UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Mestrado em Saúde Coletiva

# Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social

APARECIDA FAVORÊTO MAKHOUL

SANTOS
2008

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

Mestrado em Saúde Coletiva

# Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social

APARECIDA FAVORÊTO MAKHOUL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

SANTOS
2008

## BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto (orientador-Presidente)

Profa. Dra. Denise Martin (membro titular)

Profa. Dra. Eunice Nakamura (membro titular)

Profa. Dra. Amélia Cohn (membro suplente)

Santos, 16 de Dezembro de 2008.

_____

_____

_____

# DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que tive a felicidade de conhecer, e que estiveram presentes nos momentos mais importantes da minha vida:*

*À minha querida mãe "coragem", que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e compartilhando das minhas frustrações e conquistas, tornando minha vida mais bela e feliz;*

*Ao meu querido esposo e companheiro que soube respeitar minhas escolhas, dando-me apoio, incentivo e carinho.*

*Aos meus amados filhos, pelas minhas ausências nesse período;*

*À minha querida madrinha e às mulheres da minha família que, com seus exemplos, me ensinaram a garra e a força da mulher;*

*Ao meu pai e avós maternos (in memoriam) que foram como raios de luz e calor na minha vida;*

*Às minhas amigas e amigos que tornam o cenário da minha jornada mais colorido, divertido e acolhedor;*

*E especialmente às mulheres que participaram desta pesquisa, que, apesar de sua árdua luta pela vida e sua falta de tempo, me abriram suas casas e seus corações, propiciando-me uma experiência inesquecível, que contribuiu para que eu me tornasse mais consciente de mim mesma e do mundo à minha volta.*

## AGRADECIMENTOS

*Tenho tantas pessoas a quem devo meu infinito agradecimento para poder realizar este trabalho:*

*À Profa. Da. Rosa Maria Ferreiro Pinto, orientadora com quem tive o privilégio de conviver, pelas importantes oportunidades que me proporcionou e principalmente pelas orientações e reflexões durante a realização do Mestrado;*

*Às Professoras Doutoras Denise Martin e Eunice Nakamura pela atenção e contribuições no Exame de Qualificação e em outros momentos;*

*Ao grupo do NEPEC, por me proporcionar o apoio técnico e a postura enquanto pesquisadora, mas principalmente pelo carinho e amizade;*

*À Samara, presidente da ACC, pela ajuda no contato com as entrevistadas e em ceder o espaço da associação para algumas entrevistas;*

*Às mulheres entrevistadas, pois sem elas esta pesquisa não teria sido possível;*

*Aos professores do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo aprendizado propiciado no período do Mestrado;*

*Às amizades que tive o imenso prazer de fazer durante as disciplinas;*

*À professora de inglês Rosilda Brossi, pelo seu carinho e competência;*

*Ao meu querido mestre Moacir Costa (in memoriam), pela minha escolha profissional;*

*E à minha querida amiga e colega Vera Vaccari e seu esposo Valeriano, pela disponibilidade em revisar esta dissertação, e pelo apoio, incentivo e afeto.*

***O meu carinho e meus sinceros agradecimentos a todos!***

*"Se não houver frutos valeu o perfume das flores;*
*Se não houver flores valeu pela sombra das folhas;*
*Se não houver folhas, valeu a intenção da semente.*
*A semente foi lançada, e mesmo que nada vingue*
*pelo menos restará a experiência*
*de ter sido um semeador"*

**Henfil**

# RESUMO

MAKHOUL, Aparecida Favorêto. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. [Dissertação de Mestrado]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2008.

A subordinação de gênero é um dos fatores que contribuem para a situação de vulnerabilidade social de mulheres chefes de família de cortiços nas áreas centrais de Santos. Com os objetivos de avaliar o impacto da situação de vulnerabilidade social na percepção dos direitos sexuais e reprodutivos por parte dessas mulheres e de conhecer sua história afetivo-sexual, foi realizada pesquisa qualitativa de natureza compreensiva e explicativa, baseada no método da história oral, mediante entrevistas com roteiro pré-estabelecido com questões em aberto. Foram realizadas em média três entrevistas com cada uma das 5 participantes, com duração de aproximadamente uma hora cada. Todas sofreram violência sexual e/ou física (espancamentos) na infância. A aceitação da inferioridade social da mulher diante do homem e a naturalização da maternidade e do cuidado da prole faz com que aceitem a violência doméstica e sexual e arquem com todas as responsabilidades com relação aos filhos. A dupla e tripla jornada de trabalho faz parte do cotidiano dessas mulheres, que encaram a laqueadura como única alternativa ao aumento do número de filhos. Elas relatam falta de desejo sexual e/ou dor nas relações sexuais. Os programas governamentais com relação aos direitos sexuais e reprodutivos só serão efetivos se incorporarem perspectiva educativa, que ultrapasse a informação, atingindo igualmente homens e mulheres de forma a levar a uma mudança nas relações entre os gêneros.

**Palavras Chave**: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, MULHERES CHEFES DE FAMÍLIA, VULNERABILIDADE SOCIAL, POLÍTICAS PÚBLICAS.

# ABSTRACT

MAKHOUL, Aparecida Favorêto. Sexual and reproductive rights of female family heads in social vulnerability situation. [Dissertation of Master]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2008.

Gender subordination is one of the factors which contribute to social vulnerability of female family heads living in tenement houses in the central areas of Santos. Aiming to evaluate the impact of the social vulnerability situation in the perception of sexual and reproductive rights by these women and hear their social and affective story, it was carried out a comprehensive and explanatory qualitative research, based on the oral history method, utilizing interviews with a pre-established script with open questions. It was performed in average three interviews with each of the 5 participants, lasting about an hour each. All of them have suffered sexual and / or physical (beatings) violence in childhood. The acceptance of women´s social inferiority related to men and the naturalization of motherhood and care of the offspring force them to accept the domestic and sexual violence, also becoming totally responsible regarding their children. The double and triple day of work is part of daily life in these women´s lives, who see sterilization as the only alternative to the increasing number of children. They report lack of sexual desire and / or pain upon penetration. The government programs related to sexual and reproductive rights will only be effective if incorporating the educative perspective, going beyond the information, also reaching equally men and women, leading to a change in the relationship between genders.

**Key words:** SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS, FEMALE FAMILY HEADS, SOCIAL VULNERABILITY, PUBLIC POLICIES.

# LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Membros do NEPEC.....16

**Figura 2** – Mapa do município de Santos, segundo IPVS.....23

**Figura 3** – Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista.....25

**Figura 4** – Mapa de Santos.....26

**Figura 5** – Porto de Santos.....27

**Figura 6** – Jardins da praia santista.....27

**Figura 7** – Bairros nobres de Santos.....29

**Figura 8** – Rua do Centro de Santos.....29

**Figura 9** – Inauguração do Canal 1, em Santos.....31

**Figura 10 -** Casarões do Centro de Santos (1920).....33

**Figura 11** – Cortiços do centro de Santos.....33

**Figura 12** – Mapa com os bairros de Santos.....34

**Figura 13** - Cômodo de um cortiço com mulher e crianças.....35

**Figura 14**– Encontro Nacional Mulher e Constituinte.....43

# LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 –** Índice Paulista de Vulnerabilidade Social.....22

**Tabela 2** – Profissões e atividades.....72

**Tabela 3** – Idade/escolaridade/número de filhos.....88

## ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACC** – Associação dos Cortiços do Centro

**CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.

**CREAS** – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

**CVC** – Centro de Valorização da Criança.

**DST** – Doenças sexualmente transmissíveis.

**FEBEM** – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor.

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**IDHM** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

**IPVS** – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

**IUSSP** - União Internacional para o Estudo Científico da População.

**HERAS** – Health, Empowerment, Rights & Accountability (Saúde, Empoderamento, Direitos e Responsabilidade).

**MS** - Ministério da Saúde.

**NAPS** – Núcleo de Apoio Social.

**NEPEC** – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva.

**PAISM** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

**PMS** – Prefeitura Municipal de Santos.

**RMBS** – Região Metropolitana da Baixada santista.

**SEADE** - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.

**SECRAIDS** – Seção de referência em AIDS.

**SEPLAN** – Secretaria do Estado do Planejamento e Desenvovimento

**ONG** – Organização Não governamental.

**ONU** - Organização das Nações Unidas.

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde.

**UBS** – Unidade básica de Saúde.

**UNIFEM** – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

**UNISANTOS** – Universidade Católica de Santos.

**WAS** – Associação Mundial de Sexologia

# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÂO**.....15

**INTRODUÇÂO.**.....19

Contextualizando a pesquisa.....25

Processo de urbanização de Santos.....30

**CAPÍTULO 1 – QUADRO TEÓRICO**

**1.1**. TECENDO A HISTÓRIA DO FEMININO.....36

**1.1.1** Sexualidade.....36

**1.1.2** Relações de gênero.....40

**1.1.3** Conquistando direitos.....43

**1.2**. REPRODUÇÃO.....46

**1.2.1.** Controle de natalidade X Planejamento familiar.....46

**1.2.2**. Saúde sexual e reprodutiva.....49

**1.2.3**. Direitos sexuais e reprodutivos.....51

**1.2.4**. Direitos sexuais e reprodutivos na Política Pública.....55

**1.3.** POLÍTICAS PÚBLICAS.....57

**1.3.1**. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....57

**1.3.2.** Política nacional de direitos sexuais e reprodutivos.....60

**CAPÍTULO 2 – A PESQUISA**

**2.1.** TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....64

**2.1.1.** Instrumento da pesquisa: o roteiro.....69

**2.1.2.** Perfil e caracterização das mulheres pesquisadas.....71

**2.1.2.1.** Camélia.....73

**2.1.2.2**. Jasmim.....76

**2.1.2.3.** Tulipa.....78

**2.1.2.4.** Papoula.....80

**2.1.2.5.** Gardênia.....84

**CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÂO**.....87

**3.1.** Influência dos fatores socioeconômicos na condição feminina.....88

**3.1.1.** Chefia da família.....89

**3.1.2.** Condições de moradia.....92

**3.1.3**. Família de origem.....96

**3.1.4.** Trabalho.....100

**3.2**. Relações de gênero e violência.....103

**3.2.1**. Violência sexual na infância.....103

**3.2.2.** Presença de drogas lícitas e ilícitas.....106

**3.2.3.** Violência por parte do companheiro.....108

**3.2.4**. Conseqüências da violência.....111

**3.3**. Acesso às políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos.....117

**3.3.1.** Planejamento familiar.....120

**3.3.2.** Doenças sexualmente transmissíveis.....128

**3.4.** Sexualidade e prazer.....130

.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....136

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**.....139

**ANEXOS**.....152

# APRESENTAÇÂO

O projeto de pesquisa “Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social” é um recorte do projeto “Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central da cidade de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família” – FAPESP nº. 06/58893-7, desenvolvido pelo NEPEC (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva), vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob a coordenação da Prof. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

Psicóloga clínica há 19 anos, atuando, tanto em consultório particular quanto em docência em cursos de especialização para psicólogos e médicos, principalmente na área da sexualidade humana, estamos em contato com os mais diversos problemas e dificuldades relacionados à área sexual. Há quatro anos, quando nos mudamos, com a família, de São Paulo para Santos, resolvemos ampliar nossa esfera profissional, cursando o Mestrado em Saúde Coletiva. Queríamos ir além do espaço privado do consultório e ansiávamos por encontrar uma forma de também nos dedicar à esfera pública.

Iniciado o Mestrado, na Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), tomamos conhecimento, por intermédio da Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, das atividades do NEPEC e do projeto de pesquisa “Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central da cidade de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família”, sob sua coordenação. Identificamo-nos prontamente com esse projeto e com a idéia de pesquisar sobre sexualidade feminina na população em situação de vulnerabilidade social.

O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação em Saúde Coletiva - NEPEC, vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, fundado em 2003, é formado por professores dos cursos da área da saúde na Universidade, mestrandos e alunos da graduação.

A figura abaixo apresenta parte dos membros do NEPEC em abril de 2008, nas dependências da UNISANTOS:

**Figura 1**: Membros do NEPEC

Fonte: Arquivo pessoal

**Da esquerda para a direita:**

**Em cima**: Carol, Tânia Martins, Fátima, Tânia, Luzana, Rosana, eu, Thiago, Sandra, Victor, Magda.

**Em baixo:** Fabiana, Joice, Paula, Millena, Gisela, Rosa, Bruna, Constantino

A experiência em pesquisas, principalmente com a população dos cortiços do centro de Santos, e a maturidade emocional do grupo foram de inestimável importância para nosso desenvolvimento enquanto pesquisadora. Em reuniões semanais, sob um clima de muita amizade e harmonia, tivemos a oportunidade de estudar e discutir os aspectos teóricos e práticos da pesquisa.

Nesse período, entre 2006 e 2008, o NEPEC também estava participando do projeto social "Oficinas Querô – Empreendedorismo e cidadania através do cinema", voltado para adolescentes que vivem em situação de risco na Baixada Santista, em parceria com a produtora Gullane Filmes. O grupo do NEPEC é responsável por realizar oficinas com os jovens, trabalhando temas como cidadania, relações familiares, planejamento familiar, DST, sexualidade, primeiros socorros, etc., com o objetivo de contribuir para que os adolescentes se tornem cidadãos mais participativos e solidários.

Nesse cenário, tivemos a oportunidade de participar das oficinas sobre sexualidade, apresentando aula sobre "Resposta sexual humana e iniciação sexual", e também de realizar exercícios corporais com os jovens, utilizando técnicas da Bioenergética[1], para os "aquecimentos" das dinâmicas aplicadas. Essa experiência junto aos adolescentes das Oficinas Querô tem sido muito enriquecedora e, sem dúvida, uma excelente forma de desenvolvimento das habilidades de docência.

Sempre nos preocupamos com as dificuldades que as pessoas, e principalmente as mulheres, encontram em exercitar livremente sua sexualidade sem arcar com gravidez indesejada, aborto, DST, abusos ou violência sexual.

As classes econômicas mais abastadas geralmente têm mais recursos para lidar com essas situações, mas, pensando na população com menor acesso à educação formal e ao atendimento em saúde, resolvemos pesquisar o que existia em termos de políticas públicas para atender a demanda por saúde sexual. A investigação inicial demonstrou que realmente havia programas do governo dentro do SUS (Sistema Único de Saúde) que visavam atender às questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos da população. A questão seguinte foi: será que essas políticas estavam conseguindo atingir a população mais pobre?

---

[1] Técnica de psicoterapia corporal desenvolvida pelo médico norte-americano Alexander Lowen, com base nas idéias de Wilhelm Reich.

Foi com a intenção de conhecer melhor a população feminina do centro de Santos, que foi definido como objeto de estudo da presente pesquisa **a percepção dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes família em situação de vulnerabilidade social**, com os seguintes objetivos:

**1-** Avaliar o impacto da situação de vulnerabilidade social na percepção dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres chefes de família do centro de Santos.

**2-** Conhecer a história afetivo-sexual de mulheres chefes de família, residentes no centro de Santos e em situação de vulnerabilidade social.

Em relação à estrutura do trabalho, na introdução é caracterizado o problema em foco e apresentado um breve histórico do processo de urbanização da cidade de Santos.

O primeiro capítulo trata do quadro teórico, discorrendo sobre a história do feminino, a reprodução e as políticas públicas referentes aos direitos sexuais e reprodutivos.

O segundo capítulo é dedicado à pesquisa realizada.

O terceiro capítulo trata dos resultados obtidos e sua discussão através das categorias emergentes do processo investigativo para, a seguir, apresentar as considerações finais.

# INTRODUÇÂO

Na região central da cidade de Santos, conhecida como centro antigo, vive uma população de baixa renda que ocupa antigos casarões hoje transformados em cortiços. As condições de vida nesses cortiços e porões são péssimas, colocando em risco a saúde dos moradores.

Nos bairros que compõem o centro de Santos nota-se a presença de famílias mono parentais, em especial aquelas nas quais a mulher assume a chefia do domicílio. Em estudo realizado pelo NEPEC[2], observou-se que nos cortiços existe um número expressivo de mulheres chefes de família.

Segundo dados do IBGE (censo de 2000), 12,9% das famílias no Brasil e 24,1% no Estado de São Paulo são chefiadas[3] por mulheres, em sua maioria na faixa de 35 a 54 anos. É um fenômeno tipicamente urbano, pois 91,4% dos domicílios que possuem mulheres como chefes de família estão localizados em cidades e apenas 8,6% no meio rural (IBGE – Perfil das Mulheres Responsáveis Pelos Domicílios no Brasil, 2002).

Em 28 de Setembro de 2007, o IBGE divulgou o SIS 2007 (Síntese dos Indicadores Sociais), que apontou o aumento de 8,2 milhões de mulheres consideradas chefes de família em dez anos (de 1996 a 2006) no País.

Na cidade de Santos, os números são ainda mais elevados do que a média no Estado de São Paulo: segundo a Fundação SEADE (2000 a), as mulheres são responsáveis por 32,6% dos domicílios.

O fenômeno está presente em todos os extratos sociais. Alguns desses extratos são considerados de alta vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social, segundo um dos conceitos utilizados pela pesquisa do NEPEC (a do Centro de Estudos da Metrópole/SP) refere-se ao:

---

[2] Pesquisa: Cortiços na cidade de Santos: avaliação das condições de vida e saúde em micro espaço urbano (2006/2008).

[3] O IBGE utiliza atualmente a expressão responsável pelo domicílio ao invés de chefe de domicílio, termo que era utilizado em censos anteriores, mas que caiu em desuso desde a Constituição de 1988. O termo chefe de família será utilizado neste trabalho devido à pesquisa referência utilizar esta denominação.

> ...somatório de situações de precariedade, para além das condições precárias socioeconômicas (como indicadores de renda, escolaridade ruins) presentes em certos setores censitários. São considerados como elementos relevantes no entendimento da privação social aspectos como a composição demográfica das famílias aí residentes, a exposição às situações de riscos variados (como altas incidências de certos agravos à saúde, gravidez precoce, exposição à morte violenta, etc.) precárias condições gerais de vida e outros indicadores (...) para além das variáveis socioeconômicas classicamente associadas à caracterização de populações vulneráveis, como rendimento dos chefes de família, indicadores de escolaridade e outros, foram consideradas também variáveis relativas ao ciclo familiar, como a presença de grupos etários específicos que podem reforçar a situação de vulnerabilidade das famílias mais expostas à situação de privação – crianças pequenas, mulheres chefes de família, idosos e outros (2004, p.s/n).

A Fundação SEADE utiliza conceito semelhante e, com base nas concepções de Katzman (1999) e Nussbaun e Sen (1988), criou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) no qual:

> A vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade (Katzman, 1999). Assim a vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar a privação de renda, central nas medições baseadas em linhas de pobreza, mas também a composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequados, a existência de garantias legais e políticas, etc. Por exemplo, a simples condição de família monoparental, com crianças pequenas e chefiada por mulher, não a torna necessariamente vulnerável, mas a combinação dessa situação com a baixa escolaridade da chefe configura uma situação de vulnerabilidade social, uma vez que os recursos cognitivos possuídos por essa família podem ser insuficientes para lhe garantir níveis adequados de bem-estar, expondo-a, assim, a riscos variados, como agravos à saúde, violência e pobreza. (...) O indicador resultante consiste em uma tipologia derivada da combinação entre duas dimensões – socioeconômica e demográfica – que classifica o setor censitário em seis grupos de vulnerabilidade social, denominada Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). (SEADE, 2000 a, Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo, apresentação do IPVS, p.1).

Segundo a Fundação SEADE (2000 b), os seis grupos que consistem o IPVS são os seguintes:

> GRUPO 1 – Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação econômica (muito alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.
>
> GRUPO 2 – Vulnerabilidade muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos de dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.
>
> GRUPO 3 – Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classifica nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.
>
> GRUPO 4 - Vulnerabilidade Média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na divisão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores encontram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menores de 30 anos) e de crianças pequenas.
>
> GRUPO 5 – Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílio apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.
>
> GRUPO 6 – Vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão econômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e de presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza. (SEADE, 2000 b, Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo, apresentação do IPVS, quadro1, p.3).

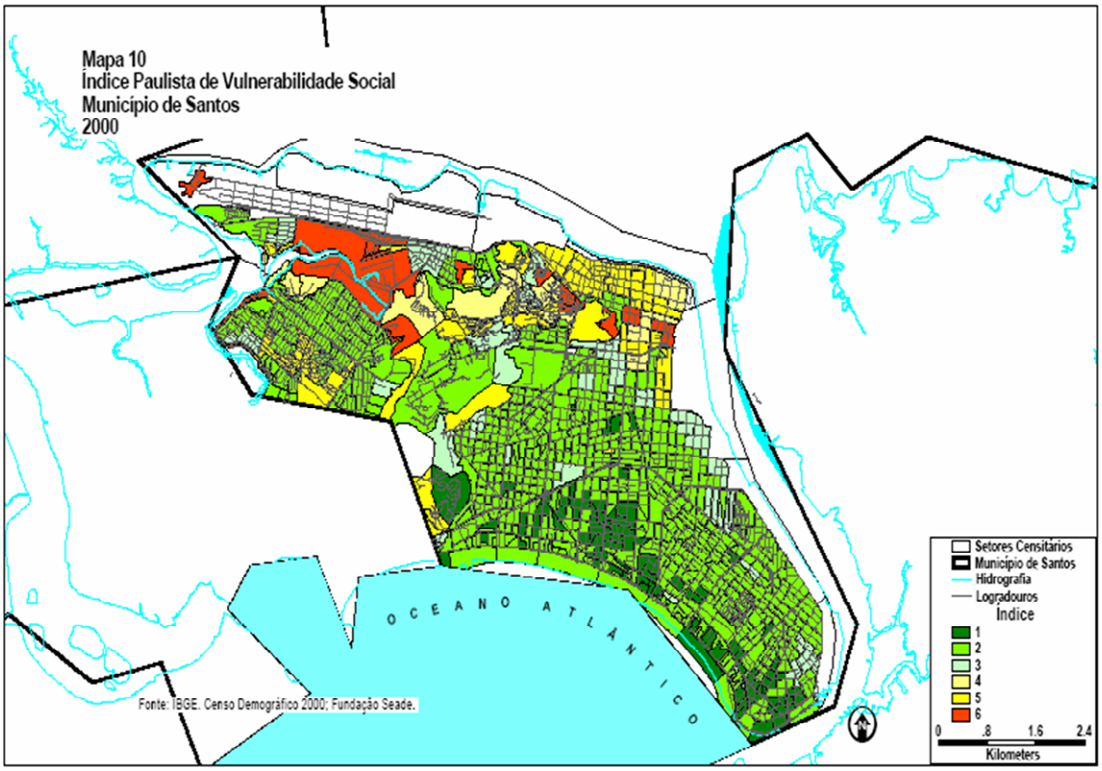
A tabela e a figura abaixo apresentam os dados do município de Santos, de acordo com os indicadores que compõem o Índice Paulista de vulnerabilidade social (censo de 2000) (SEADE, 2000 b):

**Tabela 1:** Índice Paulista de Vulnerabilidade Social do município de Santos.

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| População total | 52.318 | 267.455 | 31.911 | 13.425 | 31.389 | 21.378 | 417.876 |
| Percentual da população | 12,5 | 64,0 | 7,6 | 3,2 | 7,5 | 5,1 | 100,0 |
| Responsáveis pelo domicílio com fundamental completo (%) | 84,4 | 64,1 | 52,8 | 30,1 | 28,3 | 21,9 | 60,9 |
| Rendimento normal médio do responsável (em reais de julho de 2000) | 3.076 | 1.461 | 960 | 450 | 493 | 345 | 1.504 |
| Mulheres responsáveis pelo domicílio (%) | 31.3 | 33.2 | 29.2 | 30.4 | 32.9 | 33.7 | 32.6 |
| Crianças de 0 a 4 anos no total de residentes (%) | 4,5 | 5,2 | 8,2 | 12,3 | 9,4 | 12,3 | 6,3 |

Fonte: SEADE, 2000 b – IPVS - Análise – Indicadores – População.

**Figura 2:** Mapa do município de Santos segundo o IPVS




Fonte: SEADE, 2000 a, Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo.

Observa-se a partir desses dados que a região central de Santos apresenta os grupos 4, 5 e 6 do IPVS, com predominância do grupo 5, no qual 33,7% dos domicílios possuem mulheres como responsáveis, ou seja, com as piores condições na dimensão socioeconômica, com chefes jovens, baixa escolaridade e renda, e presença de crianças pequenas.

Mas, falar sobre a mulher é também colocar em destaque a reprodução, as relações de gênero e a conquista de direitos. A sexualidade é parte integrante da vida, a saúde, o prazer sexual e os direitos sexuais e reprodutivos são direitos do ser humano (PITANGUY, 1999).

A pesquisa concluída em agosto de 2008, “Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família”, demonstrou que as mulheres em situação de pobreza que habitam a região do centro da cidade de Santos possuem diversos problemas em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo GALVÃO (1999),

> Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, incluindo:
>
> - O direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o intervalo entre eles, e de dispor da informação, educação e dos meios para tal;
> - o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva;
> - o direito a tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violência (ICPD,1994) (p.172).

CORRÊA (2003 a), por sua vez, afirma que:

> Os Direitos Sexuais fazem parte dos direitos humanos e incluem o direito de viver a sexualidade com prazer. O bem-estar sexual requer a liberdade individual e o respeito mútuo nas relações interpessoais. A equidade de gênero não pode ser alcançada sem respeito aos direitos sexuais e, ambos são importantes como princípios que fundamentam a luta pela eliminação da violência contra meninas, adolescentes e mulheres e contra a mutilação genital, o assédio e o abuso sexual, estupro, prostituição, agressões domésticas e escravidão sexual (HERA, 1999) (p. 11).

Nos dois conceitos, saúde e direitos (humanos, sexuais, reprodutivos) estão intimamente vinculados.

## CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

A cidade de Santos está localizada ao sul do litoral Paulista, na Ilha de São Vicente, a 72 km da cidade de São Paulo, e faz parte da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), que compreende 9 (nove) municípios, Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Monguagá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.

A figura abaixo apresenta as cidades da Região Metropolitana da Baixada Santista:

**Figura 3**: Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista

Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico (Site)

A Região Metropolitana da Baixada Santista, localizada a sudeste da Serra do Mar, no Estado de São Paulo, foi criada em 1996, formada por planícies, mangues, ilhas e estuários, corresponde a 1% da área do Estado de São Paulo e abrange uma área de 2.373 km². É a terceira maior região do Estado em termos populacionais, em 2007, chegou a 1.683.214 habitantes, e apresentou um produto interno bruto da ordem de 21,9 bilhões de reais em 2005, contribuindo com 3,0% da riqueza estadual (SEADE, 2007).

Santos, na região metropolitana, é a cidade que apresenta a maior densidade populacional, estimada em 426.691 habitantes, e é a maior cidade da Baixada Santista em termos econômicos (SEADE, 2007).

**Figura 4**: Mapa de Santos (lado direito da Ilha de São Vicente), com 7 canais, em azul claro:

Fonte: Baixada Santista (Site)

A região de Santos apresenta destacável importância na economia do País: maior porto da América Latina, com uma extensão de 10 km, além dos terminais portuários pertencentes a indústrias de Cubatão e Guarujá, perfazendo um total de 14 km para acostagem de navios; pólo industrial de Cubatão e, neste, a indústria petroquímica.

Segundo a Companhia Docas do Estado de São Paulo, em 2007 o porto de Santos movimentou um total de 80.775,867 toneladas, e apresentou, no mesmo ano, o

trânsito de 5.741 navios e o movimento de 11.654,713 contâiners (Porto de Santos, 2007).

Além do porto, o turismo e o comércio são fontes importantes para a economia da cidade de Santos.

Abaixo figuras que ilustram o porto de Santos e os jardins da praia santista:

**Figura 5**: Porto de Santos

Maior porto da América Latina com 14 km de extensão.

Fonte: Porto de Santos (Site)

**Figura 6**: Jardins da praia santista

Maior jardim frontal de praia do mundo, segundo o Guiness Book of records, com 5.335 m de comprimento por 40 a 50m de largura (Novo Milenium).

Fonte: Wikipédia (Site)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município está em 0,871, representando, segundo a Fundação SEADE (2000) alto desenvolvimento humano. Apesar disso, ainda segundo a SEADE a taxa de mortalidade infantil na cidade é a maior do Estado, com a relação de 17,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos (SEADE, perfil municipal, 2008).

Em relação aos serviços de saúde da região central, pode-se destacar: Pronto Socorro Central; Seção Unidade Básica de Saúde; Centro de Saúde Martins Fontes; Seção Unidade Básica de Saúde da Região Central Histórica; Seção Núcleo de Apoio Psicossocial II - NAPS II; Seção de Valorização da Criança da Região Central Histórica – CVC – Centro; e Seção de Referência em AIDS – SECRAIDS; Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente – To ligado.

Em relação à Assistência Social, os serviços municipais são: CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social (atende crianças e adolescente vítimas de violência) e Centro de Referência Social – Núcleo 1; Casa do Trem - Centro de atendimento a criança adolescente em situação de rua; Há na região várias entidades de caráter privado e ONGs destinadas ao atendimento social.

Além da mortalidade infantil, a região de Santos enfrenta graves problemas na área habitacional e social. Historicamente, a população, desde os trabalhadores imigrantes e ex-escravos do início do séc. XIX até os atuais migrantes do Sudeste e Nordeste do Brasil, além da população natural da área, tem-se instalado, em sua maioria, nas favelas da periferia, nos mangues e diques e em porões localizados no centro da cidade. As péssimas condições de habitação agravam os problemas de saúde já existentes em decorrência da carência alimentar, educação, e outros (PINTO, 2008 a).

Segundo LANNA (1996), em Santos:

> Existem quase duas cidades. A ligada à praia e a do centro. Uma mais moderna, turística, mais rica. A outra chamada centro, concentra as atividades comerciais, de abastecimento, a zona cerealista, atacadistas, os cortiços, a população mais pobre muitas vezes ligadas aos trabalhos do porto (p.98).

O processo de urbanização da cidade contribuiu de forma importante para essa característica em termos de distribuição da população.

As figuras abaixo ilustram o contraste entre a orla rica e o centro pobre:

**Figura 7:** Bairros nobres de Santos

Fonte: Novo Milenium (Site)

**Figura 8**: Rua do Centro de santos

Fonte: Flicker (Site).

## PROCESSO DE URBANIZAÇÃO DE SANTOS

Economicamente, até meados do século XIX a vila de Santos sobreviveu da exportação de cana-de-açúcar, mas, já na última década do século XVIII, o café também passou a ser exportado e mais tarde tornou-se o principal produto do porto de Santos (ANDRADE, 1995).

A vila de Santos recebeu o status de cidade em 1839, quando contava com quase 5.000 habitantes. Pouco depois, a partir de 1844, iniciou-se uma série de epidemias, que duraram cerca de 60 anos, dentre as quais as de febre amarela, impaludismo, varíola, peste bubônica, sarampo, febre tifóide e tuberculose. Devido a essa situação, o porto santista passou a ser evitado pelos navios, pois as tripulações temiam a contaminação. Em 1889, o porto foi interditado pelo governo (ANDRADE, 1995).

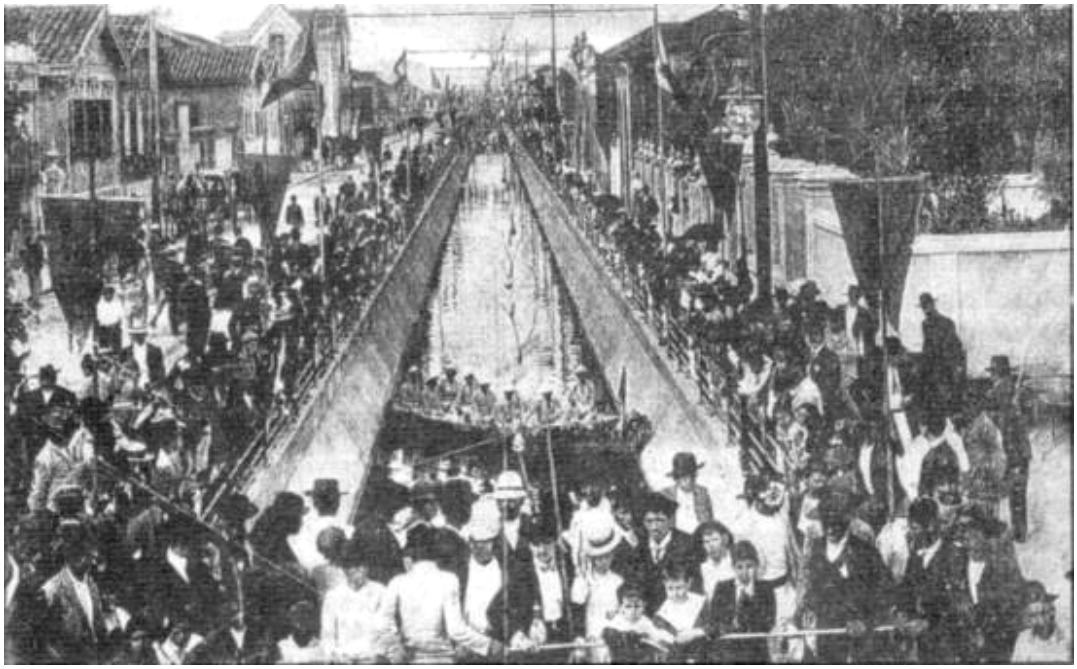
Segundo ANDRADE (1995), em 8 de Maio de 1889, em carta da Associação Comercial de Santos, ficou demonstrado que a preocupação com a saúde da população estava mais voltada aos interesses econômicos do que a sentimentos humanitários : “O saneamento de Santos torna-se uma necessidade inadiável para garantir não só a vida da população, mas altos interesses de ordem econômica” (p. s/n).

Ainda de acordo com a mesma autora, como resposta à terrível condição sanitária da região, o governo do Estado colocou à frente duas comissões, a Comissão Sanitária e a Comissão do Saneamento, dirigidas respectivamente pelo Dr. Guilherme Álvaro e pelo engenheiro Francisco Saturnino Rodrigues de Brito.

O ponto mais importante desse processo foi a abertura de canais de drenagem superficial de mar a mar, que recebiam as águas fluviais e, devido às forças da maré, evitavam as águas paradas, que tanto favoreciam a proliferação dos mosquitos da febre amarela. Avenidas e ruas foram planejadas da orla para o centro, abrindo canais de ventilação. O saneamento acabou com as epidemias, favorecendo tanto a saúde da população quanto os interesses econômicos dos empresários do comércio cafeeiro (ANDRADE, 1995).

***"Eles estão entranhados na alma dos santistas, pois percorrem toda a planície, como veias abertas onde corre o mar. Neles sobrevoa, como garças brancas, o espírito da cidade"*** ( Livro: A cidade em debate- Site Novo Milenium).

**Figura 9:** Inauguração do canal 1 em Santos, em 27 de agosto de 1997



Fonte: Jornal Orla, Santos, 22/23 de fevereiro de 1997 (Site: Novo Milênio)

Esse saneamento também contribuiu para a expansão urbana de Santos, pois, com o enxugamento da planície e a resolução do problema dos esgotos, os terrenos planos começaram a ser ocupados (ANDRADE, 1995).

Atualmente Santos possui 12 canais:

> Além dos 6 canais superficiais que atingem a praia, o pequeno canal do José Menino (perto do Orquidário), outro no Marapé (Rua Moura Ribeiro) e outro no Jabaquara (perto da Santa Casa), há os trechos subterrâneos, sendo o maior deles na Rua Brás Cubas, no Centro. Em 1968, o sistema de drenagem de Saturnino foi incrementado pela Prefeitura Municipal, que construiu o atual Canal 7 (Ponta da Praia), o que fica no final da Av. Afonso Pena e um na Zona Noroeste (Rua

> Jovino de Melo). Assim, somando todos os canais superficiais, Santos ficou com um total de 12 canais (VIVA SANTOS, s/n).

A partir de meados do século XIX, as atividades relacionadas ao porto intensificaram-se e, devido ao fato do centro não conseguir mais comportar toda a população, a elite santista que lá residia deslocou-se em direção à barra, e os casarões por ela desocupados transformaram-se em cortiços ou “viveiros da morte” (ANDRADE, 1995, p. s/n). Esse processo perdura até hoje.

KOWARICK afirma que a definição de cortiço é complexa e opta por aquela contida na lei municipal urbana do município de São Paulo:

> [...] unidade usada como moradia coletiva multifamiliar, apresentando, total ou parcialmente, as seguintes características: (a) constituída por uma ou mais edificações; (b) subdividida em vários cômodos, subalugados ou cedidos; (c) várias funções exercidas no mesmo cômodo; (d) acesso e uso comum dos espaços não edificados e instalações sanitárias; (e) circulação e infra-estrutura, no geral, precárias; (f) superlotação de pessoas (LEI MOURA, apud PICINI, 1998: 24) (KOWARICK, 2007, p. 179).

A cidade sofreu um processo de periferização nas últimas décadas, observando-se um movimento em busca de alternativas de moradia mais acessível, favorecendo o surgimento de favelas e de núcleos habitacionais de baixa renda na estrutura urbana, pois, assim como nas grandes cidades do Brasil, a falta de moradia é um problema sério também em Santos.

As figuras abaixo ilustram os Casarões, em 1920 e atualmente transformados em Cortiços:

**Figura 10:** Casarões do centro de Santos (1920)

Fonte: Acervo de Ary O. Célio (Site: Novo Milenium).

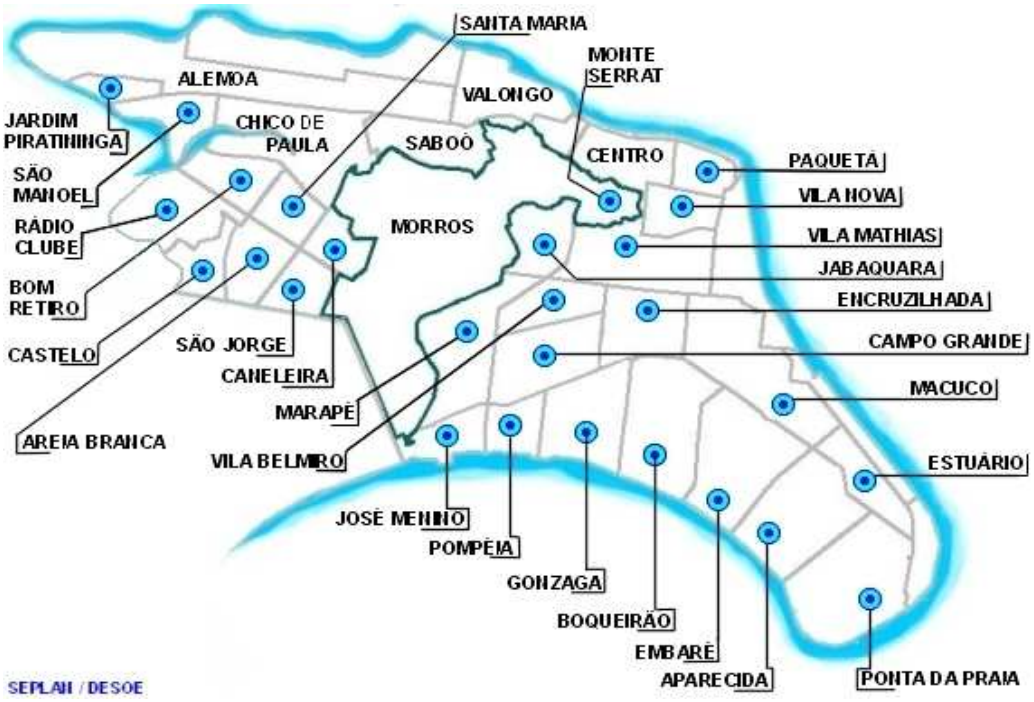
**Figura 11**: Cortiços do centro de Santos

Fonte: Arquivo pessoal (2006).

A população sem recursos – e, muitas vezes, sem qualquer documento -- procura habitações de baixo preço localizadas em áreas próximas ao centro e ao local de trabalho, o que se traduz em habitações coletivas ou cortiços. O cortiço passa a ser, então, a única opção de moradia para essa população. Os bairros que atualmente possuem o maior número de imóveis e famílias encortiçadas da cidade de Santos, e que, contraditoriamente, são áreas consideradas como espaço privilegiado, em relação ao alto valor histórico e arquitetônico para a cidade, são: **Paquetá, Vila Nova, Vila Mathias, Centro Velho.**

A ilustração abaixo corresponde aos bairros da cidade, de acordo com a Secretaria de Planejamento do Município de Santos:

**Figura 12**: Bairros de Santos




Fonte: SEPLAN

Embora a região do Centro seja de grande importância econômica para a cidade, em função das atividades do porto, também apresenta a realidade dos casarões, hoje em péssimo estado de conservação, invadidos ou servindo de moradia para famílias que vivem em situação de vulnerabilidade e risco social.

Segundo estudos da Fundação SEADE (2000 b), na região metropolitana da Baixada Santista, com 1.476.820 habitantes, 218.981 pessoas vivem em situação de extrema pobreza, o que as expõe aos mais variados riscos sociais. Especialmente na cidade de Santos, no mesmo estudo, em relação a 417.876 habitantes, 31.389 pessoas estão classificadas como de “vulnerabilidade alta”, Grupo 5, e 21.378 atingem o mais alto grau de vulnerabilidade (Grupo 6).

Neste cenário, residem as mulheres participantes da pesquisa, que são as únicas responsáveis pela manutenção de suas famílias e que trazem consigo histórias de abandono, de violência, desamor e exclusão.

A seguir uma figura ilustrando o cômodo de um cortiço, com mulher e crianças:

**Figura 13**: Cômodo de um cortiço com mulher e crianças.

Fonte: Site: Ficker

# CAPÍTULO 1 – QUADRO TEÓRICO

## 1.1 - TECENDO A HISTÓRIA DO FEMININO

A construção dos conceitos e a elaboração das políticas públicas sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos são frutos de um longo percurso, que contou, e continua contando, com muitos atores e cenários, tanto nacionais quanto internacionais. Para melhor compreensão dessa trajetória de lutas e conquistas e da situação presente em relação ao tema da pesquisa, tornam-se necessárias a contextualização e a apresentação de alguns aspectos históricos e culturais envolvidos nesse processo, pois, como afirma MINAYO (1999), é necessário emoldurar o objeto a ser pesquisado.

### 1.1.1.Sexualidade

Segundo a Organização Panamericana de saúde (OPAS, 2000), o sexo é um dos aspectos da sexualidade.

A sexualidade é um aspecto inerente ao ser humano e está presente, de formas diversas, em todas as fases da sua vida, desde o nascimento até o fim da existência (COSTA, 1986).

Em pesquisa realizada por MELO (2005), com estudantes de biologia, foi possível observar que os participantes apresentaram uma percepção diferenciada entre sexo e sexualidade. Verificou-se que a percepção do conceito de sexo estava relacionada à reprodução e à perpetuação da espécie, isto é, à genitalidade, enquanto que a percepção da sexualidade estava vinculada a sentimentos e afetividade.

De acordo com FAVORETO (2000), o sexo é apenas uma das várias faces da expressão da sexualidade humana: “A sexualidade abrange os aspectos biopsicossexuais do indivíduo, além do sexo genital envolve também o sensual, o erótico e os pequenos prazeres” (p. 103).

HIGHWATER (1992) define a sexualidade não como uma realidade biológica imutável ou uma força natural universal, mas antes resultado de um processo político, social, econômico e cultural. Para ele, "...não é possível explicar suas formas e variações sem que se examine e explique o contexto em que se formaram" (p.16).

TONIETTE (2004) segue a mesma linha:

> A sexualidade consiste numa construção social historicamente datada e culturalmente localizada, que transcende a genitalidade. O exercício da sexualidade é ancorado nos mais variados significados e sentidos dados de acordo com a cultura e o período histórico. A sexualidade é resultado da integração de fatores biológicos, psicológicos, sócio-econômicos, culturais, étnicos e espiritual/religioso (p. 1).

A expressão da sexualidade, assim como outras formas de expressão do ser humano, sofre a influência dos aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e outros, de forma que tanto pode ser reforçada quanto comprometida e prejudicada pelos mesmos, gerando disfunções sexuais.

As disfunções sexuais, de acordo com RODRIGUES (2001) e outros autores, podem ter etiologia orgânica, psicológica ou ambas[4]. Nas causas orgânicas podem ser encontrados fatores relacionados à saúde de um modo geral, utilização de drogas, ou à saúde sexual, especificamente nos órgãos reprodutores e sexuais. Já nas causas de origem psicológica aspectos relacionados ao desenvolvimento da sexualidade, tabus, preconceitos, ignorância sexual, medo de engravidar, desarmonia conjugal, baixa auto-estima, ansiedade, depressão e outros fatores podem comprometer e prejudicar a expressão adequada da sexualidade. No caso da combinação de ambas, geralmente a disfunção está relacionada a uma causa orgânica que desencadeia uma reação emocional secundária comprometendo a sexualidade (KAPLAN, 1974).

A sexualidade feminina esteve por muito tempo confinada à reprodução; a expressão e o prazer sexual não faziam parte do comportamento esperado de uma

---

[4] "Disfunção – como o próprio nome indica, refere-se ao não funcionamento de alguma coisa e, no que tange ao sexo, encontra-se diretamente vinculada ao não funcionamento adequado de uma das fases que compõem o ciclo sexual " ( desejo, excitação e orgasmo). (RODRIGUES, 2001, p.35)

mulher. A sexualidade masculina era mais livre e genitalizada e a feminina reprimida e vinculada ao romantismo.

De acordo com GIFFIN (2002): “Em termos de sexualidade, esperava-se o exercício da sexualidade masculina desde cedo, fora do âmbito familiar/reprodutivo, enquanto a feminina foi limitada à reprodução de filhos legítimos” (Introdução, p.s/n).

Pode-se observar, atualmente, uma grande mudança no comportamento sexual das pessoas, os jovens já não reconhecem mais o padrão do passado. As mulheres continuam buscando o afeto, mas considerando o prazer sexual, e os homens demonstram mais seus sentimentos (BADINTER, 2005).

Apesar das mudanças expressivas na atitude sexual da população em geral, a presença de disfunções sexuais pode ser um indicador de que a sexualidade ainda encontra obstáculos para sua expressão.

Na pesquisa populacional realizada por ABDO (2004), “O Estudo da vida sexual do Brasileiro”, com 7.103 pessoas de 13 estados, foi encontrada alta prevalência de disfunções sexuais tanto masculinas quanto femininas na população. 28,5% das mulheres entrevistadas queixaram-se de alguma dificuldade sexual. Ficou demonstrado que as dificuldades sexuais comprometem e prejudicam, além da própria atividade sexual, o relacionamento familiar e social, a produtividade no trabalho e principalmente a auto-estima e o relacionamento com o parceiro.

Outro estudo, em Recife, com 100 mulheres, com idades entre 20 e 39 anos, apresentou alta prevalência de disfunções sexuais, com 36% das mulheres apresentando pelo menos uma disfunção sexual baseada nos critérios diagnósticos do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição)(FERREIRA, 2007).

De acordo com a mesma autora, um dos fatores para essa alta prevalência deve-se ao fato de a sexualidade feminina ter estado por muito tempo vinculada à procriação “... e só recentemente ter sido considerada como parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher” (p. s/n).

Na definição dos Direito sexuais e reprodutivos, citados na Introdução, fica clara a importância do exercício desses direitos para que as pessoas possam usufruir da sexualidade com segurança e prazer (CORRÊA, 2003 a).

### 1.1.2.– Relações de gênero

A história da sexualidade humana está intrinsecamente relacionada à história das relações de gênero e da reprodução. É impossível investigar uma face deste triângulo sem vislumbrar as demais.

O conceito de gênero surgiu, dentro do meio acadêmico, na década de 1980, a partir do contexto anglo-saxão, e passou a ser utilizado por estudiosos feministas disputando espaço com os estudos 'da mulher' (LOPES,1996, p.8).

A mesma autora coloca que "...gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino" (LOPES, 1996, p.9).

Ainda segundo LOPES (1996), o conceito de gênero não focaliza apenas a mulher como objeto de estudo, mas, sim, os processos de formação da feminilidade e da masculinidade, ou seja, os sujeitos femininos e masculinos. E se faz acompanhar da "idéia de relação; os sujeitos se produzem em relação e na relação" (p. 10)

De acordo com Kathelen Mahoney, em sua exposição no Seminário das Américas em Brasília (CECRIA, 1997), as relações de gênero desfavorecem as mulheres:

> A tradição da supremacia masculina ensina a rapazes e homens que os traços femininos são sem valor; são sem mérito; e as mulheres devem ser tratadas com inferioridade ou menos bem que os homens. Com estereótipo da supremacia masculina os homens aprender a ter expectativas sobre seu nível de necessidades sexuais e sobre a acessibilidade feminina. A dominação e a subordinação são sexualizadas, o que leva à idéia de que os homens têm o direito aos serviços sexuais da mulher. Implicitamente o abusador assume que é sua prerrogativa fazer sexo com qualquer mulher que ele escolha. Ele tem o direito de usar as mulheres como objeto para o seu prazer. Uma vez que o uso das mulheres como objeto pelos homens esteja legitimado ou enraizado na cultura, o terreno está preparado para todas as formas de tráfico, prostituição, sexo turismo e abuso sexual de crianças e adolescentes do sexo feminino e de mulheres. A idéia

> que a criança ou a mulher tem direito ao próprio corpo não cabe na ideologia supremacista masculina (p. s/n)

Não existem informações suficientes e nem um consenso entre os estudiosos de onde, como, quando e por que o homem se tornou o grande senhor e a mulher submissa a ele, mas, desde que ele conquistou o poder, a história humana baseou-se na supremacia masculina. Ao lado da raça e classe social, o gênero é um dos aspectos da dominação, de forma que ainda hoje, no século XXI, o homem branco continua sendo o elemento dominador da sociedade (SAFFIOTI, 1987).

A desigualdade entre homens e mulheres no Brasil, no aspecto socioeconômico, pode ser observada nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2002 e do censo 2000 ( IBGE, 2004):

> As diferenças de gênero foram mais significativas na comparação com os rendimentos mensais de homens e mulheres ocupados. Os resultados mostraram que, em 2002, a situação era bem mais favorável para os homens, cujo rendimento médio era de R$ 719,90, enquanto as mulheres recebiam apenas 70% desse valor (R$ 505,90). (...)
>
> Quanto à posição na ocupação, a situação entre homens e mulheres era bastante diferenciada. Em 2002, apenas 0.8% das mulheres ocupadas trabalhavam como empregadoras, enquanto entre os homens ocupados essa proporção era de 5,5%.
>
> Chamou atenção também a participação das mulheres no mercado de trabalho como trabalhadora doméstica: 14,5% contra 1,0% dos homens. No caso dos ocupados não remunerados, o percentual das mulheres era superior ao dos homens (13,4% contra 5,8%). (p. s/n).

Segundo a ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Nilcéia Freire: “... os componentes socioeconômicos e culturais estruturam a desigualdade entre homens e mulheres. A violência sexual contra mulheres e meninas, a discriminação e o preconceito relacionado à raça, à etnia e a orientação sexual são expressões dessa desigualdade” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2007, p.s/n).

A desigualdade social entre os gêneros dá origem e perpetua a violência de um gênero sobre o outro, desde a violência mais velada, de interdições e tabus, até a mais visível nos corpos: a violência física.

Segundo SOUZA (2007) a violência pode gerar impactos na saúde da mulher:

> As repercussões da violência na vida doméstica, na saúde das mulheres são inequívocas e estão intimamente associadas a suicídios, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrintestinais e sofrimento psíquico em geral. A vida e a saúde reprodutiva também são afetadas; neste caso, a violência é responsável por maiores taxas de dores pélvicas crônicas e doenças pélvicas inflamatórias, DST e AIDS, gravidez indesejada e abortos. Existem ainda as doenças designadas como as de efeito tardio, entre elas a artrite, a hipertensão e as doenças cardíacas. Essa inclusive é uma das causas que levam as mulheres a utilizar mais o serviço de saúde (p.10).

Os movimentos feministas sempre estiveram à frente na luta pelos **direitos das mulheres** em todos os âmbitos, por uma sociedade mais justa, não somente pela igualdade, mas principalmente pela equidade[5] de gênero.

[5] Equidade de gênero não se refere às diferenças de um modo geral, mas as diferenças que são consideradas injustas (ALMEIDA, 2000).

### 1.1.3 – Conquistando direitos

Os movimentos das mulheres brasileiras em defesa de seus direitos tiveram início mesmo antes da Proclamação da República, seja pela educação, pela liberdade de expressão ou pelo direito de votar (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA a, s.d.).

Ao se analisar o Código Civil desde 1916 a 2002, é possível observar o espaço (não) ocupado pelas mulheres e sua gradual e constante conquista de direitos, fruto do empenho das mulheres e dos movimentos feministas (MATOS, 2007).

Em relação à Constituição de 1988, um importante movimento das mulheres de todo o Brasil, representado pelo CNDM (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher), presidido então por Jaqueline Pitanguy, se realizou no Encontro Nacional de Mulheres e Constituinte, "... que buscou garantir na Assembléia Nacional Constituinte, instituída em 1986, que o novo texto da Carta Magna trouxesse os direitos buscados pelo movimento feminista no Brasil. A campanha teve o lema 'Constituinte pra valer tem que ter direitos de mulher' (AGÊNCIA BRASIL, 2008, p. s/n).

**Figura 14** – Encontro Nacional Mulher e Constituinte

Fonte: AGÊNCIA BRASIL (2008 a).

Segundo PITANGUY, as mulheres se reuniram em Brasília num evento chamado “Os direitos da mulher para a Constituinte”, quando foi escrita a Carta das mulheres brasileiras aos constituintes, num movimento que ficou conhecido como o lobby do Batom. Cerca de 80% das reivindicações das mulheres foram incluídas na nova Constituição (AGÊNCIA BRASIL, 2008 a).

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, finalmente, foi reconhecida a igualdade de direitos entre homens e mulheres, coroando anos de luta das mulheres contra as discriminações.

Mas somente quatorze anos depois, em 10 de janeiro de 2002, foi sancionada e publicada a Lei nº 10.406, que trata do novo ordenamento civil, um ordenamento jurídico compatível com a Constituição Federal de 1988, principalmente no que se refere à igualdade entre os sexos.

> Para as mulheres a verdadeira e grande vitória veio com a Constituição Federal de 1.988, porém, houve uma grande dificuldade prática para essas devido à discrepância existente entre os dois ordenamentos jurídicos que ditavam regras às mulheres, no caso, o Código Civil de 1.916 e a Constituição de 1.988, pois a igualdade retratada na segunda, em nada condizia com a arcaica legislação civil existente na época (CABRAL, 2004, p.1).

Ainda segundo CABRAL (2004), foi uma importante mudança do Direito patriarcal, no qual a autoridade máxima é do homem, e a mulher, assim como pensavam os filósofos gregos e o Direito romano, é considerada imbecil, para o Direito humanizado, que prima pela isonomia e pelo respeito à vida, à dignidade humana e à liberdade.

A seguir, algumas das mudanças no Código Civil (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2002):

- A substituição da palavra homem pela palavra pessoa, em todo o código civil, para que se retire toda e qualquer desigualdade jurídica.
- Igualdade de direitos e deveres dos cônjuges. Não existe mais a cabeça do casal.

- O marido não pode mais anular o casamento alegando ignorância de defloramento.
- A liberdade para fixação de domicílio conjugal, que antes era determinada pelo marido.
- A substituição do Pátrio Poder pelo Poder Familiar.

Apesar de legalmente, no Brasil, ter-se conquistado, através da Constituição de 1988, a igualdade de direitos entre homens e mulheres, na prática ainda há um longo caminho a percorrer na efetivação de mudanças.

No Brasil e no mundo, grupos de mulheres continuam se reunindo e lutando pelos direitos femininos, atualmente enfocando a questão da violência de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos. Uma luta ainda é necessária enquanto houver diferenças baseadas na desigualdade e no preconceito.

> ...as desigualdades somadas às injustiças sociais, que marcam a vida cotidiana das mulheres, representam um grande ônus não só para elas, mas para a população como um todo, visto que não se pode conceber um mundo – mais democrático e mais justo – sem o desenvolvimento humano, econômico, social e cultural para todas as pessoas, indiscriminadamente (SOUZA, 2007, p.6).

Segundo a antropóloga Ruth Cardoso (IBGE, “Estas mulheres tem muito a dizer”, s.d.): “Para que uma sociedade seja efetivamente democrática, é preciso haver igualdade entre homens e mulheres, e isso é um objetivo que tem que ser de todos, dos homens e das mulheres...” (p.s/n).

## 1.2. - REPRODUÇÃO

### 1.2.1 - Controle de natalidade X Planejamento familiar

Durante muito tempo as doenças, a desnutrição, a mortalidade infantil, as guerras foram suficientes para manter a população equilibrada (TANNAHIL1983).

A preocupação com a superpopulação surgiu a partir do séc. XVIII:

> O Marquês de Condorcet (1743-1794) apresentou em 1794 uma posição otimista da relação população e desenvolvimento, em que previa uma queda progressiva tanto das taxas de mortalidade quanto a de natalidade e uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o progresso socioeconômico.
>
> Em 1798 Thomas Malthus (1766-1834) economista e pastor da igreja Anglicana, apresentou uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre a crescer mais rápido do que os meios de subsistência. Em conseqüência, o desenvolvimento e o progresso seriam objetivos utópicos longe do alcance da maioria da população (CORRÊA, 2003 a, p.2).

Para controlar o crescimento da população, Malthus, que condenava o aborto e os métodos contraceptivos, sugeria, para diminuir a taxa de natalidade, que as pessoas só praticassem sexo após o casamento e que casassem mais tarde (TANNAHIL, 1983).

De acordo com as previsões do Marques de Condorcet, na primeira metade do século XX houve uma queda das taxas de mortalidade e de natalidade nos países desenvolvidos. Os demógrafos chamaram esse fenômeno de Transição Demográfica (CORRÊA, 2003 a).

Com o avanço das descobertas científicas, do sanitarismo, das vacinas e melhor alimentação, a população, que vinha apresentando certo equilíbrio entre número de pessoas e os meios de subsistência, passou a crescer muito rapidamente.

Ainda segundo CORRÊA (2003 a), os países do Terceiro Mundo, predominantemente agrários e rurais, após a Segunda Guerra não sofreram a mesma transformação das estruturas sociais e econômicas dos países industriais. Mas importaram suas tecnologias médicas e sanitárias, apresentando elevadas taxas de crescimento demográfico, devido a uma queda da taxa de mortalidade e alta da taxa de fecundidade.

As décadas de 1950 e 1960 apresentaram, em termos mundiais, em relação aos anos anteriores, o maior crescimento demográfico já registrado. (CORRÊA, 2003 a)

Uma séria preocupação com a explosão demográfica surgiu por parte dos demógrafos, que pleitearam uma política demográfica que reduzisse a fecundidade, mesmo que por meio de métodos contraceptivos. Surgiu então a concepção neo-malthusiana (CORRÊA, 2003 a).

A partir dessa concepção sobre população e desenvolvimento, foi realizada, em Roma, em 1954, a primeira Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP).

Seguiram-se mais quatro conferências, ainda na segunda metade do século XX: 1965 em Belgrado, 1974 em Bucareste, 1984 no México e 1994 no Cairo.

Inicialmente, os países do Terceiro Mundo não aderiram à idéia da necessidade do controle populacional; pelo contrário, defendiam as teses natalistas e argumentavam que “o crescimento populacional é uma afirmação nacional e que o controle da natalidade seria uma ingerência dos países mais ricos sobre a soberania dos mais pobres” (CORRÊA, 2003 a, p.3).

Na Conferência do México, a preocupação com a superpopulação retornou e alguns países mudaram de posição, inclusive o Brasil, apesar de não ter adotado nenhuma política de controle populacional.

A partir da década de 1970 surgiram no cenário das conferências questões relacionadas ao meio ambiente, à mulher, às desigualdades de gênero e aos direitos humanos.

Durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, foi afirmado na Declaração e no Programa de Ação “que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional” (Barsted, 2002, p. 87, em por CORRÊA, 2003 a, p.4).

A Conferência do Cairo, em 1994, foi um marco no sentido da mudança de paradigma do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos. O foco da reprodução, antes localizado na esfera econômica e ideológica, passou para uma concepção mais ampla de direitos humanos. Essa mudança só foi possível devido a uma série de fatores emergentes, como a queda da fecundidade no mundo, o fim da Guerra Fria, que atenuou disputas ideológicas e possibilitou a aliança entre vários países, a interação entre as agendas cumulativas das diversas Conferências Internacionais da ONU, a presença de diversas Organizações Não Governamentais (ONG) representando a sociedade civil e a participação expressiva dos movimentos de mulheres, de ambientalistas e de defensores dos direitos humanos. (CORRÊA, 2003 a).

Outro passo extremamente importante para a consolidação dessas novas perspectivas deflagradas a partir da Conferência no Cairo ocorreu na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Beijing (China), na qual os seguintes tópicos foram reforçados:

- Respeito aos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos.
- Promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente.
- Empoderamento das mulheres e equidade de gênero.

Em relação ao primeiro tópico, CORRÊA (2003 a) coloca em dimensões distintas a atividade sexual e a reprodutiva, já que, atualmente, uma pode ocorrer independentemente da outra: o sexo apenas pelo prazer, e a fecundação sem o intercurso sexual, por meio de fertilização in vitro.

### 1.2.2. - Saúde Sexual e Reprodutiva

A saúde reprodutiva tem sua história como resultado de mudanças que foram ocorrendo em relação ao próprio conceito de saúde.

Segundo o conceito de 1948, da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Segundo GALVÃO (1999), o conceito de saúde foi ampliado pela OMS, que reconheceu e incluiu a relação do indivíduo com o meio ambiente, passando a ser:

> A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais, assim como as capacidades físicas (p. 7).

Esse conceito mais amplo de saúde orientou a definição de vários segmentos da política pública, como a saúde da criança, saúde da mulher, saúde materno-infantil.
O conceito de saúde da mulher e saúde integral da mulher evoluiu em termos mundiais, na década de 1980, para o conceito de Saúde Reprodutiva, que foi adotado pela OMS em 1988. Nesse momento, a grande diferença foi a inclusão dos homens na dimensão reprodutiva e da noção de Saúde Sexual.

A Saúde Sexual e Reprodutiva foi definida da seguinte forma na Conferência do Cairo em 1994:

> A 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 capacidade de decidir quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres serem informados e de terem acessos aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos

> de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariam a lei, bem como o direito de acessos a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva.Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CORRÊA, 2003 a,p. 8).

A Saúde Sexual foi especificada da seguinte forma:

> A saúde Sexual é a habilidade de homens e mulheres para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejáveis, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais (Hera,1999 in MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Um dos aspectos mais relevantes assinalados por essa noção é a ratificação política da separação entre reprodução e sexualidade.

### 1.2.3.- Direitos Sexuais e Reprodutivos

Para CORRÊA (2003 a) “a questão dos direitos tem uma dimensão diferente, e às vezes mais ampla que a questão da saúde, apesar da saúde ser um direito humano fundamental” (p. 9).

Ainda segundo a mesma autora, outro ponto importante dos direitos reprodutivos é que eles abrangem não só as mulheres, mas também os homens na responsabilidade pelo processo de reprodução e regulação da fecundidade.

Um dos importantes pontos tratados pela Conferência de Beijing em relação à sexualidade e reprodução foi definir como diretriz a prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas

O enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos são introduzidos como questões fundamentais para o desenvolvimento dos países e para o desenvolvimento humano.

De acordo com HERA (1999) em CORRÊA (2003 a):

> A equidade de gênero não pode ser alcançada sem respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos e, ambos, são importantes como princípios que fundamentam a luta pela eliminação da violência contra meninas, adolescentes e mulheres e contra a mutilação genital, o assédio e o abuso sexual, estupro, prostituição, agressões domésticas e escravidão sexual (p.11).

Um dos principais avanços na Conferência de Beijing foi o destaque dado aos direitos sexuais, o que se expressou em sua definição de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos. A separação entre sexualidade e reprodução abre espaço para outras formas de expressões da sexualidade, que não somente a heterossexualidade (CORRÊA, 2003 a).

Sobre os direitos sexuais, em 1997, no XIII Congresso Mundial de Sexologia (1), realizado na cidade de Valência (Espanha), foi definida a Declaração dos Direitos Sexuais. Em agosto de 1999, a Associação Mundial de Sexologia (WAS), em

assembléia geral, durante o XIV Congresso Mundial de Sexologia (2), ocorrido em Hong Kong (China), aprovou as emendas referentes a este documento. A Declaração dos Direitos Sexuais apresenta onze itens:

1º Direito à liberdade Sexual – entenda-se por liberdade sexual a possibilidade do indivíduo e da sociedade de se expressarem sexualmente, excluídas todas as formas de coerção ou abuso, a quem quer que seja, em qualquer época ou circunstância.

2º Direito à Autonomia sexual e à Integridade Sexual, ou seja, à segurança do corpo sexual – diz respeito à decisão, sem pressão externa, sobre a própria vida sexual, não perdendo de vista a ética. Também diz respeito ao prazer e ao controle do corpo, livre da tortura, mutilação ou violência de toda e qualquer natureza.

3º Direito à Privacidade Sexual – preserva decisões pessoais e comportamento referentes à intimidade, sempre que estes não colidirem com os direitos do outro.

4º Direito à Integridade Sexual – sejam quais forem o sexo, o gênero, a idade, a raça, a classe social, a religião, a orientação sexual e as deficiências físicas ou mentais, todo ser humano tem direito às mesmas expressões da sexualidade, resguardadas sua integridade física, emocional e moral, sua livre escolha e a integridade e escolha do outro.

5º Direito ao Prazer Sexual – entenda-se prazer sexual como a situação de bem estar físico ou psíquico, inclusive aquela decorrente da auto erotização.

6º Direito à Expressão Sexual – todas as pessoas devem ser livres para manifestar a sua sexualidade, através da comunicação, da emoção, de toques ou atitudes (desde que não ofendam a outrem).

7º Direito à Livre Associação Sexual – este direito consiste na liberdade de estabelecer ou não casamento, divórcio e todo tipo de associação sexual, sempre que os interessados se responsabilizem por suas decisões.

8º Direito às Escolhas Reprodutivas Livres e Responsáveis – representa a livre escolha, quanto a ter ou não filhos, o número e a diferença de idade entre eles, a possibilidade de acesso e uso consciente dos métodos e meios de controle de reprodução disponíveis lícitos.

9º Direito à Informação baseada no Conhecimento Científico – a informação sobre questões sexuais deve se originar de processos científicos e éticos e se difundir através dos meios adequados aos diferentes níveis intelectuais da população.

10ºDireito à Educação Compreensiva – a educação compreensiva é continuada, ou seja, inicia-se nos primeiros meses de vida e estende-se para a vida toda, envolvendo todo o tipo de instituição social. Este deve ser o procedimento referente à educação compreensiva da sexualidade, em todas as sociedades e culturas.

11ºDireito à Saúde Sexual – a saúde sexual é conquistada, através de cuidados preventivos e/ou terapêuticos para todos os problemas ligados à sexualidade (desde os mais leves até os verdadeiros distúrbios).

Depreende-se do que foi transcrito acima que os direitos sexuais são universais e se inspiram na dignidade, na liberdade e na igualdade para todos os indivíduos e todas as sociedades.

Estes direitos (se reconhecidos, assegurados e praticados) garantem a saúde sexual da pessoa, em particular, e das diversas populações em geral.

É prioritário, assim, que cada cidadão conheça os seus direitos, bem como o limite deles, para seu bem-estar e do (a) parceiro (a).

Este conhecimento transcende as fronteiras do exercício da sexualidade, garantindo que cada ser humano se autorize a vivê-la, segundo suas características pessoais, mas também respeitando as possibilidades do (a) parceiro (a).

Vale lembrar que a Declaração dos Direitos Sexuais vem sinalizar e defender, conseqüentemente, o desempenho da sexualidade personalizada e desvinculada de modelos e padrões genéricos.

Declarados os direitos, ficam implícitos os deveres (XIV Congresso Mundial de Sexologia, Hong Kong - China, 1999).

A discussão, o amadurecimento e o reconhecimento dos Direitos sexuais e reprodutivos por parte dos profissionais que atuam nas áreas da saúde, são requisitos fundamentais para que na prática esses profissionais possam lidar adequadamente com essas questões e conseqüentemente auxiliar a população no exercício desses direitos.

### 1.2.4- Direitos Sexuais e Reprodutivos na Política Pública

Em relação à saúde da mulher, algumas das conquistas dos movimentos feministas podem ser observadas na formulação de políticas públicas a partir dos anos 1970. De acordo com Corrêa e Ávila (2003 b):

> [...] a saúde da mulher surgiu como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: 'Nosso Corpo nos pertence'(...) a questão da "saúde da mulher" era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e que se desdobravam em dois campos. No plano das reivindicações políticas envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (p. 19).

Destas conquistas há que se destacar o lançamento do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1984, fruto do grande empenho dos movimentos feministas.

A criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, em 2003, com o objetivo de reduzir as desigualdades entre homens e mulheres e promover uma cultura não discriminatória por meio de incorporação da perspectiva da transversalidade de gênero na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em todos os níveis do governo, demarca a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, em 2004, como política de Estado. Em decorrência, é lançada, em 2004, a "Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos" e, em 2005, o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo", com enfoque no planejamento familiar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2005 b).

No Brasil, até o início dos anos 1980, a saúde da mulher era dimensionada pela política governamental apenas ao ciclo grávido-puerperal, que oferecia assistência ao pré-natal, parto e puerpério (GALVÃO, 1999).

## 1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS

### 1.3.1 - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Segundo GALVÃO (1999), em 21 de Junho de 1983, o então Ministro da Saúde Walcir Arcoverde, na ocasião do seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)- do Senado, que investigava o crescimento populacional, apresentou a proposta de criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Elaborado por uma comissão especial que incluiu membros da classe médica, do movimento de mulheres e cientistas sociais, foi considerado um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, e foi oficialmente divulgado em 1984, pelo Ministério da Saúde.

A proposta do PAISM foi pioneira em termos mundiais, por apresentar uma visão mais integral, que atendia a saúde da mulher durante o seu ciclo vital e não apenas no ciclo grávido-puerperal. Posteriormente, esse modelo de atenção mais abrangente, que já havia sido conceituado no Brasil, foi intensamente discutido nas Conferências Internacionais do Cairo (1994) e em Beijing (1995), sendo elaborado então conceito de Saúde Reprodutiva.

Garcia Moreno et al e Giffin, em GALVÃO (1999), afirmam que:

> O PAISM abrange um modelo conceitual muito avançado e integral que inclui: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação; atenção a todos os aspectos da sua saúde incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade; atenção pré-natal, no parto e pós-parto; diagnóstico e tratamento das DSTs, assim como das doenças ocupacionais e mentais. Também expande a cobertura para incluir adolescentes e mulheres na pós-menopausa. O PAISM enfatiza a necessidade de acesso à atenção preventiva e curativa, informação sobre o corpo e saúde, e esse conhecimento deveria empower as mulheres (Galvão, 1999, p.175).

O PAISM foi concebido e desenvolvido por meio de um longo processo que percorreu alguns anos e contou com a participação de vários atores e cenários, mas principalmente com os movimentos feministas pela saúde da mulher.

De acordo com Pinotti et al, em GALVÃO (1999), os programas verticais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e outras instituições desde a década de 1960, como o Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino e de Câncer de Mama, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, Planejamento Familiar, Amamentação e Atenção ao Período Pós-Parto, contribuíram significativamente para a elaboração do conceito de atenção integral à mulher.

O Ministério da Saúde, por intermédio do PAISM, buscou corresponder à postura adotada pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste (1974). “Ou seja, ao Estado caberia proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias” (OSIS, 1998, p.4).

Na ocasião do lançamento do Programa, alguns grupos de diferentes setores da sociedade fizeram críticas ao PAISM, alegando pretensões de controle da natalidade da população, correspondendo às pressões internacionais de controle demográfico.

> Argumentavam que, à primeira vista, o PAISM parecia não estar voltado para a redução da natalidade, porque estaria preocupado em atender as necessidades integrais de saúde das mulheres. Entretanto, na verdade, o que se pretendia era atender as mulheres que tivessem atividade sexual e risco de engravidar, justamente para controlar sua fecundidade (Folha de São Paulo, 1983 a,b; Cebes-Bahia, 1984; Borges, 1986; Folha da Tarde, 1986)” (OSIS, 1998, p. 5).

Outra ressalva em relação ao PAISM residia no fato do programa excluir o homem. Para os críticos, isto comprometia a proposta de integralidade e demonstrava seu caráter controlista, já que o homem só era lembrado quando a mulher não podia utilizar outras formas de concepção e era sugerida então a vasectomia do parceiro.

A mulher nesse caso era considerada como a responsável pelo processo reprodutivo e por isso seria o foco principal do PAISM, que atuaria intensamente no objetivo de alcançar um controle demográfico (OSIS, 1998).

O movimento feminista foi extremamente importante na década de 1980 como um movimento pela saúde da mulher. Alguns grupos dentro do movimento de mulheres passaram a fazer reuniões, produzir documentos e a lutar pela implantação do

programa, que consideravam uma resposta razoável às suas demandas por uma atenção à saúde das mulheres que não visasse apenas o cuidado materno-infantil e desvinculasse o controle da reprodução. Mas esses grupos pretendiam também que o conceito de integral abrangesse, além do corpo físico, os aspectos sociais, psicológicos e emocionais da mulher. Foi também proposta a inclusão de ações de educação sexual e de saúde, para que o programa não fosse utilizado para o controle populacional. (OSIS, 1998).

Com a criação do PAISM, dentro de um conceito de integralidade e universalidade, o governo, através do Ministério da Saúde, conseguiu não só responder às pressões externas, assumindo uma posição em relação à regulação da fecundidade, mas também às pressões internas, atendendo às expectativas dos movimentos feministas.

Mas, GALVÃO (1999) e OSIS (1998) observam que existe um distanciamento entre conceito e prática e que o programa não obteve implementação efetiva em todo o território do País. Os motivos apontam para a falta de compromisso político com o programa e para o caos em que se encontrava o sistema público de saúde.

### 1.3.2.- Política Nacional de direitos sexuais e reprodutivos

A Constituição Federal, aprovada pelo Congresso Nacional em 1988, inclui em seu Capítulo VII, art.226:

> O direito ao planejamento familiar, tendo como fundamentos os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, como diretriz a livre decisão do casal e estabelece a responsabilidade do Estado para propiciar recursos para o exercício desse direito.
> A lei federal 9.263, de 12/01/1996, regulamenta o planejamento familiar enfocando as ações preventivas e educativas de sua execução (MS, 2005 b, p.6).

Em três de dezembro de 2004, foi realizada, no Rio de Janeiro, a XVII Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, e nela foi discutido e aprovado o documento "Saúde Sexual e Reprodutiva de homens e mulheres", elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro, com o objetivo de promover uma Política de Saúde Sexual e Reprodutiva. "Esse documento tem como fundamentação o conceito de saúde sexual e reprodutiva como componente dos Direitos Humanos e propõem o desenvolvimento de políticas comuns que contemplem as necessidades de homens e mulheres" (MS, 2005 b, p.18).

O Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, elaborou o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo", que apresenta as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres adultos (as), e adolescentes em relação à saúde sexual e reprodutiva, enfocando, principalmente o planejamento familiar, destinado "a gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil" (MS, 2005 b, apres.).

Em 22 de março de 2005, baseada nesse documento, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos que prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 e 2007. Apresenta três eixos de ação: a ampliação de oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não cirúrgicos), a

melhoria do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a introdução de reprodução humana assistida no SUS (Sistema Único de Saúde) (MS, 2005 a).

A partir dessa Política o Ministério da saúde investiu em ações educativas com a distribuição de manuais técnicos e cartilhas para os gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e também para a população em geral. Foi elaborada a série Diretos Sexuais e Direitos Reprodutivos com o objetivo de capacitar médicos e enfermeiras a enfrentar situações polêmicas, como aborto, violência sexual e anticoncepção, e a orientar os usuários do SUS a ter uma vida sexual saudável e sem riscos. Integrando a série foi lançada, em novembro de 2006, a Cartilha Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos que tem o objetivo de oferecer informações sobre direitos sexuais , direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. (Ministério da Saúde, 2006).

A Cartilha Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos apresenta as seguintes definições:

> **Direitos sexuais e direitos reprodutivo**
> São Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.
>
> **Direitos reprodutivos**
> Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
> Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
> Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.
>
> **Direitos sexuais**
> Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
> Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
> Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
> Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
> Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.

> Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
> Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
> Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.
> Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
> Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.
>
> **Direitos Humanos**
> Os Direitos Humanos são direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida.
> O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os Direitos Humanos fundamentais.
> Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos. Cada cidadão deve ter garantido todos os Direitos Humanos, nenhum deve ser esquecido.
> Respeitar os Direitos Humanos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças.
>
> A igualdade racial e entre homens e mulheres são fundamentais para o desenvolvimento da humanidade e para tornar real os Direitos Humanos. ( MS, 2006, p.4-5)

A Cartilha também traz orientações sobre os seguintes temas:

- Conhecendo o corpo do homem e da mulher
- Como se engravida?
- Anticoncepção na Adolescência
- Anticoncepção na Pré- Menopausa
- Doenças sexualmente Transmissíveis/HIV/Aids
- Pequeno dicionário
- Falando sobre Anticoncepcionais
- Métodos Anticoncepcionais
- Dupla proteção é a melhor solução

Em sua primeira edição, 2006, foram produzidos 1.500.000 exemplares da Cartilha Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, com o objetivo de serem distribuídas para as Secretarias Municipais de Saúde e repassadas para as Unidades Básicas de Saúde (MS, 2006).

# CAPÍTULO 2 - A PESQUISA

## 2.1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como citado, este estudo é um recorte do projeto “Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família”, desenvolvido pelo NEPEC, que, por sua vez, teve origem no projeto “Cortiços na cidade de Santos: Avaliação das condições de vida e saúde em micro espaço urbano”, cujos resultados apontaram para uma presença expressiva de mulheres chefes de família nesses espaços.

Como recorte daquela pesquisa, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza compreensiva e explicativa.

Segundo RICHARDSON (1999), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar de produção de medidas.

Nas pesquisas qualitativas, parte-se do reconhecimento da singularidade do sujeito e, por conseqüência, da importância de se conhecer sua experiência social e não apenas suas circunstâncias de vida. Assim, nas pesquisas qualitativas que se valem de fonte oral, os esforços do pesquisador devem concentrar-se na busca dos significados de vivências para os sujeitos, capturando a experiência social. (MARTINELLI, 1999). Na pesquisa qualitativa, não é o grande número de sujeitos que oferece informações, mas sim o aprofundamento do conhecimento em relação àqueles sujeitos com os quais se está dialogando, principalmente por tratar-se de um assunto eivado de tabus e preconceitos, como é o caso da sexualidade.

Na pesquisa “Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central de Santos: emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família” optou-se por utilizar a história oral na modalidade trajetória de vida, para possibilitar a apreensão das experiências subjetivas e objetivas da mulher, bem como os significados que elas atribuem aos seus modos de vida.

Portanto, na presente pesquisa foram utilizados os mesmos procedimentos metodológicos.

A fonte oral, segundo GONÇALVES e LISBOA (2007), é a base primária para a obtenção de conhecimento. Os relatos orais foram pouco a pouco valorizados pelas ciências sociais, na medida em que, por meio deles, é possível perceber que comportamentos, valores, emoções permanecem escondidos nos dados estatísticos.

> O método da história oral, em suas vertentes histórias de vida, narrativas, trajetórias de vida, requer o uso de fundamentos epistemológicos, isto é, o pesquisador deve orientar-se através de pressupostos que delimitam o entendimento sobre o uso dos procedimentos metodológicos em questão, que por sua vez definirão o caráter de investigação social (GONÇALVES e LISBOA, 2007, p. 86).

A história oral, segundo as autoras, utiliza diferentes técnicas de entrevistas para dar voz aos sujeitos invisíveis e, por meio da singularidade de seus depoimentos, construir e preservar a memória coletiva (GONÇALVES e LISBOA, 2007, p. 87).

Nesta direção, colher as histórias de vida de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social favoreceu a compreensão da condição feminina neste segmento da população, com características marcantes e singulares.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios para a escolha dos sujeitos:

- Mulheres que vivem, sem companheiro, com suas famílias e/ou agregados em situação de vulnerabilidade social;
- Mulheres que residem nos bairros do centro da cidade de Santos, composta pelos bairros: Centro, Paquetá, Vila Mathias e Valongo.

A presente pesquisa foi realizada com cinco das nove mulheres que participaram da pesquisa do NEPEC. As outras quatro apresentaram dificuldades em abordar o tema sexualidade.

Por utilizarem parcialmente os mesmos sujeitos, as pesquisas foram realizadas simultaneamente. As entrevistas eram realizadas através da história de vida e, quando os temas sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos eram citados,

eram então aprofundados no sentido de apreender os dados relativos ao objetivo desta pesquisa.

As mulheres entrevistadas foram selecionadas pelas pesquisadoras do NEPEC a partir de contatos com a população dos cortiços. Algumas delas foram apresentadas pela presidente da Associação dos Cortiços, personagem bastante presente e atuante na vida dos moradores do centro de Santos, na organização da população local para conquistar moradias mais dignas, creche 24 horas e outras reivindicações junto aos órgãos do governo. No relato das mulheres entrevistadas, a figura da presidente aparece por diversas vezes como tendo uma participação importante na defesa e empoderamento delas.

Como este tipo de pesquisa requer um tempo maior de disponibilidade por parte da entrevistada e por se tratar de um assunto pertencente a uma esfera mais íntima e ainda considerada tabu na nossa sociedade, algumas dificuldades foram encontradas.

Inicialmente, observou-se certa resistência e desconfiança por parte das mulheres. Primeiro, por se tratar de um tema relacionado à sexualidade (inclusive uma das mulheres que já vinha participando da pesquisa negou-se a abordar questões relacionadas ao tema); segundo, por receio de se tratar de investigação por parte de órgãos públicos, já que recebem algum tipo de benefício; terceiro, por temerem a perda da guarda dos filhos para o Conselho Tutelar.

Há que se destacar a questão da periculosidade da área e local da realização da pesquisa, devido a situações de violência e tráfico de drogas. Neste sentido, a pesquisa de campo só pôde ocorrer em horários pré-determinados pelos moradores.

Foram efetuadas uma média de três entrevistas com cada mulher, com duração de cerca de 1h30min cada, totalizando 15 entrevistas. A coleta dos depoimentos foi sempre realizada em duplas. Participamos de todas as entrevistas para que se estabelecesse um vínculo emocional com as entrevistadas, tendo em vista a necessidade de uma relação de confiança entre pesquisadora e pesquisada para tornar possível o acesso a esferas mais íntimas da vida da entrevistada.

As entrevistas foram realizadas aos sábados no período da manhã ou durante a semana no final da tarde.

Os depoimentos das mulheres foram gravados e transcritos, mediante a assinatura do TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

Para cada entrevista completa pelo menos duas ou três visitas foram inviabilizadas. A situação que mais chamou atenção foi a de uma das mulheres, que tinha sido espancada pelo ex-companheiro. Coube às pesquisadoras socorrê-la e orientá-la quanto aos procedimentos para garantia de seu direito de denunciar o agressor. Ela decidiu pela denúncia e foi encaminhada à Delegacia de Polícia da região, porque era sábado e a Delegacia de Defesa dos Direitos da Mulher não funciona nos fins de semana, causando vários constrangimentos à vítima, inclusive pelo mau atendimento recebido. Neste caso, foi necessário aguardar pela recuperação de sua saúde para dar prosseguimento às entrevistas. Cabe registrar que não deixa de ser surpreendente uma Delegacia dessa importância deixar de funcionar nos finais de semana.

Outros fatores que dificultaram a realização das entrevistas foram a falta de privacidade do local, geralmente o domicílio do sujeito ou as dependências da Associação dos Cortiços, devido a interrupções freqüentes, e as intercorrências próprias da vida cotidiana dos sujeitos. Estes aspectos fizeram com que o procedimento de coleta de dados fosse lento.

Os dados coletados foram organizados para proceder-se à sua análise e interpretação.

As etapas do processo investigativo foram:

1) Definição dos sujeitos da pesquisa;

2) Processo de abordagem aos sujeitos;

3) Realização da pesquisa de campo;

4) Preparação do material coletado (transcrição de fitas e de outros materiais utilizados);

5) Organização, categorização, análise e interpretação dos dados.

Na transcrição, tentou-se o mais possível manter o jeito de falar das entrevistadas, mesmo que às vezes em desacordo com a norma gramatical.

### 2.1.1. Instrumento da pesquisa: Roteiro

O roteiro seguiu os seguintes itens:

**1. Identificação:**

Nome:

Apelido:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Endereço:

Tempo de moradia na atual residência:

Telefone:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião/crença:

Profissão/ocupação:

Local de trabalho:

Carga horária de trabalho:

Registro em carteira/Função: ( ) Sim ( ) Não ( ) Já teve

Trabalho informal: ( ) Sim ( ) Não Tipo:

Estratégias de sobrevivência: (alimentação, vestuário)

Benefícios recebidos do governo.

**2. Composição familiar:**

Filhos: (nome e idade)

Agregados:

**3. Moradia:**

Número de cômodos:

Condições gerais da residência:

**4. Ciclos biológicos, psicológicos e o desenvolvimento da sexualidade:**

Infância/família:

Abuso/violência sexual:

Puberdade/menarca:

Adolescência:

Orientação Sexual: ( ) Homo ( ) Hetero ( ) Bi

Primeira relação sexual:

Relacionamentos/casamentos:

Métodos anticoncepcionais:

Abortos: (provocados, espontâneos)

Gravidez/parto:

Violência sexual/violência doméstica:

Climatério/menopausa:

**5. Saúde física:**

Exames preventivos; (ginecológicos)

Enfermidades/DSTs:

Cirurgias:

Tratamentos:

Medicamentos:

**6. Saúde mental:**

Transtornos:

Tratamentos:

Medicamentos:

Lazer: (atividades prazerosas)

**7. Utilização dos serviços públicos de saúde:**

Hospitais:

Policlínicas:

Outros:

**8. Outras informações**

### 2.1.2. Perfil e caracterização das mulheres pesquisadas

Para a caracterização das cinco mulheres pesquisadas, foram atribuídos a elas nomes de flores, para preservação de sua identidade: Gardênia, Tulipa, Jasmim, Papoula e Camélia. Os pseudônimos são os mesmos utilizados pela pesquisa do NEPEC.

A faixa etária das mulheres está localizada ente 28 e 53 anos.

Em relação ao estado civil, duas foram casadas e estão separadas e as outras três são solteiras.

Dentre as participantes, quatro não ultrapassaram o Ensino Fundamental (8ª série) e uma está cursando, com bolsa de uma universidade da região, o primeiro ano de um curso superior. Este diferencial pode ser explicado pelo fato de ela, como funcionária da universidade, possuir bolsa integral, de acordo com a Convenção Coletiva de Trabalho (SEMESP, 2008).

Em relação à composição familiar, quatro mulheres vivem sozinhas com seus filhos. Uma vive com filhos e netos. A média de pessoas sob a responsabilidade das mulheres é de cinco pessoas. A idade das crianças – filhos e netos -- varia de 1(um) ano a 17 (dezessete) anos.

Em relação à religião, três se declararam católicas, embora, destas, duas disseram-se também evangélicas e uma também espírita. Uma é budista e uma delas afirmou não ter qualquer religião. Ou seja, as mulheres pesquisadas não demonstraram adesão exclusiva a uma religião ou crença.

As entrevistadas declararam que exercem diferentes atividades profissionais, conforme Tabela abaixo:

**Tabela 2**: Profissões e atividades

| Mulheres | Profissão | Outras Atividades |
|---|---|---|
| Camélia | Sucateira | Manicure, servente de pedreiro |
| Jasmim | Empregada doméstica | Ambulante (vende alimentos) |
| Tulipa | Inspetorea de alunos | Artesanato/reciclagem |
| Papoula | Faxineira | Artesanato |
| Gardenia | Copeira | Produtos de beleza |

Das cinco mulheres entrevistadas, apenas duas declararam que possuem registro em carteira; uma tem um contrato temporário e as demais sobrevivem do trabalho informal. A renda mensal varia de 1 (um) a dois salários mínimos. Duas possuem benefício do programa Bolsa Família e as demais buscam auxílio e cestas básicas em ONGs da região. A alimentação é o item que mais sobrecarrega o orçamento doméstico. As crianças estudam na rede pública municipal e recebem o material escolar e os uniformes da prefeitura.

## HISTÓRIAS DE MULHERES

### 2.1.2.1.Camélia

**Camélia** tem 28 anos, nasceu em Ferraz de Vasconcelos, São Paulo, e aos 23 anos mudou-se para Santos. É solteira e tem sete filhos, de quatro relacionamentos.

Chefe de família há cinco anos, trabalha informalmente como sucateira, pintora de paredes e faxineira. Nunca trabalhou registrada.

Não recebe auxílio financeiro dos pais dos filhos e não participa de nenhum programa do governo.

Reside com os sete filhos em um cômodo, com pia, banheiro e tanque coletivos num cortiço invadido, que está em péssimas condições estruturais e higiênicas.

Apresenta dores pélvicas importantes e tem dificuldade para controlar a micção. Apesar de ter realizado vários exames, ainda não conseguiu um diagnóstico conclusivo e tratamento adequado. Também sofre crises de bronquite.

Os filhos também apresentam problemas de saúde, como laringotraqueíte, bronquite, vermes e piolhos. A filha mais velha teve meningite cerebral nos primeiros dias de vida e atualmente apresenta dificuldades na alfabetização.

As crianças freqüentam a escola e a creche e, quando estão em casa sozinhas, ficam trancadas, as mais velhas cuidando das menores.

A mãe de Camélia teve 9 filhos. É descrita como ladra, traficante e garota de programa, viciada em drogas e alcoolista. Não cuidava dos filhos, deixando-os muitas vezes sob os cuidados da mãe, avó da Camélia, que era muito boa, mas que, devido à idade avançada e a problemas de saúde, por vezes não agüentava e chamava o Conselho Tutelar para levar as crianças. Camélia relata que a mãe sempre que aparecia estava bêbada; então, batia nos filhos e xingava-os, quando

não os enviava para a rua para pedir esmolas. Muitas vezes, levava homens para casa, expondo os filhos a situações inadequadas.

Aos três e aos oito anos de idade, Camélia sofreu abuso sexual, de um amigo da família e de um tio, respectivamente, o que provavelmente se traduziu em problemas físicos e emocionais.

Quando Camélia nasceu, sua mãe a abandonou no hospital e foi sua avó materna que a resgatou. Com quatorze anos, a mãe a levou para viver com um homem e disse que se não ficasse lá ia levá-la para uma casa de prostituição. Acabou ficando, pois, apesar de apanhar muito dele, de sofrer humilhações e viver aprisionada em casa devido a ciúmes, não via outra saída. Teve dois filhos desse relacionamento.

Não suportando mais a situação e não encontrando abrigo para si com os dois filhos, deixou as crianças com o pai e saiu de casa. Resolveu ganhar a vida roubando e traficando, mas acabou se viciando também.

Aos 18 anos começou a se relacionar com um rapaz que também era usuário de drogas e foram morar numa casa abandonada. Teve dois filhos nesse relacionamento, que foi bastante conturbado. Numa fase, sua saúde ficou bastante debilitada. Apesar de usuário de drogas, o rapaz era trabalhador e a ensinou como ganhar a vida honestamente.

Nesse período, conseguiu reaver os filhos que estavam com o primeiro companheiro, mas acabou perdendo as quatro crianças para o Conselho Tutelar devido a uma internação hospitalar que sofreu.

Com 23 anos conheceu outra pessoa, que a amparou nos momentos em que sua saúde havia piorado. Dessa amizade surgiu um novo companheiro na vida de Camélia e mais dois filhos. Usuário de drogas, o rapaz comprou um revólver e começou roubar para comprar drogas, até que um dia Camélia descobriu que ele a traía e rompeu  o relacionamento.

Depois de muito esforço, conseguiu resgatar as crianças do Conselho Tutelar e trazê-las para Santos. Trabalhando como carroceira, não ganhava muito e, depois de algum tempo, não conseguiu mais nem puxar a carroça devido a dores na perna.

Passou muitas dificuldades com as crianças e chegou até a pensar em oferecê-las para adoção.

Sentindo-se muito vulnerável e sozinha, passou a morar com um novo companheiro, mas a história se repetiu. Usuário de drogas e álcool, ele começou a agredi-la fisicamente.

Com mais um filho nos braços, perfazendo sete ao todo, ela se separou dele, mas sofre ameaças constantes, pois ele quer voltar a morar com ela.

Não fez pré-natal de nenhum dos filhos, mas todos nasceram em hospitais públicos. Não utiliza nenhum método anticoncepcional e gostaria de fazer laqueadura.

Sem uma renda fixa, vive de trabalhos esporádicos, os “bicos”, mas insuficientes para o sustento da família. Tem muito medo de perder os filhos para o Conselho Tutelar, pois já passou pessoalmente pela amarga experiência e seus filhos também.

Necessita de cuidados médicos; precisaria ser internada para realizar alguns exames, mas não pode porque não tem com quem deixar os filhos.

Sonha ser uma empresária do ramo de sucatas, ter uma casa própria e oferecer um futuro melhor para seus filhos.

### 2.1.2.2. Jasmim

**Jasmim** tem 32 anos, nasceu em Santo André, São Paulo, e reside em Santos desde os quinze anos. Solteira, tem quatro filhos de três relacionamentos e está grávida de cinco meses do último companheiro, que está na prisão.

Chefe de família desde os dezenove anos trabalha registrada como empregada doméstica e à noite vende lanches na porta do cortiço onde mora.

Não recebe ajuda financeira dos pais dos filhos e conta apenas com algum auxílio, na alimentação, da mãe do último companheiro, cujo domicílio é no mesmo cortiço, e do Bolsa Família.

Reside com os filhos em um cômodo no porão de um cortiço, que possui pia de cozinha, mas banheiro e tanque são coletivos.

O primeiro filho é fruto de um namoro, de sua primeira paixão, mas os dois não chegaram a morar juntos. O segundo, uma menina, também é de outro namorado. O terceiro, o quarto e a gravidez atual são do último companheiro, que está há três anos na prisão por tráfico de entorpecentes e que ainda tem um ano a cumprir. Já é a terceira vez que ele cumpre pena.

Ela engravidou no primeiro mês de relacionamento e os dois chegaram a morar juntos por um ano. Atualmente, procura visitá-lo sempre que possível, no interior de São Paulo, e nesses encontros íntimos na prisão engravidou mais duas vezes.

Uma de suas cunhadas, ao visitar o irmão na prisão, conheceu um outro presidiário e começou a namorá-lo. Recentemente, descobriu que contraiu o vírus da AIDS.

Jasmim trabalha como babá e empregada doméstica desde os treze anos de idade. Antes disso, ia para a roça com a mãe e ajudava a cuidar dos irmãos.

Atualmente, está com problemas de saúde, varizes, diabetes, infecção na urina e mioma. Nunca fez exames preventivos. Deseja fazer uma laqueadura, pois não

consegue tomar os medicamentos anticoncepcionais adequadamente, sempre esquece.

Na adolescência, foi usuária de maconha, cocaína e álcool. Não utiliza mais os dois primeiros desde que conheceu o último companheiro, mas sente que se voltar a freqüentar o meio das drogas tornará a utilizar. Ainda considera o álcool um pequeno problema na sua vida e, apesar de grávida, faz uso da bebida e do cigarro.

A mãe faleceu há 1 ano e 4 meses e sente muito a falta dela. As lembranças que tem dos pais são de um pai mulherengo, vagabundo, que humilhava a mãe, e de que ambos se alcoolizavam freqüentemente. Ela é a filha mais velha de quatro irmãos. A mãe teve uma filha aos quinze anos com outro homem, mas a abandonou com três anos para ficar com o pai de Jasmim, que já era casado e tinha três filhos. A relação dos pais durou 21 anos. A mãe era “gigante” e batia muitos nos filhos e no marido quando ficava nervosa e estava bêbada.

Um dos irmãos é dependente de crack e já esteve internado por sete anos; outro está cumprindo pena de nove anos por tráfico de drogas.

Sempre sonhou ter uma família, marido, mulher, filhos, almoço de domingo com todos à mesa. Todo relacionamento que teve, inclusive os filhos, foi tentando concretizar essa fantasia. Relata que o atual companheiro é sete anos mais jovem, franzino e que não a atrai sexualmente, mas a sensação de afeto e segurança que ele lhe transmite supera tudo. Tem esperanças de que, ao sair da cadeia, ele se modifique, não saia com outras mulheres e assuma os três filhos que teve com ela e construam sua sonhada família.

### 2.1.2.3. Tulipa

**Tulipa,** 44 anos, nasceu no Guarujá e se mudou para Santos, São Paulo, aos 24 anos, quando se casou. Separada do marido há 10 anos, tem três filhos desse relacionamento.

Chefe de família mesmo antes do término do seu casamento, trabalha como inspetora de alunos desde 1999, com registro profissional. Também trabalha informalmente com artesanato e reciclagem.

Está cursando, com bolsa de estudos, o primeiro ano de administração na mesma universidade onde trabalha.

Foram quatro gestações. Na primeira, o feto morreu aos cinco meses. A última foi a mais difícil de aceitar; o marido sugeriu aborto, mas ela não teve coragem.

Reside com os filhos nas dependências de um cortiço, num porão, sem janelas e com banheiro, pia e tanque coletivos. O filho tem bronquite e com freqüência precisa ser levado ao pronto-socorro para inalação.

A filha de 18 anos está grávida do namorado e passou a morar com ele na casa da sogra. A gestação não foi programada, apesar de ela ter participado de um grupo de jovens da comunidade que recebia informações sobre DST/AIDS.

Tulipa ficou chocada e perplexa com a notícia, por saber que o futuro da filha ficará extremamente prejudicado pela maternidade não planejada. Por causa da gravidez, a filha, que havia passado no vestibular, desistiu de cursar uma faculdade no mesmo local que a mãe, já que também poderia usufruir de uma bolsa de estudos.

O marido de Tulipa era motorista de caminhão e ela, para ajudar nas despesas da casa, também trabalhava fora. Com o passar do tempo, ele se acomodou e deixou de procurar trabalho, e as contas passaram a ser responsabilidade apenas dela. As brigas e desavenças começaram, até culminar na separação do casal. Após a separação, ele desapareceu, para não dar pensão alimentícia para os filhos.

Foi uma fase difícil para Tulipa, que trabalhava informalmente e por isso não conseguia creche para os filhos. Para sobreviver, conseguiu receber cesta básica por intermédio de uma assistente social e o “Prato de Sopa” também a ajudou muito.

Na sua infância, era comum na família o homem agredir a mulher e também se alcoolizar. Seu pai batia com freqüência em sua mãe, e, desde pequenos Tulipa e seus irmãos tentavam impedir, sem sucesso, que a mãe fosse espancada. Mesmo sofrendo agressões, sua mãe não pensava em se separar e defendia a idéia de que casamento é para sempre. Sua avó materna também foi obrigada a se casar aos treze anos com um homem que tinha idade para ser seu pai.

Diante de tantas histórias infelizes, Tulipa tinha medo de sofrer ao se relacionar com os homens, mas a mãe a incentivava e ensinava que o melhor futuro para a mulher é o casamento. Não casou apaixonada, mas gostava do marido, que nunca a agrediu fisicamente e no início do casamento era paciente e carinhoso. Depois que começaram os conflitos por causa do comportamento irresponsável dele, ela se distanciou afetivamente e chegou a manter relações sexuais sem ter vontade, com receio que ele ficasse violento.

Depois da separação, ficou chocada quando descobriu que o marido tinha um filho, dois anos mais novo que seu caçula.

Acredita ser difícil casar novamente, pois se sente livre e independente. Como não gosta de dividir decisões, prefere ficar sozinha.

Percebe que seguiu os sonhos da mãe, que se deixou influenciar pelas idéias dela de casamento e família e acha que isso interferiu muito na sua vida. Gostaria mesmo é de ter viajado muito, ter conhecido a Bahia e o todo resto do país.

Atualmente, trabalha muito, estuda, não tem tempo para se cuidar, descansar ou para lazer, mas está feliz por estar realizando seu grande sonho, cursar uma faculdade.

### 2.1.2.4. Papoula

**Papoula**, 30 anos, nasceu em São Miguel Paulista, mas foi para a cidade de Santos antes de completar um mês de vida. É solteira, sem parceiro fixo, e possui quatro filhos, dois do primeiro relacionamento, dois do segundo, e ainda cria um irmãozinho de sete anos.

Chefe de família há oito anos, sobrevive fazendo peças artesanais em crochê, eventuais faxinas e trabalha algumas horas como voluntária na Associação dos Cortiços de Santos. Já trabalhou como babá, balconista, cozinheira, mas nunca foi registrada; atualmente, está procurando emprego.

Recebe o Bolsa Família e uma cesta básica a cada dois meses. Não recebe ajuda financeira dos pais de seus filhos e o contato com eles é praticamente inexistente.

Está cursando a terceira e quarta séries do ensino fundamental.

Reside com os filhos e o irmão em um cômodo num cortiço, com banheiro, pia e tanque coletivos. O local é bastante precário, com uma usina de óleo diesel de um lado e um ferro velho do outro. As escavadeiras que trabalham no local fazem as paredes trepidar, chegando a derrubar partes delas; o barulho é intenso e tem muito pó. A presença de ratos é constante no local e tem muito lixo devido a muitas casas abandonadas nas imediações.

Freqüentemente, ela e os filhos apresentam problemas respiratórios, como bronquite e alergias.

Sua primeira convivência marital durou quatro anos e seis meses e a segunda seis anos. Está há quatro anos sem companheiro. Entre o primeiro relacionamento e o segundo, ficou por volta de seis anos sozinha.

Teve cinco gestações. Dos quatro filhos vivos, apenas o primeiro e o quarto foram programados. Chegou a fazer um aborto na terceira gestação e passou muito mal. Quando engravidou pela quinta vez, pensou em novamente fazer um aborto, mas

ficou com medo, devido à experiência anterior, e acabou prosseguindo com a gestação, embora bastante abatida e deprimida.

Em sua infância, seus pais usavam drogas, principalmente casquinha de cocaína, crack, e se separaram quando ela tinha 9 anos. A mãe passou a viver maritalmente com outro homem e teve mais três filhos, num total de seis.

Papoula tem uma grande mágoa em relação à mãe, que, numa crise por falta de drogas, jogou água fervente na parte de trás do seu corpo, atingindo cabeça, costas e nádegas. Também não ofereceu cuidados a ela e nem se desculpou. Quem a levou para o hospital foi uma tia, e, quando a ambulância a trazia de volta para casa, tentou se matar atirando-se de um viaduto, mas foi impedida pela tia. Só depois de adulta é que a mãe lhe pediu perdão.

Aos dez anos, antes das queimaduras, sofreu uma tentativa de estupro por um vizinho embriagado, que a abandonou num matagal no meio da noite, sendo socorrida por um casal. Ao contar para a família, um dos irmãos da mãe matou o indivíduo.

Ela relata que o tio que assassinou o vizinho foi o mesmo que tratou das suas queimaduras, com folhas de bananeira, arnica, banha de tatu. Já que não tinha condições de ir para São Paulo fazer cirurgia plástica, ele lhe deu apoio emocional, sendo muito importante para sua recuperação.

Desde criança tem bronquite. Atualmente não toma mais Gardenal devido a crises de epilepsia, pois, depois que entrou para o budismo, ficou mais tranqüila, mais calma e não teve mais crises.

Com onze anos foi morar com uma conhecida de sua mãe, com quem ficou até completar quatorze anos. Nessa ocasião, parou de freqüentar a escola e ajudava essa senhora, que era sozinha, a cuidar dos filhos e a fazer salgadinhos para vender. Refere ter sido um período muito bom da sua vida e mantém contato e amizade com essa família até os dias de hoje.

Aos quatorze anos, conheceu seu primeiro companheiro e passou a morar com ele nos fundos da casa da sogra.

Ele era usuário de drogas e nos momentos em que estava sob o efeito delas tornava-se extremamente violento, chegando a agredi-la mesmo estando grávida. Chegou a denunciá-lo à polícia, mas nada aconteceu.

Sob a influência do parceiro chegou a fumar maconha e usar cocaína dos dezesseis aos vinte anos. Atualmente, só utiliza bebida alcoólica nos fins de semana e de forma moderada.

Sofria violência sexual freqüentemente, pois, quando não queria manter relações sexuais, o companheiro a agredia para forçá-la.

Esse companheiro cumpriu pena por duas vezes, devido a tráfico de drogas. Na primeira detenção, Papoula engravidou pela segunda vez numa das visitas íntimas.

Na ocasião, sentia-se muito sozinha, desprotegida e sem forças para sair daquela situação, pois não trabalhava e dependia totalmente do marido. A sogra é que geralmente a socorria e defendia.

Numa noite, então com 19 anos, sentindo-se muito infeliz, tomou muitos comprimidos de Gardenal, que utilizava para controlar suas crises de epilepsia, para dar fim a sua vida, mas foi despertada pelo marido drogado, que a espancou. Nesse momento, conseguiu revidar e o esfaqueou oito vezes, sem, no entanto, matá-lo. Como ele fez uma denúncia policial, ela ficou escondida na casa de uma vizinha e posteriormente ficou abrigada na casa de uma amiga.

Essa amiga, que atualmente é a presidente da Associação dos Cortiços de Santos, a ajudou muito, defendeu-a do marido e lhe mostrou um novo mundo, no qual ela tinha direitos. Então, voltou a estudar e começou a trabalhar.

Seis anos depois, conheceu seu segundo companheiro, um homem bom, atencioso, que trabalhava no porto, sustentava a casa, os filhos dela e os dois que teve com ele. Foram apenas sete meses morando juntos e quatro se relacionando na cadeia.

Sem que Papoula o soubesse, ele não queria mais trabalhar na estiva e começou a fazer pequenos roubos, até que um dia foi pego num assalto e condenado à prisão por oito anos, onde está até hoje.

Depois que ele foi preso, ela descobriu que ele tinha mais duas mulheres além dela e chegou a passar por situações de humilhação na porta da cadeia. Decepcionada, resolveu abandoná-lo. Já não o visita há quatro anos e nem mantém correspondência com ele.

Acha que, como ela se negava a fazer sexo oral e anal, porque tinha nojo, ele acabou procurando outras mulheres. Pensa que não merecia isso, porque era uma boa mulher dentro de casa e acredita que para ter prazer sexual não são necessárias essas variações.

Chegou à conclusão de que as mulheres conseguem viver sem os homens, mas que eles não conseguem viver sem as mulheres. Sente-se feliz, solteira, de poder sair com os filhos, com as amigas, de poder namorar sem compromisso, pois não quer se casar novamente. Está há um ano e seis meses sem sexo e não sente falta. Acha que para ter uma relação sexual precisa existir afeto, amor; só o sexo não vale a pena.

Seus sonhos são ver os filhos bem, ter uma casa própria para deixar para os filhos, terminar os estudos e ter um netinho.

### 2.1.2.5. Gardênia

**Gardênia,** 53 anos, nasceu em Aracajú, Sergipe, e reside há 23 anos em Santos. Há três anos está separada do segundo companheiro com quem teve dois filhos. Também está divorciada do primeiro marido, com quem teve quatro crianças.

Chefe de família há vinte e quatro anos, trabalha numa empresa como copeira, sem registro na carteira de trabalho, e é responsável por 80% das despesas da casa.

Reside com três filhos adultos e três netos nas dependências de um cortiço que possui um pequeno quarto, cozinha, banheiro e um cachorro.

Os filhos homens também não possuem emprego fixo; apenas a filha é registrada. Um dos filhos saiu recentemente da prisão, onde cumpriu quatro anos de pena por roubo. Usuário de drogas roubava para poder comprá-las.

Cria três netos, duas meninas de uma filha que faleceu a cinco anos num acidente de moto e um menino do filho mais velho.

Gardênia é a filha mais velha do primeiro casamento de sua mãe, que teve quatro filhos com seu pai e cinco em outro casamento.

Sua mãe, aos treze anos, se relacionou com um rapaz e teve uma filha, mas a família dele não permitiu o casamento devido ao racismo, já que o rapaz era branco e a mãe dela “morena”. Os pais do rapaz ficaram com a menina e a mãe de Gardênia mudou para outra cidade, para trabalhar, e conheceu o pai de Gardênia.

O pai nasceu na Itália e se naturalizou brasileiro; trabalhava como carteiro, era muito bonito e sua mãe diz ter sido seu grande amor, mas não suportou as traições dele e se separou. Quando a mãe estava grávida de Gardênia, outras três mulheres também estavam grávidas de seu pai. Depois de algum tempo de separada, a mãe conheceu  o padrasto de Gardênia e com ele se mudou para a cidade de Santos.

Gardênia aos quinze anos teve sua primeira relação sexual com um rapaz de quem gostava. Sua mãe não via com bons olhos esse relacionamento porque ele era apenas um engraxate.

A mãe aprovava o relacionamento com outro rapaz que se interessava por ela e cuja situação financeira era boa, embora Gardênia não gostasse dele e não quisesse namorá-lo.

Esse rapaz e a irmã dele, que era amiga dela, convidaram-na para uma festa à noite. No dia seguinte bem cedo, após a festa, esse rapaz foi até sua casa e disse para a mãe de Gardênia que queria reparar o mal que tinha feito à sua filha ao deflorá-la na noite anterior, casando-se com ela. Diante da negativa de Gardênia sobre o ocorrido, a mãe disse que iria submetê-la a um exame ginecológico, o que a apavorou, pois sabia que não era mais virgem.

Diante de toda essa trama e das ameaças da mãe de colocá-la para fora, “por não querer rapariga dentro de casa”, e por medo do juiz, ela se casou com aquele que a faria sofrer por uma década.

Foi morar com o marido na Bahia e logo no primeiro ano fugiu e voltou para Sergipe, para a casa da mãe, buscando abrigo, mas esta não a acolheu e a mandou de volta para a terrível situação do casamento.

Após 10 anos de casamento, de sofrimento e de violência sexual, pois era obrigada a manter relações sexuais contra sua vontade, fugiu com os três filhos para Santos, procurando novamente o apoio da mãe que ali estava residindo. Novamente, a mãe a criticou e não a recebeu em sua casa. Mesmo sem ter ajuda da mãe, conseguiu abrigo e auxílio de outras pessoas e fixou residência em Santos.

Na nova cidade conheceu uma pessoa e começaram a se relacionar. Quando descobriu que estava grávida de gêmeos, foi abandonada pelo namorado, que não queria responsabilidades e compromisso. Buscou ajuda da mãe, mas esta de novo se recusou a ampará-la. Sem condições de continuar sozinha naquele momento, com três filhos e grávida, voltou para sua cidade natal em Sergipe e encontrou auxílio e apoio do pai italiano.

Gardênia relata que seu pai nunca bateu nos filhos e, apesar de separado de sua mãe, sempre ajudou financeiramente. Na ocasião do seu casamento forçado, ele disse que, se ela não gostasse do rapaz não deveria se casar, mesmo se já tivesse tido relações sexuais com ele. Mas a pressão da mãe foi mais forte e ela acabou se submetendo ao matrimonio.

Em Sergipe, um ano após o nascimento do casal de gêmeos, o menino morreu. A tão desejada menina (seu sonho era ter uma menina), foi a que faleceu num acidente de moto há cinco anos.

Passado algum tempo, Gardênia retornou a Santos e recomeçou sua vida. O pai dos gêmeos voltou a procurá-la insistentemente e depois de algum tempo ela acabou cedendo aos seus apelos e começam a morar juntos. Desta união teve, sem desejar, mais um filho.

Atualmente está separada. Seu ex-companheiro bebia muito e a agredia verbalmente, o que tornou a convivência e o sexo insuportáveis.

Segundo ela, todo relacionamento amoroso envolve a atividade sexual e, como ela não sente falta de sexo, pois ficou com nojo dos homens, prefere ficar sem companheiro. Afirma se sentir mais livre e feliz.

Sua maior mágoa é em relação à mãe, por ela nunca a ter socorrido e apoiado nos momentos mais difíceis da sua vida.

Hoje se sente uma mulher forte, de fibra, que quer viver apenas para os filhos e netos e que apesar de ainda trabalhar muito e de não ter realizado seu grande sonho, que é sair do cortiço e ter moradia própria, se sente realizada por ter conseguido vencer todas as suas dificuldades. Sente que por mais que tenha sofrido não se perdeu na bebida ou nas drogas; ao contrário, se fortaleceu e se tornou uma grande guerreira e fica feliz em ver a admiração nos olhos das pessoas, principalmente nos de sua mãe.

# CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÂO

A partir da leitura das entrevistas realizadas foi possível observar e identificar alguns aspectos comuns nos depoimentos. A partir desses aspectos, foram considerados como eixos de análise:

1. **Influência dos fatores socioeconômicos na condição feminina.**

2. **Relações de gênero e violência.**

3. **Acesso a políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos.**

4. **Sexualidade e prazer.**

## 3.1 – INFLUÊNCIAS DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA CONDIÇÃO FEMININA

A tabela abaixo apresenta os dados relativos à idade, escolaridade e o número de filhos das entrevistadas:

**Tabela 3:** idade/escolaridade/número de filhos

| NOME | IDADE | ECOLARIDADE | Nº DE FILHOS |
|---|---|---|---|
| Camélia | 28 | Fundamental incompleto | 7 |
| Jasmim | 32 | Fundamental incompleto | 5 |
| Tulipa | 44 | Ensino médio | 3 |
| Papoula | 30 | Fundamental incompleto | 4 |
| Gardênia | 53 | Fundamental incompleto | 6 |

O IBGE aponta a relação entre baixa escolaridade e alta taxa de fecundidade, o que vem ao encontro da situação das entrevistadas (IBGE, 2005). Delas, a que apresenta maior escolaridade é a que tem menor número de filhos. Ela cursa faculdade por ter bolsa de funcionária (é inspetora de alunos, com registro em carteira).

A taxa de fecundidade no censo de 1960 a 2000, realizado pelo IBGE, foi de 1,6 filhos para as mulheres de classes mais favorecidas e de 4,0 filhos para as mulheres pobres. Três das mulheres participantes da pesquisa têm mais filhos do que a média do IBGE para mulheres pobres (MS, 2004).

### 3.1.1- Chefia da família

Todas as mulheres da pesquisa chefiam suas famílias, quatro porque não possuem companheiro atualmente; outra, porque o companheiro está na prisão por tráfico de drogas. Elas são totalmente responsáveis pelo cuidado e sustento dos filhos.

Mesmo Gardênia, cujos filhos já são adultos, continua responsável pela família, pois os filhos não têm emprego estável e um deles saiu recentemente da prisão, condenado por roubo (para sustentar o uso de drogas). Ela tem clareza da sua importância para a sobrevivência da família:

> *"... sou eu que tenho 80% de tudo aqui dentro desta casa, eu sou o murão, se eu cair vem tudo abaixo (...) há 24 anos"* (Gardênia*).*

Essa situação, vivida por Gardênia, perdura há mais de duas décadas. Isso parece apontar para a dificuldade das pessoas que vivem em situações de vulnerabilidade social em encontrar saídas, talvez até mesmo pela carência de recursos. Deve-se também observar que duas das mulheres entrevistadas, Papoula e Jasmim, recebem Bolsa-Família. Camélia, por sua vez, embora também tenha potencialmente esse caminho aberto para ela, afirma que aceitar ajuda do governo é permitir que coloquem "um chip" nela [passem a controlá-la], ao que ela se recusa.

A mulher como chefe de família é uma realidade no Brasil: na sociedade brasileira, em 91% dos casos de separação de casais os filhos permanecem sob a guarda da mãe (IBGE, 2002).

No caso das mulheres entrevistadas, os pais das crianças, depois da separação, não aparentavam ter vínculo afetivo ou interesse pelos filhos e conseqüentemente não forneciam ajuda financeira ou de qualquer outro tipo a eles.

> *"Era pra eu ter corrido atrás* [exigido pensão]; *não recebo de nenhum dos dois"* (Gardênia).

> *"Meu marido sumiu devido à pensão alimentícia. (...) Ele só deu a primeira, mesmo assim porque foi descontado do salário; depois, ele saiu do emprego e sumiu"* (Tulipa).

Gardênia foi impedida de pedir pensão pelos próprios filhos, o que parece apontar para uma crença – tanto da parte do companheiro, quanto na dela e dos filhos -- na responsabilidade única e exclusiva da mulher pelo cuidado da prole.

O papel de provedora na criação dos filhos e netos aparece como objetivo principal da vida dessas mulheres, que não encontram tempo para si mesmas, seja para cuidar da saúde seja para descansar, e investem toda sua energia no trabalho, nos cuidados com a casa e a família:

> *"Eu fui um tipo de mulher que eu deixei de viver a minha vida, perdi uma juventude porque tive filhos cedo e larguei tudo que podia largar. Agora, meus filhos abaixo de Deus são tudo, porque a única coisa que eu tenho no meu nome são meus filhos e agora meus netos. (...) Eu tô sentindo que estou estafada, eu sinto que meu corpo todo dói de tanto correr, de tanto trabalhar".* (Gardênia)

> *"Eu não agüento mais, eu trabalho demais, to me matando, to com 32 anos, eu não tenho tempo pra arrumar o cabelo, não tenho tempo pra arrumar a unha, não tenho -- vamos supor assim -- nem vontade. Estou desde a hora que acordei até agora só cuidando de filho, lavando roupa, não tem tempo para descansar".* (Jasmim)

VIEIRA (1999) faz uma correlação entre a idéia de uma natureza feminina e a divisão de gênero na sociedade. Para ela:

> A idéia de natureza feminina baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher-a capacidade de gestar, parir e amamentar. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem este corpo é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos. Daí decorrem idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos "naturais e essenciais" à divisão de gênero na sociedade. (VIEIRA, 1999, p. 68)

Observe-se que não está em discussão se as mulheres amam seus filhos, mas sim o quanto o mito da mulher/mãe estabelece o potencial para a maternidade como fato fundamental para a constituição da feminilidade e identidade da mulher (VIEIRA,

1999). Assim, haveria uma naturalização desses atributos, negando-se as intermediações da cultura.

Isso poderia contribuir tanto para a situação em que as mães cuidam sozinhas da prole, sem exigir a participação dos parceiros, quanto um outro aspecto: o de “dar um filho” ao homem.

Jasmim, grávida pela quinta vez, relata que “não entrou no planejamento familiar” [no caso, laqueadura], pois tinha tido apenas um filho com o parceiro atual e, aparentemente, acreditava que precisava “dar mais filhos a ele” para agradá-lo e firmar seu relacionamento com ele.

*“Não sei, era o primeiro filho dele (...) eu to apostando nele.”* (Jasmim)

Jasmim não está sozinha nessa aposta, pois, pesquisa com mulheres que buscavam reversão da laqueadura em hospital público de Brasília indicou que elas, apesar de terem tido dois filhos ou mais, quando encontravam novo parceiro desejavam engravidar dele. Para os pesquisadores, isso indicaria que a maternidade não parte de um desejo da mulher, mas de uma vontade de agradar ao companheiro (CUNHA, WANDERLEY e GARRAFA, 2007).

Mas, além de Jasmim, outras participantes relataram situação parecida: apesar do número de filhos, quando se uniam a outro homem, geravam filhos com ele.

Ao mesmo tempo, é preciso destacar que só as mulheres foram ouvidas nesta pesquisa. Na literatura também não se encontra material sobre a visão masculina a respeito do cuidado com a prole depois da separação.

### 3.1.2 - Condições de moradia

Todas as mulheres entrevistadas residem em cortiços, que abrigam em média dez famílias cada.

Duas participantes da pesquisa, Jasmim e Papoula, não pagam aluguel porque o dono do imóvel faleceu e os herdeiros nunca se manifestaram; Camélia reside num cortiço invadido; Tulipa paga por mês R$ 250,00 por um cômodo e Gardênia R$380,00 por três cômodos.

As mulheres que não pagam aluguel sentem-se bastante inseguras e preocupadas com o futuro do cortiço onde moram; têm receio de serem despejadas ou de terem de pagar um aluguel muito alto para continuar ali:

> *"A gente por enquanto não pagamos nada (...) o dono morreu já tem mais de cinco anos, aí ninguém nunca mais apareceu (...) Acho que qualquer momento alguma bombinha está para estourar aí; se isso acontecer, aí lá se foi todos"* (Jasmim).

As que pagam aluguel ressentem-se do alto preço por espaços tão pequenos e relatam que pelo mesmo valor poderiam alugar um apartamento em melhores condições. Mas, como não dispõem de fiador, nem podem arcar com o valor de três aluguéis para depósito, têm de se resignar com os valores abusivos dos cortiços.

A precariedade da situação também é um reflexo da vulnerabilidade social dessas mulheres e suas famílias, que se manifesta na convivência com pessoas na mesma situação. No caso, duas dessas mulheres não podem usufruir de uma moradia melhor por falta de fiador ou empréstimo. Ou seja, vários indicadores juntam-se para a situação de vulnerabilidade social, como exposto no Capítulo 1.

Quatro das cinco mulheres entrevistadas residem em apenas um cômodo, sendo o banheiro e o tanque, que também serve de pia de cozinha, coletivos. Apenