIL, 1996a).

Para corresponder às expectativas da população quanto à escolha dos métodos e facilitar o acesso, o atendimento deve ser próximo ou dentro da comunidade, e deve promover a autonomia dos usuários para que haja a distribuição de contraceptivos de forma descentralizada. Às equipes do PSF compete também estabelecer uma integração com os serviços de atenção pré-concepcional, pré-natal, pós-parto, pós-aborto, prevenção do câncer de colo do

útero, de controle das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tendo nas mulheres em idade reprodutiva sua clientela-alvo, permite-se viabilizar o contato da usuária com a equipe de saúde (MEDRADO, 2005; MOURA, SILVA; GALVÃO, 2007).

Trazendo a realidade do planejamento reprodutivo aos dias de hoje, como já foi iniciada a discussão a respeito da estratégia de saúde da família, entende-se que, desde o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, o governo brasileiro tem atuado nas questões relativas ao planejamento familiar adotando políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção, o que deveria ser um acesso a todos os meios existentes até o momento.

Os primeiros esforços para a implementação do PAISM incluíram a provisão de insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais para proverem atenção em planejamento familiar com qualidade. Entretanto, esses esforços foram marcados pela descontinuidade, fragmentação das ações e baixa efetividade, e os avanços foram lentos e sem muita contextualização desde a segunda metade dos anos de 1980 até os dias de hoje (COSTA, 1999).

Nesse contexto, percebe-se que no Brasil o planejamento familiar é privilégio exclusivo dos abastados, os bem-aventurados; assim, vive-se em um aglomerado ideológico (VARELA, 2008), em que dificilmente esse PF é posto em prática, ou seja, não é efetivada a política de saúde elaborada pelo governo, tal como consta no documento.

É preciso ressaltar que as taxas de natalidade no país estão caindo gradativamente nos últimos cinquenta anos, porém constata-se que o declínio foi muito mais acentuado nas classes média e alta. Não é necessário consultar os números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para tal verificação, basta ver a fila de adolescentes grávidas ou em situações de abortamento induzido, diversas situações de risco à espera de atendimento nas maternidades públicas do país ou até mesmo o número de crianças pequenas nos bairros da periferia. Outra razão para a falta de políticas públicas com o objetivo de universalizar o direito ao planejamento familiar no País é a má distribuição de renda. Argumenta-se que o problema não está na quantidade

de filhos, mas na falta de recursos financeiros destinados à criação desses filhos (VARELA, 2008).

Outro discurso do governo brasileiro para a diminuição da taxa de natalidade tem sido pautado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais sobre a definição do tamanho da prole, ou seja, a efetivação das ações do planejamento familiar (COSTA et al., 1999). Porém um estudo feito por inferência probabilística em 5.507 municípios brasileiros provou que os gestores municipais não têm como prioridade o planejamento familiar. Dessa maneira, entende-se que esse tema ainda não está superado como objeto de políticas públicas, como já foi tão mencionado. O planejamento reprodutivo ainda reflete interesses antagônicos que se confrontam numa luta entre as instâncias políticas, econômicas e ideológicas do poder (HARDY, 2006).

Ainda nesse sentido, sabe-se que a educação e a renda estão negativamente correlacionadas ao nível de fecundidade (BERQUÓ, 2000), desde o início dos anos 1960, quando se iniciou a escalada decrescente da fecundidade da mulher brasileira, de seis filhos para dois filhos. Nesse sentido, não se pode esperar que a mulher tenha tido autonomia suficiente para decidir algo tão complexo como o planejamento reprodutivo, assunto que envolve tantos outros poderes que não o da própria mulher. É perceptível que educação e renda representam apenas uma faceta desse universo tão amplo (PEREIRA, 2011).

Vale destacar que em outubro de 2001 foi proposta uma nova estratégia para aquisição de métodos anticoncepcionais reversíveis pelo Ministério da Saúde, já que os métodos definitivos estavam em alta, para os municípios que atendessem a determinados critérios, com distribuição descentralizada, visando à regionalização, e com periodicidade trimestral, com o fim de se galgar a uma cobertura de aproximadamente 30% da demanda por esses métodos no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, pelo envio da primeira remessa de insumos aos municípios, em julho de 2002, o Ministério da Saúde solicitou ao Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP) que realizasse uma pesquisa para verificar se os métodos anticoncepcionais enviados aos municípios estavam disponíveis nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS) e disponíveis para a população e para identificar possíveis obstáculos a essa disponibilidade (BRASIL, 2005).

Em se tratando da implementação do serviço de planejamento familiar no país, foi evidenciado através de estudos que este estava melhor implantado nas capitais em que existiam estratégias de saúde da família, porém, mesmo nesses serviços, embora os gestores municipais tenham enfatizado que essas atividades eram tão prioritárias quanto as demais da área de saúde da mulher, observou-se que, na prática, isso não acontecia. Entre os profissionais das UBS e das equipes de saúde da família, a maior ênfase continuava sendo o ciclo grávido-puerperal, e o planejamento familiar tendia a ocupar um plano secundário nas ações (OSIS, 2006).

Fazendo referência às capacitações em planejamento familiar, realizadas nos diversos municípios do estudo, com os profissionais tanto da UBS quanto das equipes de saúde da família, estes afirmaram que as capacitações incluíam o planejamento familiar, porém dentro de outra temática, principalmente quando tratavam das questões sobre o pré-natal, e que esses profissionais não se sentiam preparados para atuarem em planejamento familiar (OSIS, 2006).

Normalmente, os profissionais de saúde das equipes de saúde da família não percebiam o planejamento familiar como parte da atenção básica; no entanto, ele é um serviço de caráter preventivo para a saúde da mulher e da criança que não pode passar despercebido. Em algumas capitais, as atividades de planejamento familiar não incluíam a questão da infertilidade: não havia protocolo de atendimento nem sistema de referência para tal ação. No geral, não havia consistência entre as informações dos gestores e dos profissionais entrevistados a respeito da gama de ações oferecidas pelo serviço de planejamento familiar (OSIS, 2006).

Diante do exposto, embora a sociedade possa ajudar, ao pressionar o governo ou mesmo de maneira mais autônoma nessa área, é perceptível a dependência das políticas públicas, dos governantes, e, infelizmente, esses gestores ainda se apresentam temerosos no sentido de irem de encontro à igreja, não adepta das medidas contraceptivas, ou até de lutarem contra os obstáculos postos para a efetivação da política pública referida a essa área.

Dessa forma, esses governantes agem como se o planejamento familiar fosse uma forma de eugenia para descartar os indesejáveis, mas na verdade se trata de uma aspiração legítima de todo cidadão brasileiro. Nesse bojo, encontram-se as mulheres mais pobres, privadas da oportunidade de planejar sua prole, como uma mãe de quatro filhos, que mal consegue alimentá-los, e que pode até conceber o quinto filho, mas não quer vê-lo sofrer no mundo (VARELA, 2008).

Nesse contexto, é justo oferecer à população os diversos métodos contraceptivos, como a vasectomia, o DIU, a esterilização feminina: laqueadura e vários tipos de pílulas e métodos hormonais aos que vivem bem, enquanto os mais necessitados, mais desprovidos de renda são condenados aos caprichos da natureza no momento de planejar suas famílias? (VARELA, 2008).

Porém, assim como em outros países do terceiro mundo, segundo estudos do Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População, há o reconhecimento de que foram adotadas normas para garantir a informação e o livre acesso aos métodos contraceptivos, para que houvesse possibilidade de expandir o leque de escolhas, mas de fato a principal deficiência continua sendo a falta de disponibilidade dos insumos para as pessoas mais carentes e de alguma forma excluídas da sociedade (FNUAP, 2012).

Diante do exposto, o planejamento reprodutivo é de responsabilidade de todos, governantes, população e da equipe multidisciplinar; é, assim, de extrema importância um bom aconselhamento. Os seres humanos são diferentes entre si, possuem contextos de vida diferenciados, bem como possuem necessidades diferentes. Nesse sentido, o melhor aconselhamento é aquele que se destina ao indivíduo de forma singular, respeitando a liberdade individual sem violar o princípio ético básico da autonomia.

4.3.1.3 Contraceção, esterilização e aborto

Como já foi discutido, as mulheres brasileiras diminuíram consideravelmente a taxa de fecundidade a partir dos anos 1960. Para conseguirem esse declínio, recorreram principalmente à pílula anticoncepcional e à esterilização cirúrgica, o método definitivo. No período, apenas as mulheres com razoável poder aquisitivo podiam adquirir a pílula no mercado. Boa parte das mulheres pobres tinha acesso à pílula por meio das organizações anti-natalistas que se ampliaram a partir da década de 1960 (RAMOS, 2008).

Em meados da década de setenta, recursos internacionais foram conseguidos para investir no planejamento familiar de países em desenvolvimento; parte dos recursos foi destinada à distribuição de anticoncepcionais orais. No entanto, a principal forma para a regulação da fecundidade pelas brasileiras foi a esterilização cirúrgica. No Brasil, especificamente, alguns fatores organizacionais como a ausência de políticas públicas efetivas, bem como a falta de uma política de planejamento familiar deram espaço para que algumas ONGs se associassem a governos estaduais e municipais, treinando e oferecendo material cirúrgico para laqueadura em todo o país (ALVES, CORRÊA; JANNUZZI, 2003).

Nesse sentido, percebe-se que nesse período a esterilização voluntária era a forma contraceptiva mais escolhida entre os casais. A laqueadura tubária é a principal, seguida da vasectomia. Assim, observa-se que, apesar da evolução adotada no país nesse campo de saúde sexual e reprodutiva com o surgimento do PAISM, ainda são muito elevados os índices de esterilização cirúrgica, principalmente a laqueadura tubária.

Ainda nesse contexto, estudos mostraram diferenças regionais no uso dos diferentes métodos contraceptivos, evidenciando as diferenças de práticas contraceptivas entre pessoas de condições socioeconômicas diferenciadas. A comparação entre estados brasileiros proporcionou a relação entre a esterilização ao grau de pobreza da região, pois estados do Nordeste e Norte estavam entre os que apresentavam taxas mais elevadas de mulheres esterilizadas. Particularmente, a região nordeste se destacou com o mais alto índice de esterilização cirúrgica no ano de 1986: 25% das mulheres em alguma

forma de matrimônio estavam esterilizadas e esse número depois aumentou para 44% (ZURUTUZA, 2001).

Estudos também mostraram que as mulheres estavam realizando a laqueadura tubária cada vez mais cedo (a idade média em que as mulheres se esterilizavam era de 28,9 anos em 1996, e de 31,4 anos em 1986). Os homens estavam realizando a vasectomia na faixa entre 30 e 39 anos; a maioria dos homens esterilizados já tinha em média dois filhos e as mulheres tinham três ou mais. O estudo mostra ainda que 6,4% dessas mulheres esterilizadas tinham apenas um filho (BEMFAM, 1996).

Em estudo comparativo entre o Estado de São Paulo e o Brasil, de 1986 a 1996, observam-se algumas tendências no tocante às ações contraceptivas: até os 30 anos de idade, o anticoncepcional hormonal oral é prevalente e, a partir dessa idade, a esterilização feminina cresce consideravelmente. A esterilização feminina tende a aumentar com o número de filhos e diminuir com a escolaridade. A vasectomia era, naquela época, cinco vezes menos utilizada que a laqueadura, embora já se percebesse uma tendência de aumento de uso de métodos masculinos (VIEIRA, 2001).

A operacionalização da esterilização durante tanto tempo teria gerado uma sincera “cultura da esterilização” no país, passada de geração a geração, de amiga para amiga, de patroa para empregada (BERQUÓ, 2004).

A legislação traz a regulamentação da contracepção, de modo a estabelecer que cada pessoa deve ser bem orientada, esclarecida de que sua decisão deve ser voluntária, e não ser exposta a qualquer tipo de coerção, pressão ou incentivo sobre qualquer tipo de método escolhido, principalmente a esterilização, a qual deve estar disponível para aqueles que desejarem, respeitando-se todos os critérios preestabelecidos para a efetivação do procedimento. Nesse sentido, o grande problema é sobre a ótica da saúde pública, a forma de proceder a esterilização feminina. Para evitar internações e cirurgias excessivas, as mulheres e os profissionais de saúde preferem realizar a laqueadura no momento do parto cesáreo, o que vai de encontro ao preconizado pela legislação.

Ainda na década de 1980, estudiosos já denunciavam a realização da laqueadura tubária imediatamente após o parto. Tal fato ocorria e ainda ocorre

porque as usuárias solicitavam ou os médicos propunham o parto cesáreo, mesmo de forma eletiva, sem o organismo manifestar reações para o parto fisiológico (BERQUÓ, 2004).

Uma pesquisa mostrou que 97% das esterilizações femininas eram realizadas imediatamente após o parto cesáreo (CARDOSO, 1994). Sendo assim, embora a cesariana seja um grande fator de risco para morbimortalidade materna e neonatal, o país tornou-se campeão na realização de partos cesáreos. Essa referência data de 30 anos atrás, no entanto o que mais se observa na atualidade é a marcação de cesáreas eletivas para realização de laqueadura tubária (CAVALCANTE, 2013).

No que se refere ao aborto, sabe-se que não é um método contraceptivo. Porém, antecedentes históricos mostram que era considerado, junto a um infanticídio, método controlador de natalidade. É importante, no entanto, a discussão em torno dessa questão, por esse método ter relação direta com a assistência à saúde reprodutiva e relação indireta com o planejamento familiar. Percebe-se que se houvesse serviços de grande eficiência, de aconselhamento vasto e público sobre a regulação da fecundidade, uma ampla oferta e disponibilidade de métodos contraceptivos de forma gratuita ocasionar-se-ia uma redução drástica da prática de aborto.

Como é conhecido, o recurso ao abortamento é uma questão altamente polêmica e controversa por implicar questões de natureza ética, religiosa e de direitos. Na maioria dos países do Terceiro Mundo, sua prática é proibida por lei, assim como no Brasil. Porém, as dificuldades para se evitar uma gravidez indesejada, que incluem a ausência de uma política efetiva de planejamento familiar, induzindo aos casos de abortamento, mesmo este sendo proibido por lei, essa prática continua sendo uma alternativa para milhares de mulheres na América Latina (LIMA, 2000).

Nesse sentido, no que se refere à legislação brasileira sobre o aborto, sabe-se que o código penal considera crime o aborto provocado, porém evidencia a não punição dessa prática nos casos de risco de vida materno ocasionada pela gestação e em caso de vítimas de violência sexual (DELMANTO, 1981). Registre-se que o poder judiciário acrescentou a esses os

casos de gestações com fetos anencéfalos, incompatíveis com a vida extrauterina.

Quando praticado de forma clandestina, o aborto realizado de maneira insegura tem significativas implicações para a saúde sexual e reprodutiva. Assim sendo, além de constituir causa frequente de internamentos obstétricos por complicações, pode causar vários danos às mulheres, inclusive o risco de infertilidade. Em casos mais graves, a mulher pode evoluir para a infecção puerperal, o choque hipovolêmico e choque séptico. Entende-se que 60% destes são ocasionados por aborto provocado (SCHOR & ALVARENGA, 2008); este torna-se, assim, um grande vilão da mortalidade materna.

Nesse contexto, de acordo com documento do Ministério da Saúde, dados da OMS indicam que, anualmente, no mundo todo, 75 milhões de gestações são indesejadas; 35 a 50 milhões de abortos são induzidos e, destes, 20 milhões são inseguros; 70 a 80 mil mulheres morrem por complicações de abortos inseguros, sendo que 95% destes ocorrem em países do Terceiro Mundo (BRASIL, 2005d).

A realidade brasileira, segundo a OMS, é de que 31% de todas as gestações encerram em casos de abortamento. Todos os anos acontecem cerca de 1,4 milhões de abortamentos de forma espontânea, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres na faixa entre 15 e 49 anos. Como reflexo dessa situação, no ano de 2004, 243.998 internações na rede SUS do país foram motivadas para a posterior realização das curetagens uterinas pós-aborto, correspondentes a casos de complicações (BRASIL, 2005d).

É certo que não se tem como obter os índices precisos sobre a quantidade de abortos provocados no Brasil. Inúmeras gestações são interrompidas de forma muito precoce, por substâncias ou instrumentos que impedem a implantação da criança no útero. Entende-se que não se pode inferir o número de abortos relacionando-os às curetagens uterinas realizadas, pois outras causas podem levar a tal procedimento, inclusive o aborto espontâneo. O que é verdade é que, no Brasil, o aborto em condições inseguras é responsável por 250 mil internamentos no SUS para que haja tratamento de suas complicações ou consequências. Nesse aspecto, a mortalidade materna por aborto inseguro tem grande significado; em alguns

municípios do país, encontra-se entre as cinco primeiras causas dessas mortes. Alguns dados disponíveis de razão de mortalidade materna por causa evitável destacam 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004e).

Nesse sentido, entende-se a razão pela qual o aborto inseguro, prática ilegal, não é uma problemática exclusiva da saúde materna e responsabilidade apenas do setor saúde. Por todas as suas implicações éticas, culturais e religiosas, a eliminação do aborto inseguro é uma questão de natureza jurídica de grande importância para a redução ou eliminação dessa prática.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa cujo delineamento a ser utilizado será do tipo transversal de base populacional. Este estudo é um desdobramento da Pesquisa guarda-chuva intitulada por Gênero e Reprodução: um estudo sobre maternidade e paternidade na cidade de Maceió, Alagoas, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade da Universidade Federal de Alagoas, com financiamento do CNPQ, resultante de vários estudos, dentre esses, duas dissertações de mestrado.

A descrição quantitativa da população consiste na coleta sistemática de dados sobre uma amostra da referida população. Esse estudo descreve as características quantitativas de uma amostra representativa e também estuda as relações entre variáveis durante a obtenção dos dados e produção de informações. Para isso, de utilizar um número considerável de variáveis potencialmente relevantes cujo interesse reside em encontrar as de maior valor preditivo (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A abordagem quantitativa permite evidenciar a observação e a valorização de um fenômeno observado, através do levantamento de dados e da análise estatística que estabelece os padrões de comportamento observados. Para isso, se baseia no método hipotético-dedutivo buscando sempre a informação mais fidedigna. Além do mais, Lakatos e Marconi (2010, p285) enfatiza que, o estudo quantitativo “elege uma ideia que transforma em uma ou várias perguntas relevantes, das quais derivam hipóteses e variáveis”.

5.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Maceió, capital do Estado de Alagoas, pertencente ao Nordeste do Brasil, ocupando uma área 511km², tem uma população residencial estimada, em 2011, de 943.110 habitantes, dentre esses, 458.655 habitantes têm idade entre 20 e 49 anos, o que representa 48,1% do total de habitantes (DATASUS, 2012).

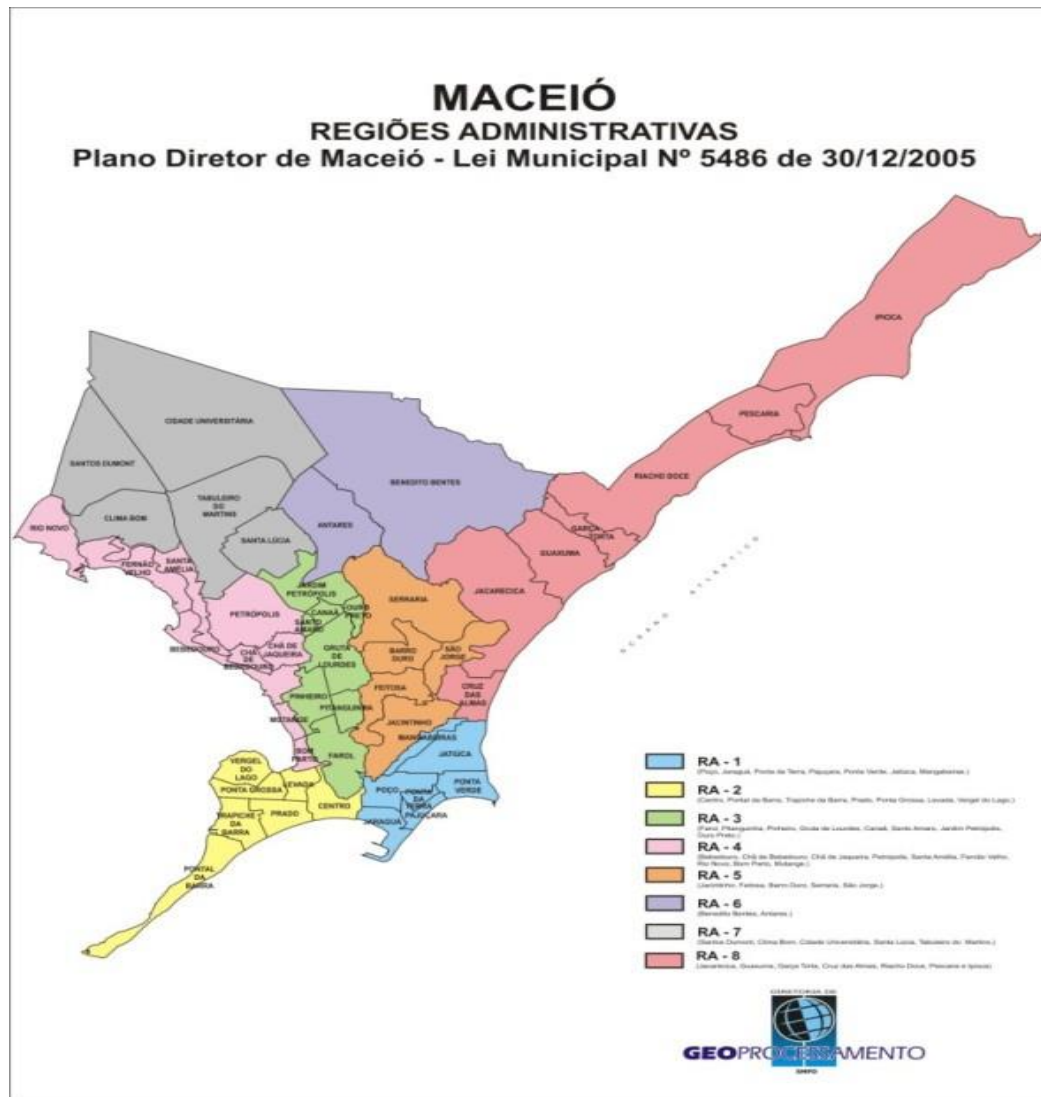
O município de Maceió é composto por 50 bairros e dividido em 8 (oito) regiões administrativas (RA) descritas no Quadro 1. A lista completa dos bairros consta no Apêndice 1.

Quadro 1 – Descrição das Regiões Administrativas (RA) e bairros da cidade de Maceió, Alagoas. 2012.

Regiões Administrativas (RA)	Bairros de Maceió (Alagoas)
RA1	Poço, Jaraguá, Ponta da Terra, Pajuçara, Ponta Verde, Jatiúca, Mangabeiras.
RA2	Centro, Pontal da Barra, Trapiche da Barra, Prado, Ponta Grossa, Levada e Vergel do Lago.
RA3	Farol, Pitanguinha, Pinheiro, Gruta de Lourdes, Canaã, Santo Amaro, Jardim Petrópolis e Ouro Preto.
RA4	Bebedouro, Chã de Bebedouro, Chã da Jaqueira, Petrópolis, Santa Amélia, Fernão Velho e Rio Novo, Bom Parto e Mutange.
RA5	Jacintinho, Feitosa, Barro Duro, Serraria e São Jorge.
RA6	Antares e Benedito Bentes.
RA7	Santos Dumont, Clima Bom, Cidade Universitária, Santa Lúcia e Tabuleiro do Martins.
RA8	Jacarecica, Guaxuma, Garça Torta, Cruz das Almas, Riacho Doce, Pescaria e Ipioca.

Fonte: Autora, 2012.

Figura 1 - Imagem do município de Maceió delimitando os recortes nas Regiões Administrativas (RA).



Fonte: "Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento de Maceió"

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Após autorização da Direção da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa/UFAL e aprovado sob Processo de Aprovação Nº 018151/2010-53. A pesquisa está sendo financiada pelo CNPQ, após seleção pública do edital MCT/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 020/2010.

Após a aprovação, foram dados os esclarecimentos aos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos do estudo, e sobre a necessidade de se assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), nesse momento, a coleta de dados foi iniciada. Nesse Termo são destacados: a

garantia do sigilo; o direito de recusar a continuar na pesquisa em qualquer etapa e sem quaisquer prejuízos; a autonomia para escolher ou não em participar da pesquisa. As pessoas arroladas na investigação foram informadas sobre a divulgação dos resultados em periódicos e em eventos científicos. O TCLE impresso em duas vias, uma entregue aos sujeitos da pesquisa e outra, que ficou em posse das pesquisadoras, guardado por cinco anos.

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os sujeitos participantes deste estudo são homens e mulheres residentes na cidade de Maceió/AL, correspondente à população de Maceió dos anos de 2011 e 2012. Nesses anos, essa população era composta por aproximadamente 943.110 habitantes; sendo selecionada para o estudo a população das faixas etárias entre 20 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, o que compreende pessoas de 20 a 49 anos de idade.

Sendo assim, o grupo populacional entre 20 e 49 anos de idade totalizou 458.655 habitantes no ano de 2011, representando 48,1% da população total; considerada para o cálculo de seleção da amostra. Destes 458.655 habitantes, 211.073 (46,01%) são homens e 247.582 (53,98%) são mulheres (DATASUS, 2012).

A escolha dessa população – adulto jovem em idade fértil nos possibilita conhecer e ter uma visão de idades diferentes e, portanto, permite uma melhor visualização do comportamento sexual e reprodutivo de algumas gerações na perspectiva de gênero ao longo dos anos.

Como critérios de inclusão, leva-se em consideração a idade entre 20 e 49 anos de idade; terem sido pai e/ou mãe; serem casados/as ou viverem em união estável. A estratégia de busca dos/as participantes foi a visita aos domicílios, ao casal, com o fim de se selecionar homens e mulheres em quantidades iguais, embora o estudo do casal em si não seja o foco desta pesquisa. Os demais que não atenderam a esses critérios foram excluídos do estudo.

5.5 AMOSTRA

5.5.1 Tamanho da amostra

Atendidos aos critérios de inclusão e exclusão: homens e mulheres residentes na cidade de Maceió, na faixa etária de 20 a 49 anos, foi calculada uma amostra considerando-se um erro amostral de 5%. Os sujeitos participantes foram selecionados a partir dos 50 bairros já citados, existentes em Maceió.

O tamanho da população (N_1), para a população masculina, foi de 211.073 habitantes e o tamanho da população feminina (N_2) foi de 247.582 habitantes, de todos os moradores/as, nos bairros previamente selecionados. As fórmulas utilizadas estão descritas a seguir.

PRIMEIRA FÓRMULA: Primeira aproximação da amostra

$$n_0 = 1/E_0^2 \text{ (1ª aproximação)}$$

sendo

$n_0 = 1^a$ aproximação da amostra

$E_0 =$ erro amostral considerado: (5%)

Obs.: O valor encontrado para n_0 é aplicado na 2ª fórmula.

SEGUNDA FÓRMULA: Cálculo do tamanho da amostra

$$n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$$

sendo

$n =$ tamanho da amostra

$N =$ tamanho da população

$n_0 = 1^a$ aproximação da amostra

- Cálculo do tamanho da amostra da população masculina

1ª fórmula:

$$n_0 = 1/(0,05)^2$$

$$n_0 = 400$$

2ª fórmula:

$$N_1 = 211.073$$

$$n = (211.073 \cdot 400) / (211.073 + 400)$$

$$n = 84.429.200 / 211.473$$

$$n = 400 \text{ (aproximadamente)}$$

$$n_1 = 400 \text{ homens}$$

- Cálculo do tamanho da amostra da população feminina

1ª fórmula:

$$n_0 = 1 / (0,05)^2$$

$$n_0 = 400$$

2ª fórmula:

$$N_2 = 247.582$$

$$n = (247.582 \cdot 400) / 247.582 (+400)$$

$$n = 99.032.800 / 247.982$$

$$n = 400 \text{ (aproximadamente)}$$

$$n_2 = 400 \text{ mulheres}$$

$$n_{\text{total}} = n_1 + n_2$$

$$n_{\text{total}} = 400 \text{ homens} + 400 \text{ mulheres}$$

$$n_{\text{total}} = 800 \text{ pessoas}$$

5.5.2 Plano Amostral

A amostra foi escolhida de modo a permitir inferir sobre a população, a partir dos achados encontrados no conjunto de seus elementos, o que torna necessário que a amostra seja calculada de modo a ser representativa da população em estudo, com uso de técnica adequada aos objetivos do estudo.

As técnicas de amostragem probabilísticas são técnicas aleatórias de seleção dos elementos que buscam a obtenção de uma amostra representativa da população em estudo. O uso dessas técnicas minimiza os vieses de seleção relacionados ao pesquisador, de modo a evitar que suas preferências pessoais interfiram na seleção da amostra e venham a comprometer a qualidade da pesquisa (MARTINEZ, 2011).

A técnica de Amostragem Aleatória Estratificada – AAE para seleção dos elementos de subgrupos ou estratos naturais da população, como bairros ou regiões de um município; sendo composta por todos os estratos na seleção da amostra. Nessa etapa, a distribuição dos indivíduos dentro dos estratos foi por Alocação Uniforme, em que o tamanho amostral é igual para cada estrato (MARTINEZ, 2011).

Considerando n o tamanho amostral ($n=800$) e k o número de estratos ($k=50$), para se obter uma amostra uniforme dentro de cada estrato é necessário utilizar a fórmula $n_1 = n/k$, sendo n_1 a amostra de um dos estratos considerados. Como os estratos são representados pelos 50 bairros, então as amostras de cada estrato são representadas por ($n_1, n_2, n_3, \dots, n_{49}, n_{50}$).

Dado que $n = 800$ e $k = 50$, tem-se que $n_1 = n_2 = \dots = n_{50} = 16$; assim, a quantidade de elementos de cada estrato corresponde a 16 indivíduos por bairro.

5.6. COLETA DE DADOS

5.6.1. Seleção dos domicílios

As entrevistas foram realizadas através de visitas a cada domicílio. Primeiramente, foi realizada uma busca de uma rua central dentro de cada bairro, tomando-se como referência praças, igrejas, dentre outras. A busca foi feita até se encontrar os oito (8) domicílios por bairro para entrevistar o casal, o que resultou em 16 participantes por bairro, e a amostra final de 800 participantes.

Caso o domicílio selecionado não dispusesse da presença do casal, quando o casal não se encontrava no domicílio este seria substituído por outro mais próximo, de modo a se obter o número de domicílios estabelecido por bairro.

O domicílio a ser substituído corresponde ao vizinho à direita do anteriormente selecionado. Não sendo este elegível, era substituído pelo

vizinho à esquerda e assim sucessivamente até que fosse possível encontrar um domicílio elegível.

Caso a rua escolhida não dispusesse da quantidade suficiente de domicílios elegíveis, uma rua próxima era selecionada até que o total de oito (8) domicílios fosse atingido para cada bairro. Um controle de campo foi realizado para a identificação dos domicílios selecionados; domicílios não elegíveis; domicílios que se encontravam fechados; os que não eram utilizados como domicílios; e também os casos de recusas em participar do estudo.

As visitas às casas eram realizadas no período do entardecer ou anoitecer, por volta das 17 horas ou 18 horas, horário este mais provável para encontrar o homem e a mulher no domicílio, mesmo que fosse inconveniente para os casais que chegavam do trabalho. Ressalta-se que o tempo de coleta era dificultado porque estava próximo do anoitecer, momento em que se pode enfrentar problemas sociais, como a violência.

A coleta ocorreu em dias de semana e, também, aos sábados e domingos. Nestes dias (fins de semana), a coleta era feita durante o dia, porque havia maior probabilidade de encontrar os casais em casa, pois boa parte da população poderia não trabalhar nos fins de semana.

Diante de algumas dificuldades, era comum duas ou três oportunidades de visita ao mesmo campo, o que tornou a coleta prolongada.

A quantidade total de pesquisadoras/es envolvidas/os não foi a quantidade programada, pois houve desistências ao longo do período, em virtude principalmente da disponibilidade necessária para a pesquisa de pelo menos 12 horas semanais. Acresce-se a esse fato a falta de bolsas em quantidade suficiente para integrar uma quantidade maior de estudantes, fundamental em uma pesquisa deste porte. Houve, em razão dessa escassez de benefício, gastos financeiros com deslocamento e, algumas vezes, com alimentação, o que desestimulou alguns estudantes em participar da pesquisa até o final.

Conseguiu-se o apoio do transporte da Universidade por quatro meses, insuficiente para a conclusão da coleta de dados. O período de inverno do ano de 2012 também representou muitas dificuldades para a etapa de coleta de

dados, pois era inviável andar casa a casa em períodos de chuva; era, inclusive, além da dificuldade de acesso às casas em ruas não pavimentadas.

5.6.2. Aproximação dos sujeitos

As entrevistadoras foram treinadas com o objetivo de garantir a padronização das entrevistas. As mulheres aceitavam mais facilmente participar do estudo e até apreciavam o tema pesquisado, pois, para elas, a pesquisa se tornou uma oportunidade de falar sobre um assunto que dificilmente era abordado.

Por intermédio das companheiras, era mais fácil a aproximação aos homens que, em geral, eram mais resistentes a participar. As recusas foram consideradas poucas; era mais comum haver domicílio inegível por se encontrar apenas o homem ou a mulher na residência. A entrevista era realizada simultaneamente com o casal, com a participação de duas entrevistadoras no domicílio, em diferentes cômodos da casa, para que um não interferisse na resposta do outro, guardando-se o sigilo das respostas com o fim de se evitar possíveis constrangimentos.

5.6.3. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista a qual permite uma interação entre pesquisador (a) e pesquisado (a), processo este que possibilita a apreensão, por parte da pesquisadora, sobre o que os sujeitos sabem, pensam e/ou argumentam. As entrevistas foram previamente estruturadas e as questões formuladas de modo articulado para que as respostas fossem mais fáceis de serem categorizadas (SEVERINO, 2007).

As entrevistas foram realizadas face a face de maneira clara e metódica, o que proporcionou informações mais fidedignas e a obtenção de dados de maior qualidade. O instrumento de coleta de dados (Apêndice 3) compreende um formulário estruturado com perguntas diretas para o sujeito, o qual contempla as variáveis preestabelecidas sobre a pessoa e sobre o quesito maternidade e paternidade, de modo a abranger a saúde sexual e reprodutiva.

5.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis independentes e dependentes se relacionam ao comportamento sexual e reprodutivo dos casais no relacionamento atual. Antes de os (as) entrevistadores (as) iniciarem as perguntas, a pessoa era esclarecida sobre o que tratava o formulário e decidia de forma autônoma sobre sua participação.

As variáveis independentes do estudo são aquelas relacionadas aos dados sociais como sexo, idade e escolaridade; as dependentes, relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo como idade, em anos, que se uniu ao parceiro/a, tempo de união, motivo da união, tipo de união, uso de contraceptivos na relação atual, tipo de contraceptivo utilizado, escolha sobre o método contraceptivo, atração sexual na conjugalidade, infidelidade, uso de método contraceptivo nas relações extraconjugais, gravidez desejada na relação atual, gravidez planejada na relação atual.

5.7. TRATAMENTO DOS DADOS

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) na versão 21.0. Este software contempla uma vasta ferramenta de técnicas estatísticas univariada e bivariada, assim como análises estatísticas descritivas, com a utilização de medidas de posição (Média) e de variabilidade (Desvio-Padrão) e análises estatísticas das variáveis, nas quais foram utilizados os testes bivariados (ex.: Teste Quiquadrado e Teste T), a fim de se verificar a existência ou não de associações entre as variáveis do estudo.

Foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, erro padrão, intervalos de confiança) das variáveis métricas e estatística de frequência para as variáveis categóricas. → Média: fornece a média do escore de todos (as) os (as) participantes; → Desvio-padrão: fornece um indicativo de quão próximo os escores estão da média do conjunto de dados; → Erro-padrão: fornece uma medida do grau com que as médias amostrais se desviam

da média das médias amostrais. → Intervalo de confiança: fornece um raio de valores em torno da média amostral, dentro da qual podemos constatar, com determinada confiança, se ela contém a média da população (DANCEY, 2008).

5.8 SUPORTE TEÓRICO

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo foi realizado em oito (8) regiões administrativas de Maceió, contemplando 50 (cinquenta) bairros, considerando-se que a amostra compreende oito (8) domicílios por bairro, o que resultou em 400 domicílios e 800 pessoas entrevistadas, sendo 400 homens e 400 mulheres.

A apresentação dos resultados foi dividida em três partes:

- a) caracterização do grupo em estudo: etapa que consiste na descrição da amostra estudada;
- b) comportamento sexual do grupo: etapa que analisa os aspectos relacionados ao comportamento sexual de homens e mulheres que vivenciam uma conjugalidade no período da coleta de dados, o uso de método contraceptivo, a infidelidade, os sentimentos envolvidos na conjugalidade;
- c) comportamento reprodutivo do grupo: etapa que analisa os aspectos relacionados ao comportamento reprodutivo de homens e mulheres que vivenciam conjugalidade no período da coleta de dados, em relação a opção por ter filhos/as e ao planejamento reprodutivo.

Inicialmente, a análise descritiva dos dados foi etapa fundamental de organização e síntese dos dados, por permitir a familiarização do/a pesquisador/a com seu estudo, de forma a obter as informações necessárias para responder as questões que foram investigadas.

Essa etapa foi subdividida em blocos de variáveis que foram agrupadas de acordo com o assunto relacionado ao comportamento sexual e reprodutivo, sendo as variáveis subdivididas nos seguintes blocos: *caracterização do grupo*

em estudo; comportamento sexual do grupo e comportamento reprodutivo do grupo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO EM ESTUDO

O grupo foi caracterizado em relação ao sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil e religião de criação, o que foi importante para se conhecer o grupo que compõe a amostra estudada (TABELA 1).

Considerando-se que a faixa etária selecionada para a pesquisa é de 20 a 49 anos de idade, 26,1% possuíam entre 20-29 anos completos, 42,9% estavam entre 30-39 anos completos e 31,0% tinham na faixa de 40-49 anos de vida. A média de idade dos sujeitos da pesquisa foi de 35 anos, com o desvio padrão de 8,14, sendo o valor mínimo de 20 anos e máximo de 49 anos, como preconizado pelos critérios de inclusão e dentre esses, 50% são homens e 50% são mulheres. Segundo a cor da pele, a maioria dos/as entrevistados/as se declara pardo ou parda (86,3%), seguida da cor branca com 24,6%.

A religião de criação predominante é a católica (78,0%), seguida da protestante com 14,2%. Apenas 6,4% dos/as participantes relataram não terem sido criados/as com algum tipo de orientação religiosa. Em relação ao estado civil, 52,2% são casados no civil e 47,8 vivem em união estável.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra estudada. Maceió, Alagoas, 2012.

Variáveis	N	%
Cor da pele (n=800)		
Branco	196	24,6%
Pardo	491	61,7%
Preto	81	10,2%
Amarelo	20	2,5%
Indígena	08	1,0%
Religião de criação (n=800)		

Católica	613	78,0
Protestante	112	14,2
Espírita	08	1,0
Nenhuma	50	6,4
Outras	04	0,4
Estado civil (n=800)		
União civil	417	52,2
União estável	382	47,8

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CASAIS DO ESTUDO NA VIVÊNCIA DA CONJUGALIDADE

Esta pesquisa retrata que homens e mulheres da cidade de Maceió estão se unindo, ou seja, iniciando uma relação conjugal com a média de idade de 23 anos e meio, sendo que o sexo masculino apresenta uma média de 24 anos e as mulheres, a média é de 22 anos. Vale destacar que nesses dados podem estar intrínsecos recasamentos e não apenas as primeiras uniões dos casais, tendo em vista que os dados obtidos pela entrevista dizem respeito apenas ao relacionamento atual. Isso quer dizer que pode ter havido outras uniões antes do relacionamento conjugal atual como é evidenciado na tabela a seguir.

Tabela 2 - Média, desvio-padrão, valor máximo e mínimo, erro padrão da idade (em anos) em que se deu a união na relação atual, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	Erro padrão	Ic95%
Homem	24,57	6,47	14-48	0,32	23,94- 25,21
Mulher	22,41	6,43	12-47	0,32	21,78- 23,05
Total	23,49	6,53	12-48	0,23	23,04- 23,95

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam que os brasileiros estão se casando cada vez mais tarde. A idade média de homens

que iniciaram um casamento foi de 26 anos; já as mulheres tinham, em média, 28 anos de idade, variando conforme a região do país. Mostra que, em Alagoas e Rondônia, os homens tinham uma média de 24 anos quando se casaram, significando a média mais baixa entre os Estados, o que corrobora os resultados desta pesquisa. As estatísticas do registro civil revelam que vem aumentando também a proporção de recasamentos, num total de 20,3% em 2011 do total das uniões formalizadas. Em 2006, essa proporção era de 14,6% e, em 2001, não passava de 12,3% (IBGE, 2012).

Tabela 3 - Média, mediana, desvio-padrão, valor máximo e mínimo (em anos) do tempo de união na relação atual, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Sexo	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo
Homem	12,03	7,93	0,8-35
Mulher	12,07	7,83	0,8-35
Total	12,05	7,88	0,8-35

1. Para melhor análise dos dados, foram retiradas as categorias: não se lembra/não sabe e NSA.
2. Para melhor análise dos dados, as respostas foram transformadas em escala de ANOS.

Identifica-se nas tabelas a seguir que a média de anos dos casais entrevistados foi de 12 anos, sendo a mesma média de idade para os homens e as mulheres. Os resultados do teste T de *student* evidenciam a não significância de diferenças de tempo de união entre os homens e mulheres, pois foram entrevistados casais. Logo, o tempo é o mesmo e o p não é significativo para essa variável, e, assim, o tamanho do efeito muito pequeno.

Apesar desse achado, que em geral os casais possuem um tempo de união conjugal de cerca de 12 anos, dados estatísticos de pesquisas nacionais trazem a ideia de que os casamentos estão durando cada vez menos no Brasil. A maioria dos casais (56,5%) está se divorciando antes de completar 15 anos de união, como apontam as estatísticas do Registro Civil de 2011, divulgadas pelo IBGE: 41,6% deles. O grupo que mais chama a atenção é o que esteve junto por um período de apenas 1 a 4 anos, cujo percentual de divórcio entre eles mais do que dobrou, passando de 8,5% em 2001 para 19% em 2012. Os

que ainda nem completaram um ano de casados, e que antes não constavam entre as dissoluções, agora já representam 1,8% do total (JUSBRASIL, 2013).

Tabela 4- Tempo de relacionamento: Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹ Maceió, Alagoas, 2012

Variáveis	Sexo	M	DP	<i>d</i>	Teste t de student	
Tempo de relacionamento	Homem	n = 400	12,03	7,93	0,01	$t(798) = 0,56, p = 0,95$
	Mulher	n = 400	12,07	7,83		

1. M = Média, DP = Desvio Padrão, *d* = Tamanho do efeito – Cohen (1992) recomenda que para o tamanho do efeito do teste *t*, 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande.

Nesse aspecto, segundo o IBGE, o Distrito Federal tem a taxa maior de divórcios do país: 4,8%, seguida de Rondônia (4,7%) e Acre (3,8%). No Rio, a taxa é de 1,9%, e, em São Paulo, 3,4%. Ao se comparar as taxas de 2010 com as de 2011, o IBGE verificou que houve crescimento em todos os estados. Em relação a faixa etária em que homens e mulheres mais se divorciam, a taxa maior no grupo de mulheres se deu entre 30 e 34 anos, correspondendo a 7,3% e de 7,2% para a faixa etária de 35 a 39 anos. Em relação aos homens, os divórcios acontecem principalmente nas faixas de 35 a 39 anos e de 45 a 49 anos num total de 7,9% para ambas. (JUSBRASIL, 2013).

Vale destacar que a conjugalidade no mundo contemporâneo está sendo abordada por alguns autores que tratam de incertezas que a modernidade trouxe aos relacionamentos amorosos. Segundo Giddens (1993) e Bauman (2004) as pessoas sentem a necessidade de buscar vínculos amorosos materiais em uma sociedade que coloca dificuldades nas constituições dos vínculos sociais.

Ainda nesse sentido, é provável que na Modernidade os laços afetivos se tornem cada vez mais frágeis; isso decorre das crescentes relações de consumo características do contexto histórico em que se vive. Mas, mesmo dentro dessa fragilidade, existe uma necessidade de relacionamento entre as

peças, mesmo que venha ocorrendo de modo mais rápido e menos engessado do que tempos atrás. Apesar das características efêmeras do amor, é interessante perceber quanto ainda este é almejado como se fosse eterno, mesmo que se saiba que poderá durar menos do que se imagina. Como a insegurança causa mal-estar, podemos compreender que as pessoas envolvidas em relacionamentos amorosos tentam controlá-los como se controlam investimentos realizados no mercado (BAUMAN, 2004).

6.3 COMPORTAMENTO SEXUAL DO GRUPO ESTUDADO

Nesse componente, foram selecionados: distribuição dos métodos usados pelo casal, relações de gênero sobre a escolha do método, distribuição sobre atração para manutenção de relações sexuais entre os casais por sexo, uso de métodos contraceptivos nas relações sexuais e emoções/sentimentos envolvidos para motivar e manter a união.

A discussão sobre o comportamento sexual nesses diversos aspectos perpassa pelas questões de gênero que atribuem características distintas e até mesmo desiguais entre homens e mulheres. Nesta seção, foram abordadas as variáveis dependentes que podem estar associadas ao comportamento sexual, para, posteriormente, abordarem-se as associações entre estas e o sexo feminino e masculino, etapa importante para a discussão de gênero.

6.3.1 Uso de métodos contraceptivos

O estudo aponta para o fato de que casais que vivenciam uma conjugalidade se abstêm com maior frequência de métodos contraceptivos, pois se verifica que é maior o número de entrevistados/as que não o utilizam (464) em comparação a (336), por motivos variados, seja por não gostar, pelo desconforto do parceiro, pela confiança na relação e no cônjuge, dentre outros. A tabela 5 evidencia esses dados e apresenta também a diferenciação entre os sexos a respeito do uso de métodos, constatando-se que não há muita diferença, ou seja, o p não é significativo. Pode-se verificar que 40,9% das mulheres do estudo tinha se submetido a salpingotripsia (laqueadura das trompas de falópio) ou salpingectomia (retirada das trompas de falópio)

estavam laqueadas e 1,9% dos homens a vasectomia; essa pode ser a razão do não uso de métodos contraceptivos, pois focam o uso apenas na prevenção de gravidez e não nas DSTs. Evidenciam-se também os resultados do teste T de student, em que o tamanho do efeito é considerado pequeno, pois não houve diferenças significativas entre o uso do método por homens e por mulheres.

O uso do método contraceptivo nas relações dos casais é uma variável dependente utilizada para caracterizar o comportamento sexual da população (Tabela 5).

Tabela 5- Utilização de métodos contraceptivos: porcentagem, média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹ Maceió, Alagoas, 2012.

Utilização de método para evitar gravidez	Homem %	Mulher %	P	Total %
Sim	42,8	41,3	0,667	42,0
Não	57,3	58,8		58,0
Média	1,96	2,22		
Desvio Padrão	1,66	0,16		
Tamanho do efeito	0,16			
Teste t de student	$t(588) = 1,87, p = 0,06$			
Total (n)	400	400		800

1. M = Média, DP = Desvio Padrão, d = Tamanho do efeito – Cohen (1992) recomenda que, para o tamanho do efeito do teste t, 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande.

Esse dado diverge de estudo realizado em Nova York (UNITED NATIONS, 2004), que apresenta o planejamento reprodutivo como elemento cada vez mais presente nas políticas e programas de população, e parte integral da saúde reprodutiva. Deixa evidente que, em 1998, em nível mundial, 60,9% das mulheres casadas ou em união utilizavam algum método anticoncepcional, proporção essa que se eleva para 70,5% no caso de mulheres residentes na América Latina e no Caribe. Concluiu que, quando são considerados apenas os métodos modernos, essas proporções chegam a 54% em todo o mundo e a 61,7% na América Latina e no Caribe.

Já a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)-2006 identificou que 80,6% das mulheres unidas em idade fértil faziam uso de algum método

contraceptivo, o que representou um aumento em relação aos resultados obtidos na PNDS-1996 (76,7%). Para as mulheres de nível econômico mais baixo, o uso aumentou de 65% para 74%, reduzindo também os diferenciais em relação à classe mais alta, cuja prevalência de uso foi de 85% em 2006 (ABENFO, 2013).

Todavia, na amostra estudada, identifica-se que a maioria dos casais não utiliza nenhum tipo de método contraceptivo nas relações sexuais por motivos variados e muitos desses casais não estão programando gestação (TABELA 6). Nesse quesito, não houve a diferenciação entre os métodos contraceptivos gerais e os preservativos. Logo, vale considerar que as ações de educação para a saúde e assistência à anticoncepção não deve ser realizado apenas para se evitar uma gestação indesejada, mas para abordar um quadro mais geral da saúde reprodutiva que é a vulnerabilidade feminina diante do contexto das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial a Aids. A educação formal ou para a saúde não somente tem reflexos diretos na ocorrência de gestações não programadas, como em novos casos das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, em especial para as mulheres (BRASIL, 2004).

O resultado de pesquisa realizado por Nancy e Williamson (2008) sobre a recorrência no campo da Aids mostra que os indivíduos têm uma probabilidade muito menor de usar preservativos com parceiros (as) regulares do que com parceiros novos ou eventuais. Por causa disso, muitos formuladores de políticas e gerentes de programas questionam se é válido tentar divulgar preservativos para casais casados ou em relação estável.

Tabela 6 – Número e frequência dos/as entrevistados/as (n=464), segundo o motivo do não uso de método contraceptivo na relação sexual atual. Maceió, Alagoas. 2012.

Motivo pelo não uso do método	Frequência	Porcentagem
Laqueadura	324	40,6%
Desconforto	23	2,9%
Parceiro (a) não gosta	20	2,5%
Vasectomia	14	1,9%
Não quero	11	1,4%
O parceiro não pode ter filhos	9	1,1%
Confio no meu parceiro	4	0,5%
A parceira não pode ter filhos	2	0,3%
Outro	57	7,1
Total	464	100%

Dentre os vários motivos alegados para não usar o método na relação sexual atual, a laqueadura tubária é a mais frequente (324 - 40,6%). Em contrapartida, a vasectomia representa apenas 1,9%, o que corresponde apenas 14 homens do total de entrevistados.

A laqueadura tubária, método definitivo como o principal motivo do não uso de outras medidas preventivas, ou seja, quando os casais resolvem proceder com a esterilização cirúrgica, justifica a não aderência a outra medida preventiva de doenças sexualmente transmissíveis.

Isso mostra como a maioria dos/as entrevistados/as, que retrata uma amostra da capital alagoana, tem utilizado a esterilização cirúrgica como um dos seus principais métodos, medida essa drástica e, na maioria das vezes, sem os devidos esclarecimentos para que a decisão seja tomada de forma consciente.

Nesse quesito, evidenciado na tabela 6, observam-se ainda as relações de poder sutilmente mascaradas entre os sexos. Por exemplo, o fato de haver grande número de mulheres laqueadas implica dizer que a maior preocupação com planejamento reprodutivo é das mulheres, que para os homens não é interessante a responsabilidade sobre o planejamento reprodutivo.

Essa preocupação desde a adolescência da maioria representativa das jovens (meninas) e das conseqüências que participaram de um estudo quanto às conseqüências da relação sexual. Afirma a construção social do gênero, historicamente, remetida à mulher no papel de responsável pela contracepção, já que a maior parte das conseqüências do ato sexual, no concernente aos encargos físicos, emocionais, sociais e financeiros, seja em termos de uma gravidez indesejada, reflexo da imagem junto à própria comunidade, recaem invariavelmente sobre a mulher (PELOSO, 2008).

Registros históricos mostram o fim do matriarcado por volta de 2000 a.C., variando de datas, de região para região (BOFF, 2002). Assim, a partir de então, o mundo começou a pertencer aos homens, fundando-se o patriarcado, base do machismo e da ditadura cultural do masculinismo. São obscuras as razões dessa passagem que demorou quase mil anos para se impor, perdurando ainda até os dias atuais. Provavelmente, a vontade de dominar a natureza levou o homem a dominar a mulher, identificada com a natureza pelo fato de estar mais próxima aos processos naturais da gestação e do cuidado com a vida. Para esse autor, o mais grave é que os homens conseguiram “naturalizar” ao longo da história essa dominação e introjetá-la nas mulheres, a ponto de muitas aceitarem esta situação como normal.

Para Boff (2002), as mulheres estão mais ligadas às pessoas que aos objetos, em contraposição ao homem, que por sua vez, está mais ligado aos objetos que as pessoas e, no processo de produção, tende a tratar as pessoas como objetos, como “material humano”. A construção social cultivou na mulher o desejo e a responsabilidade pelo cuidado das pessoas e ao homem, o espaço público como provedor do lar e administração dos negócios. Utilizou-se de funções biológicas como parir e maternar na definição de papéis e funções sociais.

Vale salientar que o corpo da mulher carrega um pesado e complexo aparelho reprodutivo que inclui tanto a menstruação, defloração, gravidez, parto, amamentação – indo até a menopausa –, além de ter o útero, os ovários, os seios e muito mais zonas erógenas que o homem. Por ser mais simples, o corpo do homem carrega uma grande carga de fantasias, mas o da mulher não, porque o corpo dela carrega a realidade que é a vida (BOFF, 2002). A

atuação maior da mulher relacionada aos assuntos da vida, da realidade cotidiana, da preocupação com o futuro e com a reprodução, atende a todo estímulo e cobrança social.

Estudo falando sobre padrões tradicionais de gênero em Maceió (CAVALCANTE, 2013) evidenciou que algumas mulheres têm predileção pela laqueadura por acreditar que é através desse método que elas conseguirão amenizar problemas relacionados à organização dos serviços, a exemplo de filas para marcação de consultas, falta de profissionais para atualizar os receituários, associada à desinformação para lidar com o método contraceptivo escolhido, dentre outros impasses. Tais observações apontam para a necessidade de ações que estejam comprometidas com a promoção da autonomia das mulheres, garantindo-lhes espaço para o diálogo e para as escolhas.

Tavares e colaboradores (2007) em pesquisa realizada fazem distinções entre as regiões do país no que se refere aos métodos definitivos e os reversíveis; eles mostram que os últimos são mais utilizados em regiões mais desenvolvidas do país, como o Sul e Sudeste. A chance de uma mulher usar um método reversível na região Sudeste é 67% maior do que a de uma mulher da região Nordeste. Identifica-se que essa proporção vai aumentando significativamente entre mulheres residentes na região Sul, enquanto que na região Nordeste e Norte o uso de métodos irreversíveis é mais elevado. Isso pode ser reflexo da maior oferta dos serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, que resulta num melhor acompanhamento dos métodos contraceptivos utilizados. Não é por acaso que no Brasil existe uma elevada taxa de descontinuação de métodos contraceptivos reversíveis, quando estes são usados sem o devido acompanhamento profissional. Nas regiões menos desenvolvidas, a esterilização pode ser a opção mais eficaz para evitar uma gravidez indesejada ou um aborto provocado ou a utilização de métodos oferecidos de forma fragmentada.

Vale salientar que 4,9% dos (as) entrevistados (as) referiram não utilizar os métodos em geral por não gostarem ou sentirem algum tipo de desconforto, e esse quesito vale para todos os tipos de métodos, não apenas os preservativos. Outros (as) 4,5% referiram não utilizar nenhum método pelo fato

de o parceiro/a não gostar, o que parece elucidar com mais ênfase o uso do preservativo. No entanto, esse quesito aborda o uso dos métodos contraceptivos em geral.

Vale enfatizar a necessidade de abordagem de gênero no âmbito da educação, para o desenvolvimento, para ampliar a informação e orientação que permita decidir e fazer escolhas conscientes relacionada a questão sexual e reprodutiva. Não se deve apenas privilegiar o conteúdo das questões de gênero, para que não haja reféns de um discurso bem estudado, mas do qual não se está totalmente seguro. Quando se fala com propriedade de gênero, consegue-se o desenvolvimento econômico e cultural que acabará por transformar de forma benéfica a realidade (ROQUE, 2004).

Tabela 7. Frequência de utilização dos principais tipos de método contraceptivo. Maceió, Alagoas, 2012.

	Frequência	Porcentagem
Pílula anticoncepcional	167	19%
Preservativo masculino	47	9,6%
Injeção/implante	35	5,9%
Coito interrompido	19	3,5%
DIU	14	1,8%
Tabela	8	1%
Usaram mais de um método	2	0,3%
Diafragma	1	0,1%
Outro	10	1,8%
NSA	495	39,8%
Total	800	100%

O estudo evidencia que os métodos mais utilizados entre os entrevistados são as pílulas contraceptivas, seguidas de preservativos e depois de contraceptivos injetáveis. Vale destacar que dentre as pessoas que não utilizaram nenhum método apresenta-se como principal motivo o fato de algumas mulheres já terem sofrido esterilização cirúrgica. Identifica-se, portanto, que os métodos mais utilizados são a laqueadura tubária, os

contraceptivos hormonais orais e injetáveis e os preservativos masculinos; em último lugar, encontra-se o uso do diafragma.

É importante considerar que os métodos comportamentais ainda são utilizados nos dias atuais, mesmo sem o correto esclarecimento sobre seu funcionamento; evidencia-se, também, comportamentos que não devem ser considerados como método contraceptivo, como o coito interrompido, ainda frequente (28 - 3,5%).

Os dados desta pesquisa corroboram com os de pesquisa nacional realizada pela ABENFO (2013) que afirma que os métodos utilizados para a contracepção nas regiões norte, nordeste e centro-oeste concentram-se na esterilização feminina, na pílula e no preservativo masculino. O principal método utilizado foi a esterilização feminina, embora tenha ocorrido uma diminuição do percentual observado em relação à PNDS-1996, o que vem sendo visto nas demais regiões do país.

O estudo de Tavares (2007) compartilha com esse achado e mostra que, apesar da elevada prevalência de métodos contraceptivos no Brasil, esta se limita a praticamente dois únicos métodos: a esterilização feminina e a pílula anticoncepcional. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 (PNDS – 1996), 77% das mulheres unidas em matrimônio e em idade reprodutiva faziam uso de algum método contraceptivo; a esterilização feminina representava 40%, seguida da pílula anticoncepcional que correspondia a 21%. Em suma, a esterilização e pílula respondem por aproximadamente 80% da prevalência de métodos contraceptivos.

O mesmo estudo aponta que em outro extremo foi encontrado o DIU, com as menores probabilidades de uso. Conforme esperado, a região Sul apresenta a maior probabilidade de escolha de métodos hormonais, em contraposição à região Norte que apresenta altos índices de uso de métodos tradicionais. Embora as diferenças sejam mínimas, há um diferencial regional significativo em relação à escolha do preservativo masculino, com probabilidade mais alta na região Nordeste (TAVARES, 2007).

O uso de métodos anticoncepcionais mais direcionados aos homens (preservativo masculino, abstinência periódica e vasectomia) tem sido muito

baixo e, provavelmente, é menor agora quando as opções anticoncepcionais femininas são mais amplas que no passado (MUNDIGO, 1995).

Estudo desenvolvido sobre sexo seguro (EVB, 2011) também aponta que os casais que vivenciam uma conjugalidade, em sua maioria, não utilizam preservativo nem como método contraceptivo nem como medida preventiva para DSTs e Aids. Tais comportamentos podem ter repercussões negativas, já que a contaminação por HPV, vírus com potencial de levar ao câncer de colo de útero, é maior entre casados (as) do que solteiros (as): de 120 mulheres com princípio de lesão causada por HPV, 65% tinham esposo. Destaca-se ainda como os principais motivos que levam os casais a negligenciarem o uso do preservativo é a vergonha e o medo de prejudicar o desempenho da relação sexual (EVB, sexo seguro, 2011).

Tabela 8 - Média, Desvio Padrão, Mínimo-máximo, Erro padrão e IC95% sobre o uso do preservativo, por sexo, Maceió, 2012.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	Erro padrão	Ic95%
Homem	1,44	1,20	0-4	0,60	1,32-1,56
Mulher	1,61	1,23	0-4	0,62	1,49-1,73
Total	1,53	1,22	0-4	0,43	1,44-1,61

1. Para melhor análise dos dados, agruparam-se as categorias, a fim de se construir uma escala, para avaliar a utilização de camisinha neste relacionamento, constituída de 3 pontos, onde 0 – Nunca usaram; 3 – Sempre usaram.
2. Para melhor análise dos dados, foram retiradas as categorias: outro e não lembra.

A tabela acima apresenta os valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo, erro padrão e intervalo de confiança de 95% sobre o uso de preservativo na vivência da conjugalidade. A média mostra que tanto os homens quanto as mulheres referem ter tido relação sexual em algum momento com preservativo masculino, mas isso não é uma rotina na vida conjugal. Alguns casais relataram ter usado no início do relacionamento apenas, o que representa pela média de homens e mulheres próximo de 1,5 e nenhuma próximo de 3, que equivale ao uso frequente, constante, rotineiro. Logo, pode-se constatar que o preservativo, mais conhecido e usado pelos

homens, não é uma prática constante na vida dos casais que vivenciam uma conjugalidade.

Nesse sentido, identifica-se que os métodos contraceptivos são mais direcionados à mulher, pois a política de controle populacional em validade no Brasil, em um passado recente, privilegiava métodos direcionados sempre à mulher; dispensando a participação masculina o que resultou em declínio nas taxas de fecundidade e na marginalização dos métodos de barreira (como o preservativo), que dependiam da colaboração do homem. Disso derivou o que foi denominado de cultura contraceptiva, ou seja, ideias e práticas criadas, que são adversas às mudanças de comportamento sexual que a epidemia de Aids e DSTs em geral solicita (MADUREIRA, 2008).

No entanto, a eclosão dessa epidemia nas décadas de 1980 e 1990 evidenciou o uso do preservativo como forma de proteção mútua dos parceiros, e, assim, solicitou a inclusão do homem nas decisões da vida sexual e reprodutiva do casal, com valorização da participação masculina. O comportamento sexual do homem foi repentinamente colocado no centro das atenções, acompanhado de grande valorização do preservativo no controle da epidemia, apesar da longa prática de focalização na mulher e das crenças relacionadas ao preservativo, que contribuíam para que o seu uso fosse reduzido (MADUREIRA, 2008).

A naturalização do papel da mulher na contracepção e da pouca participação masculina nestas ações, aliada à grande resistência ao uso do preservativo, permeia um quadro nada confortável para a prevenção de DSTs/Aids, agravado pela cisão entre a atenção ao planejamento familiar (especialmente para mulheres) e a atenção às DSTs (especialmente para homens e profissionais do sexo), sem que seja dada a atenção integral para ambos os sexos.

Ainda nesse contexto, estudos apontam que o uso do preservativo deve ser uma exigência dos cônjuges, pois é possível identificar que muitos discursos acabam por legitimar o imperativo do uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais que incorporam elementos de representações hegemônicas de sexualidade masculina vigente. Para o caso, tem-se a infidelidade como regra; o sexo como instinto incontrolável e como necessidade

biológica básica; a desvinculação entre sexo e amor; o sexo como ameaça, dentre outros. Ademais, essa noção conflita com dimensões importantes da noção de conjugalidade vigente, as quais são mais fortemente associadas ao feminino na cultura em foco. Pode-se citar, especialmente, a monogamia feminina (mesmo que seja na perspectiva de se ter um parceiro depois do outro, mas não dois ao mesmo tempo), bem como o amor e a confiança como sendo requisitos necessários para a mulher ter relação sexual (MEYER, 2004).

Os modos femininos de vivenciar a sexualidade têm sido desvalorizados e representados como barreiras para a adoção do preservativo nas campanhas de prevenção endereçadas às mulheres. Ou seja, os anúncios incorporam, sem questionar, representações hegemônicas tanto de feminilidade quanto de masculinidade, mas tomam a segunda como referência imutável, para investir na 'transformação' de modos de ser e de viver a sexualidade, definidos como femininos. Representações de sexualidade masculina continuam, assim, funcionando como reguladoras de relações sexuais e de gênero no âmbito desses discursos de prática de promoção da saúde. As informações importantes, que inclui as ações de prevenção desenvolvidas pelos profissionais de saúde junto aos segmentos da população hoje são posicionados como sendo mais vulneráveis à expansão da epidemia da AIDS (MEYER, 2004).

Da mesma maneira, os próprios profissionais da saúde podem não o indicar ou enfatizar o uso do preservativo em função de vários elementos como a visão de que a gravidez acontece no corpo feminino, o que torna a contracepção um encargo das mulheres e a compreensão de que o preservativo é um recurso masculino a ser recomendado para homens. Aqui, é importante considerar a cisão comumente observada nos programas de saúde, que fragmentam a atuação profissional e desvinculam a contracepção da prevenção de DSTs/Aids, embora ambas integrem o campo da saúde sexual e reprodutiva. Além de que, na atualidade se pode dispor de preservativos femininos, para os quais a mulher pode ter autonomia para tomar essa decisão por escolher mais esse método, levando-se em consideração todas as informações sobre a oferta de métodos contraceptivos existentes.

Tabela 9 - Frequência, média, desvio padrão, mínimo-máximo, erro padrão, IC95% sobre a decisão de utilização do método, por sexo, Maceió- AL.

Decisão de utilização do método contraceptivo	Sexo		Geral
	Masculino	Feminino	
Parceiro (a)	100 (23,3%)	20 (4,7%)	120 (28%)
Ambos	94 (21,9%)	79 (18,4)	173 (40,3%)
Decisão própria	24 (5,6%)	112 (26,1%)	136 (31,7%)
Média	0,65	1,43	1,03
Desvio Padrão	0,67	0,66	0,77
Mínimo-Máximo	0-2	0-2	0-2
Erro padrão	0,4	0,4	0,37
Ic95%	0,56-0,74	1,34-1,52	1,34-1,52
Total	218 (50,8%)	211 (49,2%)	429 (100%)

Tabela 10- Autonomia sobre a escolha da utilização de métodos contraceptivos (A.M.C.): Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹ Maceió, Alagoas, 2012.

Variáveis	Sexo	M	DP	<i>d</i>	Teste <i>t</i> de student
A.M.C.	Homem	n =			
		218	0,65	0,67	1,17
Mulher	n =	1,43	0,66		
		218			

1. M = Média, DP = Desvio Padrão, *d* = Tamanho do efeito – Cohen (1992) recomenda que para o tamanho do efeito do teste *t*, 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande.

Verifica-se no presente estudo que, embora o homem tenha deixado um pouco mais nas mãos das mulheres a decisão sobre o uso dos métodos, a presença masculina já vem se consolidando como objeto de investigações de temas que anteriormente eram predominantemente femininos. Esses dados apontam que ainda é pouco desenvolvida a corresponsabilidade do homem no planejamento reprodutivo, evidenciado na tabela 10. As tabelas 09 e 10 mostram a relação de significância alta, ao ponto de revelar a grande diferença entre a autonomia para a escolha do método, com o fim de evidenciar que as mulheres possuem um poder de decisão muito maior sobre a escolha do método que os homens, os quais não se interessam tanto pela reprodução.

A tabela 10 evidencia $d=1,17$, um tamanho de efeito grande, e o $p=0,000$, uma grande significância. Porém, é importante relatar o avanço referente a esse aspecto pelo fato de haver estudos que entraram nessa discussão acerca das especificidades da participação masculina na questão do planejamento reprodutivo, já que dos homens que responderam à pergunta, ou seja, dos que usam algum tipo de método, 23,3% deixam a decisão sobre a escolha do método com a parceira e 21,9% afirmam que a decisão é do casal em conjunto. Em contrapartida, 26,1% das mulheres que responderam à pergunta afirmam que decidem sozinhas sobre a escolha do método e 18,4% relatam decidir em conjunto com o parceiro.

É importante elucidar os poucos estudos existentes que trata da participação do homem no processo reprodutivo. Um estudo de revisão de literatura mostrou que entre os anos de 1950 e 2000 houve 1.129 estudos com homens nesse processo de comportamento reprodutivo contra 12.122 estudos de mulheres. Oliveira e Munhoz (2006) destacaram a avaliação realizada no período de 1950 a 2000, quando encontraram somente uma pesquisa de opinião, na qual os homens afirmavam ser o planejamento reprodutivo tarefa de controle único e exclusivo da mulher (OLIVEIRA, 2006).

Tal fato pode acontecer pelo motivo de que a maioria dos métodos contraceptivos é destinada à mulher, e a própria cultura sexista de que apenas a mulher gesta, reproduz acaba deixando o homem isento dessa responsabilidade. Dessa forma, os homens acabam não se interessando e deixando à cargo da mulher a total responsabilidade pelo controle sobre a reprodução. Mesmo os métodos que são destinados aos homens como o preservativo masculino e a vasectomia sempre acabam ficando em segundo plano, como a última opção.

A temática da saúde reprodutiva geralmente está muito centrada nas questões do trato do aparelho reprodutivo feminino, trazido pela própria política de direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. Identifica-se, dessa forma, que pouca atenção tem sido dada à experiência e participação masculina nas questões de reprodução.

Uma questão importante na concepção dos direitos reprodutivos é que eles não devem se restringir às mulheres, mas também incluem os homens; as

responsabilidades e capacidades de decisão deles, no âmbito da reprodução e de regulação da fecundidade, do planejamento reprodutivo do casal, deve ser uma decisão compartilhada do casal. Idealmente, as decisões reprodutivas devem ser resultado de consentimento mútuo entre os (as) parceiros (as). Entretanto, no contexto das relações heterossexuais, ainda hoje, a autonomia reprodutiva das mulheres continua a ser um traço marcante das desigualdades de gênero. Assim sendo, em situações em que essa desigualdade e controle continuam a prevalecer – por exemplo, quando um jovem proíbe sua parceira de usar métodos anticoncepcionais ou de recorrer a um aborto –, os direitos reprodutivos das mulheres (ou mesmo daqueles que têm menos poder de decisão, numa relação homossexual) devem ter primazia (VIOTTI, 1995).

Nesse sentido, verifica-se ainda um caminhar lento em relação à participação efetiva sobre as medidas de planejamento reprodutivo por parte dos homens, tanto dentro de casa como nos serviços de saúde, de modo que acompanhem suas parceiras e realmente se permitam refletir como gostaria que fosse sua prole.

Quanto à sexualidade e considerações sobre a vida sexual do homem, a política federal direcionada a este o considera como autor de suas escolhas, sendo necessário então o engajamento em situações e escolhas destinadas e até mesmo impostas às mulheres. É importante que o homem atue quanto a suas vontades, expresse seus desejos, que participe do planejamento familiar junto a sua companheira, se envolva nas decisões reprodutivas e escolha de métodos contraceptivos. Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário superar a concepção de que somente às mulheres cabem o planejamento reprodutivo e as práticas contraceptivas; nesse sentido, deve-se incluir o homem nesse processo (BRASIL, 2009).

A paternidade deve ser muito mais do que uma obrigação legal, deve ser um direito do homem em participar e decidir sobre os seus diversos momentos, desde a decisão de ter ou não filhos, como de quando tê-los, bem como de se estar presente durante a gravidez, parto, pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2009).

6.3.2 Relacionamento conjugal

O início de um relacionamento em nossa cultura, na maioria das vezes, é rodeado por sentimentos positivos, em que os cônjuges estão empolgados com sonhos, objetivos de uma convivência satisfatória a dois. Este estudo destaca que poucos são os casais que se unem por outros motivos que não o envolvimento afetivo.

Assim, a maior motivação para as pessoas iniciarem um relacionamento mais estável, um casamento, foi o sentimento do amor, não havendo grandes diferenças entre os sexos masculino e feminino (60,5%H e 68,8%M) seguido da paixão, principalmente, pelos homens (10,8%) e em razão de gravidez e por conveniência, ambos evidenciados em menor proporção. Citam também tesão, o que semelhante aos demais foram diferentes entre homens e mulheres, o que resultou em um valor de $p=0,000$, ou seja significativa diferença. Tais dados são evidenciados na Tabela 11.

Tabela 11 – Frequência da motivação para iniciar o relacionamento, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

Motivo	Homem	Mulher	P	Total
Amor	60,5	68,8	0,000	64,6
Tesão	3,5	0,3		1,9
Paixão	10,8	3,8		7,3
Conveniência	6,5	5,8		6,1
Gravidez	11,8	14,0		12,9
Outro	7,0	7,5		7,3
Total (n)	400	400		800

1. V de cramer: 0,18.
2. Variância explicada: 3%.

Ao considerar que o amor e o casamento estão sendo postos em xeque na sociedade ocidental, na medida em que surgem novas configurações familiares, ou mesmo outras possibilidades de se vivenciar o sentimento amoroso, é interessante avaliar que, em Maceió, capital de Alagoas, os casais estão se unindo principalmente por compartilhar o amor.

Para Coutinho (2010), o casamento é também movido por razões sexuais, além das afetivas, e, dessa forma, vivenciado de múltiplas formas. Diante das novas expectativas femininas e masculinas de realização pessoal, profissional e afetiva, emergem configurações de união que antes não eram vistas, e cresce o número de separações e o de uniões consensuais. O "até que a morte nos separe" vem sendo substituído pelo "que seja eterno, enquanto dure".

Em relação às diferenças de gênero, um estudo enfatiza que o homem casa-se por motivos mais espantosos; eles observam primeiro na mulher a aparência física antes dos aspectos emocionais. As mulheres querem homens que as amem, lhes deem flores, dentre outros. Os homens querem mulheres domésticas em casa (MURARO, 1996). Essa afirmativa retrata uma realidade de aproximadamente vinte anos atrás, que está em processo de mudança na sociedade. Contudo, para Lins (2013), quase todos, homens e mulheres, desejam não apenas se casar, como se submeter com resignação a muitas outras normas sociais de conduta, a maioria incompatível com suas aspirações mais legítimas. Fazer escolhas realmente livres não é tão simples.

Assim como na cultura ocidental, acredita-se que apenas é possível estar bem quando se vive uma relação amorosa; o casamento por amor passou a ser sinônimo de felicidade e, por conseguinte, uma meta a ser alcançada por todos (LINS, 2013).

Atualmente, os anseios são diversos, as expectativas em relação ao casamento tornaram-se muito mais difíceis, até mesmo impossíveis de serem satisfeitas. As pessoas escolhem seus parceiros e esperam que o amor e o desejo sexual sejam recíprocos e durem a vida toda. Dessa forma, identifica-se que a manutenção do amor "até que a morte separe" se torna cada vez mais inviável. Quando a expectativa de vida era menor, o casamento durava apenas alguns anos; com o crescente aumento da longevidade, o "até que a morte nos separe", embora ainda idealizado por muitos, passou a significar longos anos de convivência, muitas vezes difíceis de suportar (LINS, 2013).

Vale destacar que, na cultura ocidental, o romance está em toda parte. Na literatura, nos filmes e nas músicas sua expressão é abundante. As pessoas ficam dramaticamente encantadas quando o romance está aceso e

desesperadas quando acaba e deixa de pertencer a alguém, torna-se livre. A pessoa apaixonada não é uma pessoa livre. Ao contrário, procura ser possuída, enlevada, fica fora de si, enlouquecida pela nostalgia, que é ignorada pela própria ilusão de liberdade (LINS, 2013).

Tabela 12 – Frequência da motivação para manter o relacionamento, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

	Homens	Mulheres	TOTAL
	Nº %		
Está apaixonado	82 (20,5%)	75 (18,8%)	157 (19,6%)
Gosta dele/a	266(56,5%)	249 (62,3%)	475 (59,4%)
Não sente nada especial por ele/a	6 (1,5%)	0 (0,0%)	6 (0,8%)
Por conveniência	17 (4,3%)	20 (5,0%)	37 (4,6%)
Os filhos	46 (11,5%)	39 (9,8%)	85 (10,6%)
Só sente tesão	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Outro	22 (5,5%)	16 (4,0%)	38 (4,8%)
Não sabe	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,1%)
Total	400 (100%)	400 (100%)	800 (100%)

O estudo aponta que o sentimento mais envolvido na motivação para manutenção do matrimônio foi o gostar, seguido da paixão; outros trazem os filhos e a conveniência como motivos frequentes, na realidade do grupo estudado.

Nesse sentido, é importante destacar que o amor é um sentimento importante para a manutenção de um casamento com mínimas dificuldades. Assim, pode-se ou não experimentar a felicidade, tendo em vista que muitos participantes a identificaram como o gostar ou a paixão, sentimentos que se entrelaçam, e que perpassam por sensações positivas, benéficas, de querer bem e que deveriam estar arraigados em todos os lares e famílias.

Ressalta-se que é perceptível que o amor romântico introduziu, na vida das pessoas, uma forma de pensar sobre si através de narrativas de vida, associadas à construção de uma biografia sempre em relação a um outro em vista do enlace amoroso. Com essa postura, o amor romântico abriu espaço para que as pessoas buscassem um sentido para suas identidades à luz da idealização do outro, como elemento significador de si, visto que existia a

busca da validação de si no outro. Por exemplo, as pessoas começavam a expressar o sentimento de um senso de pertencimento, a ideia de busca de um amor eterno e de completude. É naquilo que se volta para o outro que uma noção do eu demarca-se como elemento subjetivo. Nesse contexto, criaram-se contornos mais definidos sobre o amor romântico pela via da institucionalização do casamento (GIDDENS, 1993).

Logo, é válido refletir nessas diferenças de gênero presentes na conjugalidade. Tradicionalmente, homens e mulheres casavam-se para desempenhar papéis que a sociedade lhes destinava. Os papéis eram bem definidos. A mulher tinha que ser inorgásmica e doméstica. Afeto, sim, mas o desejo era obscuro em casa; na rua, não. Enquanto em casa a mulher cozinhava e cuidava dos filhos, o homem “se virava” na rua arranjando outras mulheres, e, em geral, de classe social mais baixa, com quem fazia sexo dissociado de afeto. Isso porque, dividido pelo homem, o sexo vem separado do afeto. É menos doloroso. A maioria deles sente a intimidade ameaçadora. Para o homem, é sexo ou intimidade; para a mulher, é quase impossível dissociar de ambos (BOFF, 2002).

Com o advento da evolução social, a emancipação feminina, a revolução sexual, o aperfeiçoamento dos métodos anticoncepcionais e das técnicas de reprodução, entre muitos outros fatores, houve uma modificação da concepção sobre os relacionamentos amorosos no contexto da sociedade moderna ocidental. O casamento, que era o principal meio de exercitar a conjugalidade, tem sido questionado e vem perdendo espaço para outros modelos de relacionamento, como as uniões homoafetivas (FALKE, 2010).

Porém, verifica-se que a concepção do amor romântico, valor cultural e base ideal para o casamento no século XVIII é ainda, muitas vezes, enfatizada. Dessa forma, é notório que homens e mulheres veem o relacionamento como fonte de realização afetiva e o cônjuge como responsável pela sua felicidade (SCHAMES, 2000; FALCKE, DIEHL & WAGNER, 2002). Também no direito brasileiro, fica evidente que a ideia de que o “fundamento básico do casamento e da vida conjugal é a afeição entre os cônjuges e a necessidade de que se perdure completa comunhão de vida” (DINIZ, 2000). Observa-se, nesse postulado, a associação entre o casamento e o amor, também evidenciada por

diversos outros pesquisadores brasileiros (MACHADO, 2001; ROCHA-COUTINHO, 2004; ROUDINESCO, 2003; ZAGURY, 2003; ZEGLIO & RODRIGUES JR., 2007).

Por fim, na Revolução Industrial do século XX, começa a surgir a ideia de que o amor nem sempre dura a vida toda; assim, é direito de cada um (a) poder procurar um novo amor, com a devida liberdade, para cada parceiro (a) poder ter seus próprios casos amorosos. Desse modo, no século XX, o casamento, apesar de ser fundamental nas escolhas racionais, nem sempre feitas exclusivamente pelos dois parceiros (as), tornou-se uma questão de se apaixonar. Casar-se tinha como base o desejo da paixão. Casamento e amor se unem e o amor romântico tornou-se a experiência mais desejante da vida (OLIVEIRA, 2007).

No que concerne ao envolvimento de sexualidade, reprodução e amor, em uma pesquisa realizada em 1998, os(as) entrevistados (as) indicaram sua opção em resposta à pergunta "o que significa sexo para você?". Para 17% dos (as) respondentes, sexo significava prazer sexual; 19,5% escolheram "ter filhos"; 62% escolheram "relacionamento amoroso" e 13% optaram pela alternativa "fazer sexo" (CASTRO, 2008). Como é identificado, pesquisas mais recentes da década de 1990 retratam a valorização do amor nesse contexto da sexualidade e reprodução.

Tabela 13- Distribuição sobre a necessidade de manter relações sexuais na visão do parceiro. Maceió, Alagoas, 2012.

Atração para manutenção de relações conjugal	<u>Sexo</u>		<u>Geral</u>		
	Masculino	Feminino			
Mais Atração	56 (7%)	218 (27,3%)	274 (34,3%)		
Menos Atração	153 (19,1%)	40 (5,0%)	193 (24,1%)		
A mesma atração	177 (22,1%)	130 (16,3%)	307 (38,4%)		
Recusou-se a responder	3 (0,4%)	2 (0,3%)	5 (0,6%)		
Não sabe	11 (1,4%)	10 (1,3%)	21 (2,6%)		
Necessidade de manter relações sexuais na visão do parceiro					
Média	0,76	1,43	1,10		
Desvio Padrão	0,70	0,69	0,77		
Mínimo-Máximo	0-2	0-2	0-2		
Erro padrão	0,03	0,03	0,02		
Ic95%	0,69-0,83	1,36-1,50	1,04-1,15		
Média	0,76	1,43			
Desvio Padrão	0,70	0,69			
Tamanho do efeito	0,96				
Teste <i>t</i> de student	$t(798) = 13,66, p = 0,000$				
TOTAL	400 (50%)	400 (50%)	800 (100%)		
Variáveis	Sexo	M	DP	<i>d</i>	Teste <i>t</i> de student
Percepção	Homem	n =		0,70	
		400		0,69	$t(798) = 13,66, p =$
	Mulher	n =	0,76		0,000
		400	1,43		

1. M = Média, DP = Desvio Padrão, *d* = Tamanho do efeito – Cohen (1992) recomenda que para o tamanho do efeito do teste *t*, 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande.

Nesse sentido, com relação à identificação da necessidade do/a parceiro/a acerca da manutenção de relações sexuais cotidianas, evidenciou-se que os homens veem suas parceiras com menos vontade de praticar a relação sexual (153 - 19,1%) ou com a mesma atração (177 - 22,1%); Em relação às mulheres, estas identificam seus parceiros como mais atraídos (218 - 27,3%) ou com a mesma atração (130 - 16,3%). Vale notar na Tabela acima

que é grande o tamanho do efeito entre a diferença da identificação da necessidade de ter relação sexual, ou seja que é grande a significância ($d=0,96$ e $p= 0,000$).

Vale considerar que o aspecto da atração sexual no relacionamento é um dos itens mais importantes para compor a satisfação conjugal; assim, a saúde sexual da mulher, no que diz respeito ao prazer, à libido, também deve ser trabalhada pelos (as) profissionais de saúde, os (as) quais, na maioria das vezes, identificam o assunto sexualidade como um tabu e exploram-no de forma muito superficial, deixando de lado sua contribuição à promoção para a saúde sexual da mulher.

Rosas (2005) ao estudar sobre o assunto retrata que parcela importante de médicos/as e demais profissionais de saúde não reconhece os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos fundamentais. Cabe acrescentar que, ainda mais difícil, é o reconhecimento dos direitos sexuais. Destaca a necessidade de ambos os direitos serem assegurados pelo Estado, e, em última instância, pelos serviços e profissionais de saúde, que são seus representantes frente à população. Afirma que através da ação ou omissão dos profissionais pode-se respeitar ou violar os direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse sentido, é possível identificar o desempenho sexual bastante ansioso, que pode levar ao bloqueio emocional e diversas disfunções. No entanto, a maioria dos homens e mulheres sabe que é capaz de conseguir muito mais da própria vida sexual do que se permite sentir; sabe também que no prazer sexual e nos jogos de amor existe um espaço imenso em que se pode crescer e se desenvolver, desde que encontre tempo, energia e coragem para partir em busca desse desenvolvimento.

Aquino (2013) considera que no aspecto religioso da cultura judaico-cristã patriarcal, afirma-se, no livro *Vida sexual no casamento*, que o ato de amor conjugal provoca relaxamento, vigor, autoconfiança, satisfação de segurança e uma disposição que conduz ao esquecimento de atritos e tensões de menor importância entre o casal.

Demonstra como a visão religiosa corrobora com uma visão machista, de uma sociedade patriarcal, ao se referir que a recusa de sexo sem justificativa pode representar não apenas uma injustiça com o/a parceiro/a,

como também o perigo de se expor à infidelidade e o casamento ao fracasso. Isso mostra que os casais não devem ficar muito tempo separados, quaisquer que sejam os motivos, especialmente por razões menores (AQUINO, 2013).

A afirmação supracitada da corrente religiosa vem contrariar toda a defesa do feminismo, na qual a mulher tem o direito de exercer sua autonomia e suas vontades no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Porém, um estudo mostra as diferenças de gênero nesse processo de comportamento sexual X reprodutivo X amor, homens e mulheres distribuíram-se de forma significativamente diferente. A alternativa mais frequentemente escolhida pelos (as) brasileiros (as) entrevistados (as) em 2005 como afirmativa sobre o significado da vida sexual com a qual mais se identificou foi: "sexo é uma prova de amor pelo/a parceiro/a" (46,8% das mulheres e 39,0% dos homens). A alternativa menos escolhida foi: "sexo é uma necessidade física, como a fome e a sede" (8,5% das mulheres e 13,3% dos homens). A alternativa: "sexo é importante para ter filhos e manter a vida familiar" foi escolhida por 28,8% dos homens e 24,7% das mulheres. Homens e mulheres distribuíram-se de forma significativamente diferente. A afirmativa: "sexo é fonte de prazer e satisfação" foi selecionada por quase 20% dos respondentes, homens e mulheres (CASTRO, 2008).

Ainda nessa mesma pesquisa, é notório que à medida que a escolaridade e a renda familiar aumentaram o sexo ganhou maior importância como fonte de prazer e decresceu sua relevância como função reprodutiva e prova de amor; a proporção dos que entendem sexo como necessidade física permaneceu estável. Na comparação entre faixas etárias, as escolhas variaram apenas entre indivíduos de 16-25 anos que, comparados aos mais velhos, tenderam a valorizar mais frequentemente o sexo como fonte de prazer e menos como prova de amor. Vale destacar também que esses dados variam de acordo com a cultura, e que divergem em cada região do país (CASTRO, 2008).

6.3.3 Relacionamento extraconjugal

Neste estudo, é possível identificar que o número de homens que vivenciaram relações extraconjugais é demasiadamente superior ao das mulheres, 169 homens X 22 mulheres; razão entre os sexos: de 7,7 homens para cada mulher, como evidenciado na Tabela 19. No entanto, esses dados podem ter sido um tanto quanto subnotificados, haja vista a sociedade aceitar que o homem se relacione com mais de uma mulher, ou seja, não exerça a monogamia plena, ao passo que condena as mulheres que recorrem a essa prática.

Tabela 14- Ocorrência e Média de relação extraconjugal, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

	Homens	Mulheres	Total
Sim	169 (42,25%)	22 (5,5%)	191 (23,87%)
Não	231 (57,75%)	378 (94,5%)	609 (76,12%)
Média	5,13	1,69	4,83
Desvio Padrão	6,53	0,63	6,32
Mínimo-Máximo	1-40	1-3	1-40
Erro padrão	0,55	0,17	0,51
Ic95%	4,03-6,24	1,31-2,07	3,81-5,85
Total	400 (100%)	400 (100%)	800 (100%)

Tabela 15 - Relacionamentos extraconjugais (R.E.): Média, desvios padrões, teste t e valores de probabilidade em função do sexo.¹

Variáveis	Sexo	M	DP	<i>d</i>	Teste <i>t</i> de student
R.E.	Homem	n =	6,53	0,55	<i>t</i> (147) =5,87, <i>p</i> = 0,000
		169	5,13		
	Mulher	n = 22	1,69		

1. M = Média, DP = Desvio Padrão, *d* = Tamanho do efeito – Cohen (1992) recomenda que para o tamanho do efeito do teste *t*, 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande.

A Tabela 14 traz a média de parceiros de relações extraconjugais por sexo, de maneira a evidenciar que os homens tiveram envolvimento extraconjugal em média com cinco (5) parceiras, enquanto as mulheres apenas

um parceiro. A Tabela 15 destaca através do teste t de student o tamanho do efeito, considerado enorme, e o grande nível de significância, o qual demonstra a grande diferença entre a ocorrência de relações extraconjugais e o número de parceiros entre homens e mulheres.

Em uma pesquisa recente, no contexto brasileiro, foi pesquisado um total de 1.279 homens e mulheres das camadas médias urbanas do Rio de Janeiro. No todo, quando foram questionados se já haviam sido infiéis, 60% dos homens e 47% das mulheres afirmaram que sim; se já haviam sido traídos, 41% das mulheres e 32% dos homens disseram que sim. Enfatiza-se que muitas vezes a traição acontece dentro de uma relação amorosa, mas não é descoberta e muito menos admitida, tanto pelo homem quanto pela mulher. Essa pode ser a razão pela qual menos homens e mulheres admitiram terem sido traídos. Ao lado disso, sabe-se que, culturalmente, os homens raramente admitiriam que foram traídos por suas parceiras, pois parece existir ainda uma pressão social que lhes confere muita liberdade para trair, mas não para serem traídos, fato considerado quase que inadmissível em uma cultura dita como “machista” (GOLDENBERG, 2006).

Nessa temática, Blow e Hartnett (2005b) enfatizam as pesquisas que estudaram a prevalência da infidelidade, na realidade americana atual. Destacam diversos estudos, baseados em pesquisas de campo, que tentam chegar a uma estimativa mais exata possível de quantas pessoas se engajam em comportamentos infiéis, chegando a dados mais fidedignos quando focam as relações sexuais de casais heterossexuais. Essas são amostras representativas, e, em larga escala, cita-se, como exemplo, estudo realizado no ano 1994 com 884 homens e 1.288 mulheres, no qual se conclui que 78% dos homens e 88% das mulheres negam ter tido relação sexual fora do casamento (WIEDERMAN, 1997 *apud* BLOW; HARTNETT, 2005b). Concluiu que, um percentual de 22% dos homens referiram relações extraconjugais contra 12% de mulheres.

Existem também pesquisas no contexto brasileiro. Jablonski (2005) e sua equipe de pesquisa da PUC-Rio aplicaram questionários em 1986, 1993 e 2003 pelos quais procuraram levantar as atitudes e expectativas de jovens solteiros acerca do casamento. Várias questões foram pesquisadas, como

sexualidade, papéis da mulher, importância do amor, dentre outros. Quanto à questão da infidelidade, indagou-se se o entrevistado admitiria a possibilidade de relações extraconjugais para o homem/para a mulher.

A dupla moral/costume social, que permitia muita liberdade ao homem e pouca liberdade à mulher, permanece, com os homens tendo maior liberdade: em 1986, 35% dos entrevistados admitiam a infidelidade para os homens e só 24% para as mulheres. Em 1993, os números foram de 18% e 13%, e, em 2003, de 16% e 9%. Pode-se pensar que, para além da visível diferença entre as estatísticas para os homens e para as mulheres, quanto à questão de quem tem mais liberdade para ser infiel com o (a) parceiro (a), tais números também indicam um decréscimo da aceitação da infidelidade no decorrer dos anos, tanto para homens quanto para mulheres. Isso pode significar uma mudança nos padrões de atitude das pessoas com relação à infidelidade. Ou seja, parece que a infidelidade, hoje em dia, não está sendo mais tão aceita quanto antes, tanto por homens quanto por mulheres. Cada vez menos pessoas admitem que haja a possibilidade da ocorrência de relações extraconjugais dentro de uma relação amorosa (JABLONSKI, 2005 *apud* OLIVEIRA, 2007).

Vale salientar que, em relação ao adultério, o padrão social duplo, padrão que oferece uma maior liberdade aos homens, teve origem nas culturas camponesas, juntamente à crença de que o homem era o provedor da família e era também seu dever reproduzir e continuar sua linhagem. Os relacionamentos extraconjugais eram comuns entre homens, mas para mulheres eram estritamente proibidos. Em quase toda a Ásia, era comum o encorajamento dos homens a terem concubinas. Na Índia, China e Japão tradicionais, era responsabilidade da mulher produzir descendentes para o seu companheiro, ser virtuosa no casamento e sexualmente fiel ao marido durante toda sua vida. Os parentes vigiavam as mulheres o tempo todo depois que se casavam. Assim, enquanto que para os homens não havia muito problema com relação a relacionamentos extraconjugais, para as mulheres este ato era estritamente proibido. Uma esposa infiel não tinha o direito de permanecer viva. Um hindu podia matar sua esposa adúltera; na China e no Japão, o suicídio era cometido pela esposa adúltera. Nessas sociedades patriarcais, uma esposa promíscua era considerada uma ameaça à posição social masculina; dessa

forma, tanto seus ancestrais quanto os descendentes eram colocados em risco (OLIVEIRA, 2007).

Em contrapartida, no que se refere à mulher burguesa, o estudo realizado por Muraro (1996) mostra que mais da metade das entrevistadas confessou praticar aborto e ter relações fora do casamento. Ora, isso quer dizer que, ao tempo em que têm uma relação convencional com o marido, “por debaixo dos panos”, vivem uma sexualidade mais rica com outros homens (MURARO, 1996).

Diante do exposto, verifica-se que para que haja uma vivência de conjugalidade saudável é necessário que haja a confiança, e o amor é estabelecido por meio dessa "confiança" entre os parceiros. Dessa forma, Silva (2005) revela que a "confiança" é um dos requisitos fundamentais para a realização do amor. Sem ela, não há possibilidade de relacionamento institucionalizado. As pessoas vivem com o desejo quase indissolúvel da fidelidade como uma instância única de realização do amor romântico. A certeza de que o eleito é "único" e "eterno" é muito forte nessa perspectiva. O imaginário romântico concebe a ideia de indissolubilidade dos amantes. Então o amor, mesmo na sociedade ocidental, é elaborado no sentido de ser idealista (SILVA, 2005).

Em pesquisa realizada por Castro (2008) mostra que mais de 90% de homens e mulheres colocam a fidelidade como valor que constrói a felicidade na vida a dois (CASTRO, 2008).

Ainda sobre a traição, estudos trazem que os adultérios eram julgados com leis severas que penalizavam principalmente a mulher; no caso do homem, não havia adultério, tratando-se apenas de algumas escapadas. Uma carta anônima, aliada aos depoimentos de outras testemunhas que confirmavam a traição, deixa supor a influência da vizinhança na vida das pessoas e a reprovação generalizada ao comportamento feminino na sociedade burguesa da mulher que traía. Além disso, a manutenção da dupla moralidade acabava sendo incorporada por parte de muitas mulheres que ignoravam os deslizes do marido (CARMO, 2011).

Os impulsos sexuais masculinos eram reconhecidos como integrantes de uma ordem natural; sendo assim, o marido deveria ser discreto em sua

infidelidade, mantendo-a sob sigilo para não prejudicar a família. As relações sexuais extraconjugais do homem eram tratadas como problema de foro íntimo; já as da mulher eram consideradas crime e motivo de escândalo. Estudos mostram como era normal para a sociedade da década de 1960, já na iminência da revolução sexual que se avizinhava, a frequente ida dos rapazes e homens casados às casas de prostituição (CARMO, 2011).

Tudo passa, menos a adúltera. Nos botecos e nos velórios, na esquina e nas farmácias, há sempre alguém falando nas senhoras que traem. O amor bem sucedido não interessa a ninguém (RODRIGUES *apud* CARMO, 2011, p.218).

Tabela 16 – Utilização de preservativo masculino nas relações extraconjugais, por sexo. Maceió, Alagoas, 2012.

	Homens	Mulheres
Sim	121(71,5%)	13(59%)
Não	48	9
NSA	231	378
Total	400	400

1. Para melhor análise dos dados, foi retirada a categoria “Não lembra” e criada a categoria NSA.

O estudo aponta que, entre os homens que tiveram relações extraconjugais, 28,5% não fizeram uso de preservativo, enquanto que o número de mulheres ainda foi maior em relação ao total de relações infielis: 41% deixaram de usar preservativos. Isso mostra como o número é alarmante, (o número de relações sexuais com outros parceiros de forma desprotegida), haja vista todos os riscos que esse fato implica para a vida conjugal pela vulnerabilidade dos cônjuges que estão em suas casas e que não praticam relações extraconjugais. Logo, percebe-se a necessidade de um acompanhamento mais aprofundado dos profissionais de saúde para o convencimento sobre as medidas preventivas de DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), tendo em vista que não se pode confiar plenamente no/a parceiro/a. Vale destacar que tais dados ainda podem estar subnotificados, levando-se em conta todo o contexto em que se deu a coleta de dados; algum entrevistado pode ter falseado a resposta.

Estudo desenvolvido na *Universidade de Michigan* sobre infidelidade e sexualidade, incluiu mais de 1.600 pessoas. Cerca de 800 participantes disseram ter tido relações sexuais com pessoas que não eram seus (suas) principais parceiros (as). Destes (as), quase 500 disseram que o sexo aconteceu como parte de um relacionamento não monogâmico, e cerca de 300 disseram que eram sexualmente infiéis aos seus (suas) parceiros (as). Aqueles (as) que disseram ser sexualmente infiéis apresentavam entre 27% e 35% menor probabilidade de ter usado preservativos no sexo vaginal e anal, respectivamente, e 64% incluíram a maior probabilidade de ter usado drogas e álcool quando tiveram seus encontros sexuais. A pesquisa confirma a probabilidade das pessoas que praticam relações extraconjugais e seus (suas) parceiros (as) terem um maior risco de contrair DSTs do que aqueles (as) que são fiéis (SINTOMASEDICAS, 2009).

Diante do exposto, identifica-se que a avaliação do comportamento sexual do grupo estudado nessa pesquisa trouxe desdobramentos importantes em relação às diferenças de gênero observadas entre homens e mulheres. A análise permite traçar um perfil dos engajamentos afetivos e sexuais de homens e mulheres; das decisões que envolvem a vida sexual no casamento e da adoção de medidas preventivas.

Boff (2002) afirma que a sexualidade do homem camponês é menos reprimida. Quando solteiros, frequentam a zona, mas, depois de casados, têm uma vida sexual esporádica fora de casa, porque a sua situação econômica não lhes permite sustentar essa vida dupla. Mas, se esses homens têm a menor suspeita de que a mulher os trai, são capazes de matá-la sem serem punidos pela sociedade, pois o seu ato é em legítima defesa da honra.

Como é constatado, as diferenças de gênero e as relações de poder são muito presentes na vida conjugal e a mulher acaba por sofrer com essas normatizações da sociedade. Por causa de todas as sanções sofridas, a libido das mulheres camponesas torna-se difícil para a maioria. Essa mulher se casa virgem, tende a ser inorgásmica, devido ao intenso trabalho na sua dupla jornada de trabalho, e não pode cometer adultério nem fazer aborto porque é pecado. A única saída que lhe resta, ou seja, o único *status* de que pode gozar é a procriação. No campesinato, a mãe de muitos filhos e a mulher grávida são

respeitadas mais que as outras. Os filhos são ao mesmo tempo mão de obra barata e arrimo para a velhice (BOFF, 2002).

6.5 COMPORTAMENTO REPRODUTIVO

Os direitos reprodutivos correspondem a certos direitos já reconhecidos nas legislações nacionais e internacionais, em instrumentos consensuais internacionais relativos aos direitos humanos e em documentos pertinentes às Nações Unidas. Esses direitos incluem o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e dos indivíduos de decidir livremente e com discernimento sobre o número de filhos, e do intervalo entre eles, de dispor de informações necessárias para tal e do direito de ter acesso ao melhor nível de saúde em matéria de sexualidade e reprodução (ABENFO, 2013).

Fazendo uma análise sobre o desejo de gravidez entre os casais, como é possível observar na Tabela 17, 417 entrevistados (as), correspondente a 52,1% que desejavam ser pai ou mãe, antes de conceberem, independente de todos os aspectos influenciadores para essa tomada de decisão. Dos entrevistados (as), 223 - 27,9% desejavam esperar mais e 35 - 4,4% não desejavam ter mais filhos. Contudo, apesar de a maioria dos/as entrevistados/as relatar o desejo de ter filhos, na prática, não tiveram a oportunidade de planejar a maioria das gestações. Ademais identifica-se, o alto índice dos/das que relataram que desejavam esperar mais ou que não desejavam ter mais filhos. Nesse sentido, pode-se deduzir que a gestação não programada se deu em decorrência de fatores como uso incorreto de método contraceptivo, à falta de cumplicidade entre os cônjuges na negociação da escolha do método, dentre outras medidas.

Tabela 17 – Número e frequência dos/as entrevistados/as (n=800) que engravidaram, segundo desejo de gravidez durante a relação conjugal. Maceió, Alagoas. 2012.

Desejo de gravidez durante relação conjugal após ter engravidado		N	%
Desejavam naquele momento		417	52,1
Desejavam esperar mais		223	27,9
Não desejavam mais filhos		35	4,4
NSA (Não se aplica)		125	15,6
TOTAL		800	100%

Tabela 18- Média, Desvio Padrão, Mínimo-Máximo, Erro Padrão e IC95%, segundo desejo de gravidez na relação atual, por sexo. Maceió, 2012.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo– Máximo	Erro padrão	Ic95%
Homem	1,61	0,58	0-2	0,32	1,55-1,67
Mulher	1,51	0,59	0-2	0,32	1,45-1,58
Total	1,56	0,59	0-2	0,22	1,52-1,61

1. Para melhor análise dos dados, agruparam-se as categorias, a fim de construir uma escala de resposta, para avaliar a vontade de engravidar, constituída de 3 pontos, onde 0 – Não queria ter filho ; 2 – Queria ter filhos.
2. Para melhor análise dos dados, foram retiradas as categorias: Outro e NSA.

Como é possível observar na tabela 18, homens e mulheres manifestaram desejos semelhantes relacionados à constituição da prole; é notório que a média das respostas foi mais tendenciosa para o desejo de filhos (as).

A decisão de ter um filho (a) é resultado de vários motivos conscientes e inconscientes, como aprofundar uma relação homem-mulher, concretizar o desejo de continuidade e esperança da imortalidade, manter um vínculo desfeito, competir com familiares, preencher um vazio interno (MALDONADO, 1997).

Vale destacar que o desejo de filhos (as) se traduz em termos de reivindicações no plano dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como das diversas demandas no âmbito das políticas públicas, inclusive de saúde,

exigindo maior reflexão por parte dos diversos atores envolvidos. Essas reflexões somam-se às discussões já desenvolvidas no campo das ciências sociais acerca da produção de discursos normativos a respeito da sexualidade, relativos à família e à reprodução, e de sua difusão ampla por meio dos discursos científicos e dos saberes médicos e jurídicos na sociedade moderna (ROHDEN, 2003).

É interessante considerar que o fundamento dos direitos reprodutivos é a autonomia de decidir sobre a procriação, sobre a reflexão do desejo do casal. No que diz respeito à esfera pública, isso implica a restrição tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que aluda à proibição de uso de métodos contraceptivos. No mundo privado, respeitar os direitos reprodutivos sugere que maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar, ou a realizar um aborto forçado; isso reflete o respeito ao desejo dos casais (VIOTTI, 1995).

Ainda é importante considerar e respeitar a autonomia e os desejos de todas as pessoas, de ambos os sexos, inclusive dos portadores do vírus do HIV. Sendo assim, a redução da Taxa Viral decorrente do tratamento com antirretrovirais (ART) foi fator importante para as mulheres HIV positivo manterem o desejo de engravidar. Assim, o fato de ser soropositiva e ter filho soronegativo representa um estímulo para o exercício da maternidade (MOURA, 2012).

6.6 ANÁLISE DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DOS CASAIS

O estudo aponta que apenas 315 (39,3%) dos/das entrevistados/das referem ter planejado seus (suas) filhos (as); no entanto, 378 (47,3%) deles/as fizeram referência ao não planejamento reprodutivo. Esse fato é preocupante, pois seria interessante um maior índice de planejamento reprodutivo na capital alagoana, onde são notórias, nos serviços públicos de saúde, muitas gestações indesejadas, abortos provocados, dentre outras intercorrências maléficas referentes às infrações aos direitos reprodutivos. Ressalta-se, entretanto, que a

maioria dos estudos, no Brasil, mostra que nas últimas décadas tem sido dada maior ênfase ao planejamento reprodutivo no país e que, quando não se deseja uma gravidez, os casais devem se programar para a utilização de um método contraceptivo. Dados populacionais representativos, se adequadamente utilizados, podem contribuir significativamente para o planejamento de ações previstas no PAISM e estabelecimento de políticas sociais, além de permitir comparabilidade com outros.

Tabela 19- Número e frequência dos/as entrevistados/as (n= 800), segundo planejamento de gravidez durante a relação conjugal, por sexo. Maceió, Alagoas. 2012.

	Homens	Mulheres	Frequência
Sim	170 (42,5%)	145 (36,25%)	315 (39,3%)
Não	178 (44,5%)	200 (50%)	378 (47,3%)
NSA	52 (13%)	55 (13,75%)	107 (13,4%)
Total	400 (100%)	400 (100%)	800 (100%)

1. Esta pergunta foi modificada para melhor entendimento dos dados e faz referência à questão: “Esta gravidez foi planejada?”.

Como foi possível identificar na amostra estudada, o serviço de planejamento reprodutivo é bem falho na capital alagoana, em comparação aos diversos estudos citados na revisão de literatura no que se refere ao serviço em todo o país, como demonstrados. A política integral voltada à saúde da mulher ainda está em fase de implantação e a área de planejamento reprodutivo acaba sendo esquecida, ou deixada de lado pelos gestores, que ainda possuem uma visão curativa, o que acaba por se negligenciar a prevenção.

Ainda nesse contexto, vale destacar que o Brasil logrou um programa de planejamento familiar que é um dos mais avançados do mundo (VARELA, 2008b). No entanto, identifica-se o grande desafio de descentralizar e efetivar suas ações para tornar possível a saúde sexual e reprodutiva de milhões de brasileiros (as), de modo a se reduzir a distância entre as intenções e a prática, ou seja, entre a política e sua implementação, algo bastante falho na realidade.

Ainda sobre os direitos reprodutivos, questiona-se: por que o programa de planejamento familiar brasileiro, um dos mais avançados do mundo, não funciona para quem mais precisa – a população menos favorecida do país? No Brasil, planejamento familiar é privilégio exclusivo dos mais abastados, afirma

Varella (2008c). É difícil perceber que não apenas os (as) religiosos (as), mas também setores políticos e até mesmo da massa intelectual não consideram prioridade de gestão pública estender às classes mais desfavorecidas o acesso aos métodos de contracepção fartamente disponíveis a quem pode pagar por eles. A falta de campanhas informativas sobre a disponibilidade de serviços gratuitos para a utilização de métodos contraceptivos dificulta a procura pela população. A orientação seria fundamental para a procura das ações. As campanhas para incentivar o uso de preservativos são feitas apenas um pouco antes do Carnaval, em vista da prevenção das DSTs e da Aids (VARELLA, 2008d).

Nesse sentido, é imperioso que os programas em saúde reprodutiva sejam desenvolvidos de maneira inovadora, de forma que a informação, o aconselhamento e a educação para a saúde possam contribuir com o processo de conscientização, autonomia e empoderamento de homens e mulheres, com o fim de se abarcar os seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Diante da sua importância, esses grupos devem ser incorporados como reforço das práticas educativas e demais atividades em educação para a saúde, para priorizarem as questões de gênero que possam sensibilizar homens e mulheres, e mesmo alertá-los sobre suas responsabilidades no planejamento familiar, nas tarefas domésticas, na criação dos/as filhos/as e no cuidado com a saúde, notadamente a saúde sexual e reprodutiva. Vale considerar que, no Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida paulatinamente na pauta da saúde pública, tendo como marco político o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de 2009 (ABENFO, 2013).

CONCLUSÃO

O panorama traçado nesta investigação permite discernir diversas inter-relações, tensões e influências que atravessam o campo do comportamento sexual e reprodutivo.

O estudo analisou os aspectos que influenciaram o comportamento sexual e reprodutivo de casais que vivenciam uma conjugalidade na modernidade, como reflexo das questões de gênero que interferem na vivência da sexualidade e da reprodução vivenciada de modo diferenciado entre os sexos. A partir da análise estatística foi possível analisar as relações sociais e o empoderamento referentes ao comportamento sexual e reprodutivo entre casais na experiência da conjugalidade.

Os resultados apontam que questões sobre aspectos inerentes à natureza das relações entre os casais – se mais tradicionais (significando maior controle por parte do homem) ou mais igualitárias – podem ser fundamentais para iluminar o impacto da desigualdade de gênero no comportamento sexual e reprodutivo das mulheres e homens na vivência de sua sexualidade e reprodução.

As diferenças de gênero são evidentes no comportamento sexual e reprodutivo dos casais entrevistados e vêm apenas reiterar o que a maioria dos estudos mostra sobre o assunto, embora ainda sejam fundamentais maiores reflexões sobre os dados obtidos referentes ao processo sexual e reprodutivo. Ser do sexo feminino ou masculino influencia as decisões sobre questões referentes ao uso de métodos contraceptivos, sobre o desejo de ter ou não filhos e sobre os aspectos afetivos que envolvem a conjugalidade.

É evidente que os comportamentos diferenciados entre homens e mulheres se devem a fenômenos social e culturalmente construídos, os quais os induzem a assumirem papéis e a adotarem atitudes determinadas pela cultura e pela sociedade em que vivem.

Foi identificado comportamento sexual de risco experimentado na vivência da conjugalidade pela prática de relações sexuais sem proteção, referido por grande parte dos homens, ao ter tido relações sexuais extraconjugais e a maioria delas sem nenhuma medida de prevenção; essa

medida desprotegida foi adotada também por grande parte de mulheres que experimentaram relações extraconjugais.

Embora o comportamento sexual venha sofrendo modificações ao longo dos anos sobre diversos fatores, ainda são visíveis comportamentos tradicionais mais presentes no universo feminino em que são mais respeitados os laços matrimoniais, a afetividade na relação amorosa e romantismo; em contrapartida, os homens passam a exercer na sua maioria relações de poder, ao se relatar a necessidade de mais de uma parceira sexual. Tal fato deve-se a construção social de que o homem tem mais desejo sexual do que a mulher.

Portanto, para os homens, as normas tradicionais de gênero ainda influenciam o comportamento sexual em que o desejo sexual e a necessidade de afirmação da sexualidade falam sempre mais alto. Uma parcela mínima de homens refere valorizar o envolvimento afetivo-amoroso como motivador das relações sexuais. Mesmo assim, é pouco provável que esses possam representar uma mudança nos perfis masculinos sobre as trajetórias afetivo-sexuais.

A participação de mulheres e homens na faixa etária de 20 a 49 anos pode ter influenciado a alta frequência do uso da laqueadura tubária, método definitivo, em razão de neste estudo o comportamento sexual e reprodutivo ter sido analisado em diversas gerações. Além disso, é de se ressaltar que os serviços de planejamento familiar estão mostrando ser de baixa qualidade na capital alagoana, e que, por isso, a opção que resta para grande parte das mulheres que precisam evitar uma gravidez indesejada é o método esterilizante, conseguido de forma irregular, na maioria das vezes, através de uma cesariana eletiva.

Nesse contexto, sabe-se que a lei do planejamento familiar diz ser obrigação do governo brasileiro oferecer informações diversas sobre os aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos e métodos contraceptivos variados para toda a população. O MS, dessa forma, delega essa atribuição aos governos estaduais e municipais. Pelo fato de envolver diversos atores na causa (governantes, políticos, população), esses governos irão depender dos interesses particulares de cada estado, de cada município. Ademais, há que se

contar com a oposição da Igreja Católica, que é contra a utilização de métodos contraceptivos que não os naturais.

No entanto, verifica-se que as questões religiosas exerceram pouca influência sobre o comportamento sexual de homens e mulheres, devido à mudança de visão das pessoas em relação às suas crenças, cultura, influência das novas tendências nas relações afetivas e nas discussões sobre a sexualidade. Com os novos conhecimentos, a mídia, as inúmeras informações, a rigidez de algumas práticas religiosas não vem sendo bem vista entre os fiéis. Surge, desse modo, certa flexibilidade nas orientações religiosas, pois a sexualidade estava sendo vista como algo a ser silenciado e não como um processo fisiológico, natural.

No que se refere à questão da utilização do método contraceptivo entre os casais, identifica-se a necessidade de se ampliar e aprofundar as discussões sobre a importância do uso de algum método, e de, principalmente, ser reforçado o uso de preservativos. Salienta-se que, apesar de ser assunto delicado, o debate sobre as trajetórias afetivo-sexuais são essenciais para estruturar o comportamento sexual e reprodutivo dos casais, principalmente dos casais jovens, que se iniciam nessa prática, para que percebam essa perspectiva de prevenção. Ações educativas também são importantes para a promoção de uma vivência sexual saudável.

A vivência da sexualidade é uma das maneiras que cada indivíduo possui de exercer a liberdade e autonomia. Porém nem sempre um dos cônjuges, principalmente as mulheres, conseguem experimentar essa sensação de independência, pois a relação que se estabelece com o homem parece colocá-las também sob um sistema de poder que acaba determinando seu modo de agir, e, assim, aparece como uma submissão ao desejo do outro.

As configurações socioculturais dos papéis de gênero acabam por conduzir a mulher a delegar para o homem ou até a negligenciar decisões que dizem respeito ao seu próprio corpo e a sua saúde sexual e reprodutiva. Nesse contexto, os comportamentos individuais não são suficientes para analisar os condicionantes e determinantes dos comportamentos de risco, das exposições que expõem os homens e mulheres a agravos ou doenças transmissíveis

sexualmente ou a uma gravidez não planejada, tão frequente entre os casais do estudo.

A discussão sobre o assunto merece destaque, pois as mulheres devem se apropriar conscientemente sobre a responsabilidade de cuidar da sua própria saúde. Necessário se faz, assim, aprofundar os dados que trazem a falta de medidas preventivas nessas relações e que mostram pessoas que não possuem informações sobre os diversos métodos, e, por conseguinte, não são capazes de escolher com propriedade sobre o uso de algum deles, fato este que corrobora para o grande número de filhos não desejados pelos casais que vivenciam algum tipo de união.

O estudo evidenciou o elevado número de filhos não planejados ou até a divergência de respostas entre o casal, quando apenas a mulher ou apenas o homem refere ter planejado a gestação, fato esse que deixa claro o difícil entendimento do casal sobre o que é de fato planejamento reprodutivo, o que daria outro assunto a ser estudado.

Pelo que foi abordado, as relações de gênero têm um impacto profundo nas escolhas de medidas contraceptivas de mulheres e homens, pois a depender do tipo de relacionamento, da vivência da conjugalidade, do nível de escolaridade, as pessoas passam a adotar ou não algum tipo de método contraceptivo. Esses podem variar dos comportamentais até aos métodos definitivos, esses últimos tão frequentes entre a população estudada. As relações estáveis, como as do estudo, configuram-se como relações em que os métodos contraceptivos são muito pouco utilizados ou são utilizados de forma definitiva e, por isso, acabam colocando os casais em situações de vulnerabilidade e risco.

Apesar da ampla divulgação de informações sobre sexualidade e reprodução na mídia, o que poderia ser maior ainda é frágil: a interiorização de condutas contraceptivas. As atitudes pouco reflexivas, não apenas nos jovens, sobre o comportamento sexual, reforçam as fortes questões de gênero que estão tão arraigadas na cultura brasileira e que acabam dificultando a adoção de medidas preventivas contra as DSTs/Aids, como também uma gravidez não planejada.

Nesse sentido, vale destacar o quanto é importante a conscientização dos homens, nesse processo de uma saúde sexual em destaque, com o uso de medidas preventivas, além da incorporação da autonomia e poder de decisão das mulheres nos relacionamentos e organização familiar.

É importante salientar o papel dos profissionais de saúde nesse contexto de estruturação do comportamento sexual e reprodutivo dos casais, para instrumentalizar homens e mulheres, a fim de que estes possam exercer sua sexualidade de forma consciente e segura. Deve-se ter em mente a necessidade de o profissional se isentar de impor seus valores morais na orientação sexual. O assunto sobre o uso dos métodos contraceptivos e planejamento das famílias precisa ser debatido, independente de posicionamentos religiosos, com especial atenção ao uso dos métodos de barreira, o condon, único que garante a dupla proteção, tanto para uma gravidez indesejada como para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Assim, torna-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde em gênero para lidar com essa temática, para que estes abordem não apenas os tipos de métodos contraceptivos existentes, mas também todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva, passando pelo abortamento, pelas DSTs, pelo prazer na sexualidade, dentre outros temas. Verifica-se, dessa forma, a necessidade de estratégias educativas que oferecem de forma contínua, uma vez que, além de atingirem um público maior, considera-se o fato de que campanhas pontuais causam pouco impacto e praticamente nenhuma transformação efetiva de comportamento.

O desafio maior encontra-se no entendimento de que o comportamento sexual e reprodutivo tem direta relação com a identidade de gênero de cada indivíduo, a partir de todas as visões de mundo que cada um adquire ao longo de suas experiências de vida, na convivência familiar, na vivência de sua espiritualidade, com os cônjuges, e pela possível subordinação a valores e práticas impostas pela sociedade. Esse comportamento começa a ser firmado desde a primeira relação sexual.

Diante do exposto, pode-se inferir que a autonomia, a liberdade de escolha e uma educação em saúde adequada são fundamentais ao possibilitar

a estruturação de atitudes, competências e comportamentos responsáveis nos relacionamentos, assim como a importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade e da reprodução tanto de homens quanto de mulheres.

Vale salientar que o estudo possui algumas limitações no que concerne a temática estudada, dando ênfase a apenas alguns quesitos do comportamento sexual e reprodutivo. Outras pesquisas poderiam ser desenvolvidas abordando aspectos mais emocionais sobre as diferenças de gênero entre os casais, aprofundar mais sobre a sexualidade e vida sexual desses casais, além de relacionar a violência de gênero no processo de planejamento reprodutivo.

Acredita-se que a superação dos obstáculos, com a garantia da universalização, equidade e integralidade nos programas de saúde, é imprescindível para que os casais consigam exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ABENFO NACIONAL, **Capacitação para enfermeiras (os) e profissionais da enfermagem em Planejamento Reprodutivo**. Caderno do Facilitador. Belo Horizonte, 2013.

ALMEIDA, C. **Mulher: lutas, conquistas e sensibilidade**. 2006. Disponível em: <http://www.sucessoefeminino.com/especial_dia_internacional/luta_conquista_e_sensibilidade.html>. Acesso em: 2 mar. 2008.

ALMEIDA, M.A., Assistência de Enfermagem à mulher no período puerperal: Uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero, São Paulo, 2005. Tese de Doutorado.

ALMEIDA, T. O ciúme romântico atua como uma profecia autorrealizadora da infidelidade amorosa? **Estud. psicol.** (Campinas) v. 29, n.4, Campinas out./dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400004>.

ALMEIDA, T., Vivências da Infidelidade Conjugal Feminina. **Pensando Famílias**, 13(2), dez. 2009; (197-214).

ALMEIDA, Thiago de. **Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações** / Thiago de Almeida; orientador Ailton Amélio da Silva. -- São Paulo, 2007. 234 p

ALVARENGA, A. T.; SCHOR, N. O Aborto - Um Resgate Histórico e Outros Dados. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo-SP, v. IV, n. 2, p. 12-17, 1994.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro: Abep; Unfpa; IBGE, 2003.

AMARAL, A.L. O mal da indiferença - Simone de Beauvoir: “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, 2008. Disponível em: <<http://feministactual.wordpress.com/2008/01/09/simone-de-beauvoir-ninguem-nasce-mulher-torna-se-mulher/>> Acesso em 06/06/2013.

AQUINO, F. **Vida sexual no casamento**, Editora Cléofas, 11. ed., 2013.

ARAÚJO. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. cienc. prof.** v. 22, n. 2, Brasília, jun. 2002.

AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. E.; COELHO, S. V. **Atendimento Sistêmico de famílias e redes sociais**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2006.

ÁVILA, Fernando Bastos de (Pe, S.J.). **Pequena enciclopédia de moral e civismo**. 2. ed. São Paulo, SP, Brasil: FENAME, 1972.

ÁVILA, M. B. Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres. Recife: SOS Corpo, 1992. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as

políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.465-9, 2003.

BAUMAN, Z.; **Amor Líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. (C. A. Medeiros, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BEARZOTI, P. **Sexualidade**: um conceito psicanalítico freudiano, Neuropediatria. São Paulo, Aceite: I-agosto-1993.

BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil. Breve histórico. Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <www.bemfam.org.br/sobre_breve.php>. Acesso: maio de 2013.

BERGER, P. & Kellner, H. (1970). Marriage and the construction of reality. In: P. H. Dreifuss. (Org.), **Recent sociology**, New York: The Mac Millow Company.

BERQUÓ, E. País não precisa de política de planejamento familiar. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 26 jan. 2004 [Entrevistada por Cláudia Collucci.] Disponível em: <www.email.terra.com.br/cgi-bin/webmail.exe/Entrevista-com-Elza-Berquó.htm>. Acesso em: 19 maio. 2013.

BERQUÓ, E.; CAVENAGUI, S. **Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Disponível em: <www.nepo.unicamp.br/aulas/2010/mapeamentosocioeconomico.pdf>. Acesso em: maio. 2013.

BLOW, A.J.; HARTNETT, K. **Infidelity in committed relationships II: a substantive review**, 2005.

BOECHAT, C. F.; CASTRO, H. **Falando de sexo com amor**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BORGES Ana Luiza Vilela, Schor Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2005 Apr [cited 2012 Sep 19]; 21(2): 499-507.

BOSANELLO, Aurélio; BOSANELLO, Maria Augusta. **Conselhos**: Análise do Comportamento Humano em Psicologia. v. IV. Curitiba: Educacional Brasileira. S.A, 2000.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRAGA, S.A.M. União Estável e Casamento: breve estudo comparativo, 2012. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7288/Uniao-Estavel-e-Casamento-breve-estudo-comparativo>>. Acesso em: 10/05/2013, às 19h30.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, BRASIL, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e Diretrizes). Secretaria de atenção à saúde;

Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf> Acesso em Set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Código civil**, 2002. Código civil. 53. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 5 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Planejamento familiar: estado atual**. Textos Brasil, Brasília, v.1, [art.7], 2002. Disponível em: <<http://www.dc.mre.gov.br/brasil/textos/revista1-mat7.pdf>>. Acesso em: 21 de maio de 2013.

BRASIL. **Planejamento reprodutivo: direito sexual e direito reprodutivo de mulheres e homens, adultas (os) e adolescentes**, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_esclarecimento_poa.pdf>.

BRASIL. **Sexualidade e reprodução mais seguras**. Brasília; 2005d. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude>> Acesso em: 19 de maio de 2013.

BRÊTAS, J.R.S. e C.V. Silva (2009). Orientação sexual para adolescentes. In: A.L.V. Borges e E. Fujimori (Orgs.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**, (pp. 210-248). São Paulo: Manole.

CABRAL, F. Relações de gênero. **Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar**. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Belo Horizonte: Gráfica Editora Rona Ltda. p. 142-150, 1999.

CAETANO, A.J.; POTTER, J. Politics on female sterilization in Northeast Brazil. **Population and Development Review**, Nova York, v. 30, n.1, 2004.

CAILLÉ, P. **Un et un font trois** - Le couple révélé à lui-même. Paris: ESF, 1991.

CAMARGO, KR.J. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: Pinheiro R.; Mattos R. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 35-44.

CARDOSO, Lúcio. **Salgueiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; Brasília: INL, 1994.

- CARMO, P.S. **Entre a luxúria e o poder**, a história do sexo no Brasil, OCTAVO, 2011.
- CARNEIRO, T.F., Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 11, n. 2, Porto Alegre, 1998.
- CASHMORE, Ellis. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. Tradução Dinah Kleve. São Paulo: Summus, 2000.
- CASTRO, L. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42. supl.1, São Paulo, Jun., 2008.
- CAVALCANTE, A. **Padrões tradicionais de gênero e a comunicação conflituosa entre profissionais e mulheres influenciam nas decisões sobre métodos contraceptivos**, 2013. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/noticias/2013/07/pesquisa-revela-dificuldade-para-escolhas-reprodutivas-livres>>. Acesso em: 16/07, às 20h.
- COELHO, T.C.M.F. **Danos morais nas relações conjugais**, Rio de Janeiro, 2010. Editora Saraiva.
- CONCEIÇÃO, I. S. C. Educação sexual. In: Vitiello, N. et al., **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1998. p.74.
- CORRÊA, Marilena. Medicalização social e a construção da sexualidade. In: LOYOLA, M. Andréa (Org.). **Aids e sexualidade**: o ponto de vista das ciências humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.
- CORREA, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 39-49.
- COSTA, AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin, K.; Costa S.H. (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 319-55.
- COUGHLAN, Robert. "Gente demais! Que fazer"? In: **Seleções dReader's Digest**. n. 219, abril 1976, p. 46-51. [Links].
- COUTINHO, S.M.S. Relações conjugais e familiares na perspectiva de mulheres de duas gerações: "Que seja eterno enquanto dure", **Psicologia clínica**. v. 22, n. 2, Rio de Janeiro 2010.
- DANCEY, C.P; John, R. **Estatística sem matemática para psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DELMANTO, C. **Código penal Comentado**. São Paulo: Renovar. 2000
- DÍAZ, M.; DÍAZ, J.; TOWNSEND, J. **Participación del hombre y la mujer en la planificación familiar en America Latina**. México. 1992. [Apresentado ao Simpósio Latino Americano de Planejamento Familiar, 1992].

DICIONÁRIO AURÉLIO. Disponível em:
<<http://www.dicionariodoaurelio.com/Infidelidade.html>>. Acesso em:
11/04/2013.

DINIZ, M. H. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 5. ed. v. 5, Direito de Família. São Paulo: Saraiva, 1989.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro**, v. 5. São Paulo: Saraiva, 2000.

DUARTE, Constância L. Feminismo e literatura no Brasil. In: Estudos Avançados 49. **Revista do Instituto de Estudos Avançados da USP/SP**. v. 17, n. 49, set./out. 2003. ISSN 0103-4014.

DURKHEIM, E. (1970). **Sociologia e Filosofia**. Rio de Janeiro: Forense.

EVV, Sexo Seguro, 2011, Atila.

FALCKE, D. Amor, Casamento e Sexo: Opinião de Adultos Jovens Solteiros. **Arq. bras. psicol.** v. 62, n. 2, Rio de Janeiro, 2010.

FALCKE, D.; DIEHL, A. & WAGNER, A. Satisfação conjugal na atualidade. In: Wagner, A. (Org.). **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes, 2002.

FALCONE, E. M. O., & Ramos, D. M. (2005). A atribuição como componente cognitivo das habilidades sociais e seu impacto na satisfação conjugal. In: H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos (p. 182-191). Santo André: SET, 2005.

FERREIRA, M.F.A. Gênero, sexualidade e saberes pedagógicos: uma abordagem teórica falando de diferença, preconceitos e discriminação social. **Estudos IAT**, Salvador, v.1, n.1, p. 61-84, jun. 2010.

FISHER, H.. **Anatomia do amor**: a história natural da monogamia do adultério e do divórcio. Tradução: Magda Lopes, Maria Carbajal. Rio de Janeiro: Eureka. Tradução de Anatomy of Love: the natural history of monogamy, adultery and divorce. 1995.

FLANDRIN, J. L. **Le sexe et l'occident**. Paris: Seuil, 1995.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Unfpa, 1993.

FOUCAULT M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GIDDENS, Anthony, (1993). **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades. 2. ed. São Paulo: UESP.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Tradução Plínio Dentzein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOELLNER, S.V. 2003. A produção cultural do corpo. In: G.L. LOURO, (org.). **Corpo, Gênero e Sexualidade** - um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, p. 28-40.

GOLDENBERG, M. **Infie!**: notas de uma antropóloga. Rio de Janeiro: Record, 2006, p.364.

GUIMARÃES, L.C. **Estudo sobre as relações de gênero e as contribuições da prática docente para a desmistificação de diferenças e preconceitos em relação ao sexo (sexismo) em sala de aula**, 2011.

HARDY, E. et al. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), jul-ago, 2006. p: 1031-1035.

HEILBORN, M.L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. In: **Cadernos Cepia**. Gênero, Corpo e Enfermagem. Rio de Janeiro: CEPIA, 2002. p. 73-92.

HEILBORN, ML; Aquino, EML; Bozon, M e Knauth, DRO (orgs.). **Aprendizado da Sexualidade**: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006b. pp. 29-57.

HYPESCIENCE. **A evolução dos contraceptivos em imagens**. Disponível em: <<http://hypescience.com/23788-a-evolucao-dos-contraceptivos/>>. Acesso em 06/06/2013.

IBGE. 2012. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/ibge-sobe-n-de-casamentos-que-ocorrem-cada-vez-mais-tarde,4b383e06da8ab310VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 16/07/2013.

JABOUR, A. **Infidelidade Masculina**. Disponível em: <<http://www.insoonia.com/arnaldo-jabour-infidelidade-masculina/>>. Acesso em 12/04/2013.

JUSBRASIL. 2013. Disponível em: <<http://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/100252043/em-um-ano-numero-de-divorcios-cresce-46-e-atinge-recorde>>. Acesso em: 29/08/2013.

KALINOWSKI, L.C.; FAVERO, L.; CARRARO, T.E.; WALL, M.L.; LACERDA, M.R. Postpartum primipara at home and associated nursing care: a data-based theory. **Online braz j nurs [periodic online]**. 2012 Dec [cited year month day]; 11 (3):701-19. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3852>>.

LAKATOS, E.M.; Marconi, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010a.

_____. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010b.

LEAL, A.F. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.7, Rio de Janeiro, Jul. 2006.

LEAL, O.F. **Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais**, 1999.

- LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades especiais. **Rev. Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.168- 172, 2000.
- LINS, R.N. A cama na Varanda. Editora Revista e Ampliada- 8ª edição- Rio de Janeiro, 2013.
- MACHADO, L. Z. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. **Comunicação, Saúde e Educação** 4 (8), 2001, p. 11-26.
- Madureira, V. S. F. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1807-1816, 2008.
- MALDONADO, M. T. **Casamento: Término e Reconstrução**. São Paulo: Saraiva, 1995.
- MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
- MANDÚ, E.N.T., Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 3, Ribeirão Preto, maio/jun., 2002.
- MARTINEZ, EZ. Amostragem. In: Franco, L.J.; Passos, A.D.C. **Fundamentos de Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2011.
- MATARAZZO, M. H. (2000). **Amar é Preciso: os caminhos para uma vida a dois**. São Paulo: Gente.
- MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
- MCLAREN, A. **História da Contracepção** - da antiguidade à actualidade. Portugal: Terramar, 1997.
- MEDRADO, A. **Saúde pública: uma década de PSF no Brasil**. (2005). Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/saude_publica_uma_decada_d_e_psf_no_brasil/11085/>. Acesso em: 21 de maio de 2013.
- MENEZES, G. B. (2005). **Infidelidade: Fatores Psicológicos e Sociais na Ocorrência da Traição**. Trabalho de Conclusão do Curso, Faculdade de Psicologia. Centro Universitário Luterano de Manaus – Manaus: ULBRA.
- Meyer, D.,E, ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12(2): 264, maio-agosto/2004.
- MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. **Tratado de direito de família**. São Paulo: Max Limonad Editor. 3. ed., v. I. p. 93, 1983.

MORAES, J. **CONCEITO: Família, Casamento e União Estável**, 2012. Disponível em <<http://jcmoraes.wordpress.com/2012/04/12/conceito-familia-casamento-e-uniao-estavel/>> Acesso em 26/04/2013.

MOURA, E.R.F. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade, **Revista Cubana Enfermer**, v. 28, n.1, Ciudad de la Habana ene.-mar. 2012.

MOURA, E.R.F., Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, Rio de Janeiro, abr. 2007.

MUNDIGO AI. **Papéis masculinos, saúde reprodutiva sexualidade**. São Paulo, 1995. [Conferências Internacionais sobre População, Fundação John D. e Catherine T. MacArthur, São Paulo, 1995].

MURARO, Rose. **Sexualidade da mulher brasileira**, 5. ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996, p.127.

NANCY; WILLIAMSON. **Um estudo qualitativo sobre o uso de preservativos entre casais casados em Kampala**. Uganda, 2008.

OLIVEIRA, G. C. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: discursos e recursos**. Rio de Janeiro: Cfêmea, 2005. Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/temasedados/detalhes.asp?IDTemasDados=98>>. Acesso em: 8 de abril de 2013.

OLIVEIRA, J.L.; MUNHOZ, S. Participação masculina na escolha de métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem UNISA**, 2006; 7: 27-32.

OLIVEIRA, M.E. **ORKUT: O Impacto da Realidade da Infidelidade Virtual**, 2007.

OLIVEIRA, V.C. **Vida de mulher: Gênero, pobreza saúde mental e resiliência**. Brasília, 2007.

OSIS, M.J. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2481-2490, nov. 2006.

OSIS, M.J. M.D., Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1): 25-32, 1998.

OTTO, C. O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces. **Rev. Est. Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 237-53, 2004.

PANIZZA, L. **Escola em busca do ser: viver a realidade humana e divina**. 3. ed. Curitiba: Vicentina, 1987, p. 275.

PEDRO, J.M., A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Rev. Bras. Hist.** v. 23, n. 45, São Paulo, Jul. 2003.

PELLOSO, S.M., Sexualidade e gênero: um estudo com adolescentes em um município de pequeno porte do Noroeste do Paraná, **Maringá**, v. 30, n. 2, p. 113-119, 2008.

PEREIRA, A. L. **Ações educativas em contracepção**: Teoria e prática dos profissionais de saúde. Tese de doutorado, RJ; Instituto de medicina social, 2008.

PEREIRA, A.L. **Planejamento familiar no Brasil** – uma análise crítica, 2011. Disponível em: <http://www.aads.org.br/arquivos/Artigo%20Planejamento%20Familiar.pdf>. Acesso em maio de 2013.

PIMENTEL, H.U. O casamento no Brasil Colonial: um ensaio historiográfico. In: **Tempo de Histórias** - Publicação do Programa de Pós-Graduação em História PPG-HIS/UnB, n. 9, Brasília, 2005.

PITANGUY, J. (2003). Gênero, cidadania e direitos humanos. In: C. Bruschini & S. G. Unbehaum (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira** (pp. 109-119). São Paulo: Ed. 34.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K., COSTA, S. H. (orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. cap.1, p.19-38.

PITTMAN, F. (1994). **Mentiras privadas**: a infidelidade e a traição na intimidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

RAMOS, F.I.S. **Análise Histórica das Políticas de Planejamento Familiar no Brasil**, 2008.

REVACHE, A. **Diferença entre namoro e união estável**, 2010. Disponível em <<http://jus.com.br/revista/texto/18383/diferenca-entre-namoro-e-uniao-estavel>>. Acesso em 10/05/2013, às 19h30.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamentos no Brasil. **Temas em Psicologia**, n. 12 (1), 2004, p. 2-17.

ROHDEN F. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. Vaitsman J. Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. *Physis*. 1994;4(1):7-22

ROQUE, S. Gênero e Educação para o Desenvolvimento Quando o invisível e o não dito são o ponto de partida. **Revista Fórum DC** (www.forumdc.net), 2004.

ROSAS, Cristiano F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 27, set. 2005.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SABAT, Ruth. Quando a publicidade ensina sobre gênero e sexualidade. In: SILVA, Luiz Heron da (Org.). **Século XXI**: Qual conhecimento? Qual currículo? RJ: Vozes, 2000. p. 244- 261.

SALÉM, T. **O casal igualitário**: princípios e impasses. Artigo retirado da tese de doutorado, de 1987. Disponível em

<http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_09/rbcs09_03.htm>. Acesso em 11/04/2013.

SANTOS, J.C. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n.3, Rio de Janeiro, mar. 2011.

SANTOS, K.A. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions. In: a Brazilian shantytown. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.4, Rio de Janeiro, abr. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão (Org.). **Direitos Fundamentais e Biotecnologia**. São Paulo: Método, 2008.

SAUTHIER, M.; GOMES, M.L.B. Gênero e planejamento familiar: uma abordagem ética sobre o compromisso profissional para a integração do homem. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 64, n. 3. Brasília, maio/jun. 2011.

SCAVONE, L. **Maternidade**: Transformações na família e nas relações de gênero, 2001.

SCHAMES, A. **A. Satisfação conjugal de homens e mulheres**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, 2000.

SCOTT, JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre. v. 20, n. 2, jul/dez 1995, PP. 71-99.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA B, Miranda AG Netto et al (Eds.). **Dicionário de ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

SILVA, C.G.M., O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista Saúde Pública**. 2002; 36 (4 Supl.): 40-9.

SILVA, Vergas Vitoria Andrade da. “Pra que rimar amor e dor’: um estudo sobre as formas contemporâneas de representação e expressão do sofrimento amoroso”. In: III Jornada Internacional de Representações Sociais – João Pessoa/PB. **IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais**, 2005 (pp. 3931-3940)

Sintomas e dicas, 2009. Disponível em: <<http://sintomasedicas.com/os-perigos-da-infidelidade/>>. Acesso em: 17/07/2013.

SOUSA, FGM, Terra MG, Erdmann AL. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. **Online Brazilian Journal of Nursing** [on-line]; 4.3, 1 Dec 2005. Available: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=86>.

SOUTO, K.M.B., A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

STROPASOLAS, V.L., O valor (do) casamento na agricultura familiar, **Revista de Estudos Feministas**. v. 12, n. 1, Florianópolis, jan./abr. 2004.

SUPLICY, M. e col. Guia de educação sexual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. BATISTA, J.A. Reflexões sobre o conceito antropológico de cultura. **Revista saber eletrônico**. Ano 1, v. 1, Nov/Jun 2010. ISSN 2176-5588.

TAVARES, L.S.; LEITE, I.C; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 10, n. 2, São Paulo, jun. 2007.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TESSARI, O. I. (2004). **Traição/perdão**. Recuperado em 11 de abril de 2013 do site <http://www.ajudaemocional.com>.

TRINDADE, R.F.C; ALMEIDA, A.M. **Maternidade na Adolescência**: entre o sonho e a realidade. Maceió: EDUFAL, 2008.

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População, CNPD – Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** (Cairo, setembro de 1994). Brasília, [1995].

UNITED NATIONS, 2004. **Review and appraisal of the progress made in achieving the goals and objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: the 2004 report**. New York: United Nations; 2004.

VALADARES, Maria Goreth Macedo. As famílias reconstituídas. In: TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **Manual das famílias e das sucessões**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2008, p.167.

VALLE, M. E., & Osório, L. C. (2004). **Alquimia íntima**: A nova química do casal. Porto Alegre: Literalis.

VARELA, D. **Veja a linha do tempo da evolução contraceptiva**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/acompanhe-a-evolucao-dos-metodos-anticoncepcionais/>>. Acesso em 13/04/2013.

VARELLA, D. **Natalidade e Violência** (2008a). Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/planejamento-familiar/>>. Acesso em: 06/06/2013.

VIEIRA, E.M.; BADIANI, R.; FABBRO, A.L.; RODRIGUES JUNIOR, A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. 2001;36(3):263-70.

VIOTTI, M.L.R. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**, 1995.

ZAGURY, T. O adolescente e a felicidade. **Ciência e Saúde Coletiva** 8 (3), 2003, p. 681-689.

ZEGLIO, C.; RODRIGUES JR., O.M. **Amor e sexualidade**: como sexo e casamento se encontram. São Paulo: Iglu, 2007.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ZURUTUZA, C. Para uma Convenção Interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos. In: OLIVEIRA, M. C., ROCHA, M. I. B. (orgs.) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política**. Campinas: Unicamp, 2001.

APÊNDICE 1- LISTA DOS BAIRROS DE MACEIÓ

1	Jacintinho	26	Bebedouro
2	Benedito Bentes	27	Cruz das Almas
3	Tabuleiro dos Martins	28	Antares
4	Cidade Universitária	29	Ponta da Terra
5	Clima Bom	30	Santa Amélia
6	Jatiúca	31	Ipioca
7	Vergel do Lago	32	Rio Novo
8	Feitosa	33	Fernão Velho
9	Trapiche da Barra	34	Jacarecica
10	Ponta Grossa	35	Pitanguinha
11	Poço	36	São Jorge
12	Pinheiro	37	Jaraguá
13	Santa Lúcia	38	Canaã
14	Prado	39	Ouro Preto
15	Farol	40	Jardim Petrópolis
16	Chã da Jaqueira	41	Mangabeiras
17	Barro Duro	42	Centro
18	Serraria	43	Pajuçara
19	Petrópolis	44	Riacho Doce
20	Santos Dumont	45	Mutange
21	Gruta de Lourdes	46	Pontal da Barra
22	Bom Parto	47	Guaxuma
23	Chã de Bebedouro	48	Pescaria
24	Ponta Verde	49	Garça Torta
25	Levada	50	Santo Amaro

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”
(Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____

tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **Gênero e Reprodução: um estudo sobre maternidade, paternidade na cidade de Maceió AL**, recebi das pesquisadoras _____ e _____, da Universidade Federal de Alagoas, as seguintes informações:

- Este estudo destina-se a identificar o papel de homens e mulheres na reprodução humana;
 - A importância deste estudo é possibilitar a compreensão das implicações da reprodução e o papel de cada indivíduo na vivência de ser pai ou mãe e do reflexo da maternidade e da paternidade nos projetos e contexto de vida. Assim como conhecer os determinantes do comportamento sexual e reprodutivo de homens e mulheres, visto sob cinco dimensões deste processo: a iniciação sexual, o uso de métodos anticoncepcionais na primeira relação sexual, o uso atual de anticoncepcionais, a fecundidade, e o planejamento da reprodução.
 - A minha entrevista será registrada em formulário próprio.
 - Não existem outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados. Com a minha participação, poderei sentir sentimentos desconfortáveis, porém não existem riscos à minha saúde física e mental. Receberei os esclarecimentos sobre todas as etapas do estudo e, a qualquer momento, poderei me recusar a continuar participando. Além disso, poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
 - As informações conseguidas através da minha participação serão sigilosas, e meu anonimato será preservado, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Os resultados serão divulgados somente entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Diante do exposto, compreendi as informações sobre minha participação neste estudo, estou consciente dos meus direitos, responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implica e concordo em participar. Para isso, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Maceió, ____ de _____ de 2012

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a)

Assinatura do entrevistador(a)

Dr^a Ruth França Cizino da Trindade ¹

¹Av. Lourival Melo Mota s/n - Campus A.C. Simões - CEP 57072-970 Maceió/AL –Brasil (82)3214-1153.**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053.

APÊNDICE 3 – Formulário 1 – Informações - socioeconômicas e culturais

Pesquisa: Gênero e Reprodução: um estudo sobre maternidade, paternidade na cidade de Maceió/AL

Universidade Federal de Alagoas - Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR

Execução: Grupo de Pesquisa Enfermagem, saúde e sociedade

Bom dia/Boa tarde/Boa noite! Meu nome é _____, sou entrevistadora da **ESENFAR/UFAL** e estou entrevistando mulheres e homens de Maceió para uma pesquisa aprovada pelo CNPq. Estamos levantando informações sobre o comportamento sexual e reprodutivo de casais na cidade de Maceió, para que seja traçado um plano de ação buscando melhorias nos serviços de Saúde. Este estudo faz parte do Edital/Chamada: Edital nº 20/2010 do CNPq.

Gostaria de ressaltar que a **ESENFAR** garante total sigilo das informações coletadas. Dados pessoais das mulheres e dos homens entrevistados não serão divulgados e as respostas serão analisadas sempre em conjunto, nunca individualmente.

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

CIDADE: MACEIÓ ESTADO ALAGOAS

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ TEL. P/ CONTATO: _____

NOME DA/O ENTREVISTADA/O: _____

SEXO: Homem Mulher

IDADE: _____ anos

FORMULÁRIO 1 – INFORMAÇÕES - SOCIOECONÔMICAS E CULTURAIS

N O.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
01	Como você se considera?	Branco(a)..... Pardo(a)..... Preto(a)..... Amarelo(a)..... Indígena..... Recusou-se a responder..... Não sabe/não lembra.....	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 7 7
02	Em que religião você foi criado/a?	Católica..... Protestante (especificar)..... Pentecostal (especificar)..... Espírita (especificar) Umbanda, candomblé, batuque..... Judaica..... Mais de uma (especificar) Nenhuma..... Outra (especificar)..... Não sabe/não lembra.....	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 4 4 5 5 7 7
03	Atualmente qual a religião	Católica..... Protestante (especificar)..... Pentecostal (especificar)..... Espírita (especificar)..... Umbanda, candomblé, batuque..... Judaica.....	0 1 0 2 0 3

N O.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
	que você frequenta?	Mais de uma (especificar)..... Nenhuma..... Outra (especificar)..... Não sabe.....	0 4 0 5 0 6 0 7 4 4 5 5 7 7
04	Quantos anos completos de estudo você tem?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> 00 Se for analfabeto	
05	Qual o seu nível de escolaridade?	Não estudou..... Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental Ensino médio (antigo 2º grau) incompleto Ensino médio completo..... Ensino superior incompleto..... Ensino superior completo Pós-graduação..... Não sei.....	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 7 7
06	Qual o seu estado civil?	União civil..... União consensual.....	0 1 0 2
07	Tem filhos? Quantos?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> 00 Se não tiver	

N O.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
08	Em que você trabalha atualmente?	Na agricultura, no campo, em fazenda ou na pesca.... Na indústria..... Na construção civil..... No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços..... Funcionário público do governo federal, estadual ou municipal..... Trabalhador fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador de carros, catador de lixo etc.)..... Trabalha em sua casa em serviços (alfaiataria, cozinha, aulas particulares, artesanato, carpintaria, marcenaria etc.) Trabalhador doméstico em casa de outras pessoas (faxineiro, cozinheiro, mordomo, motorista particular, jardineiro, vigia, acompanhante de idosos/as etc.)..... No lar (sem remuneração)..... Não trabalha..... Outro/especificar Não sabe.....	0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 1 0 5 5 7 7

FORMULÁRIO 4 – MATERNIDADE E PATERNIDADE

NO	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
5	Há quanto tempo vocês estão casados/juntos?	___ dias ___ semanas ___ meses ___ anos Não sabe/não lembra	77
6	Com relação a esse parceiro/a, o que os mantém juntos?	Está apaixonada..... Gosta dele/a..... Não sente nada de especial por ele/a Por conveniência Os filhos Só sente tesão Outro(especificar) Não sabe/não lembra	01 02 03 04 05 06 55 77
7	Atualmente, com seu parceiro(a), você utiliza algum método para evitar a gravidez?	Sim. (Pula para a questão 09) Qual? _____ Não.....	01 02
8	Se não, por quê?	Desconforto, não gosto..... Parceiro/a não gosta..... Não podemos ter filho (esterilidade feminina)..... Não podemos ter filho (esterilidade masculina) ... Laqueadura Vasectomia Não quero..... Confio no meu parceiro/a..... Outro. Qual? _____	01 02 03 04 05 06 07 08 55
9	Nesse relacionamento, quanto à camisinha, vocês:	Nunca usaram Sempre usaram Às vezes sim, às vezes não Usaram no começo do relacionamento, e depois pararam de usar Não usaram no começo do relacionamento, mas depois começaram a usar..... Outro (especificar) _____ Não lembra	01 02 03 04 05 55 77
11	No último mês vocês utilizaram algum método para evitar a gravidez?	Sim Não (pula para 16) Não lembra (pula para 16) NSA	01 02 77 88



NO	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
12	Qual o principal método que vocês usaram esse mês?	Pílula anticoncepcional Injeção/implante DIU Camisinha/ preservativo..... Diafragma Coito interrompido /gozar fora Tabela..... Usaram mais de um método (especificar).. Outro (especificar)_____ Não sabe/não lembra NSA.....	01 02 03 04 05 06 07 08 55 77 88
13	Quem decidiu usar esse/s método/s?	Você..... Parceiro/a..... Os dois Não lembra NSA	01 02 03 77 88
18	Durante este relacionamento, você teve alguma relação sexual com outra pessoa que não o/a seu/sua parceiro/a?	Sim..... Não (pular para a questão 25)..... Recusou-se a responder (pula para a 25).. Não lembra (pula para a 25)..... NSA.....	01 02 66 77 88
19	Você usa/usou preservativo nessas relações?	Sim (pular para a questão 21) Não Não lembra.....	01 02 77
21	Com quantas outras pessoas você manteve relações extraconjugais?	_____ (se for mais de uma pessoa, considerar a última nas perguntas 22 e 23) Não sabe/não lembra c) NSA	77 88
26	Em relação a sua necessidade de transar, seu/sua parceiro/a sente:	Mais vontade Menos vontade A mesma vontade Recusou-se a responder..... Não sabe NSA	01 02 03 66 77 88
29	Você tinha quantos anos quando se casou com seu companheiro/a atual?	_____anos	

NO .	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	
33	Esta união foi:	Casamento civil e religioso	01
		Casamento civil	02
		Casamento religioso	03
		Não houve casamento oficial	04
		Outro (especificar)	55
QUANTO AOS FILHOS			
38	Quando ficou grávida deste relacionamento, você estava:	Queria naquele momento	01
		Queria esperar mais	02
		Não queria ter(mais) filhos	03
		Outro (especifique)	55
		NSA.....	88
39	Esta gravidez foi planejada?	Sim.....	01
		Não	02
		NSA.....	88

COMENTÁRIO FINAL:

Você tem algo mais a dizer sobre o que estávamos conversando?

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 13/12/2011

Senhor (a) Pesquisador (a), Ruth França Cizino da Trindade
Izabel Comassetto
Rosimar Camilo Valverde

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 09/12/2011 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 028151/2010-53 sob o título: **Gênero e reprodução: um estudo sobre maternidade, paternidade na cidade de Maceió-AL**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais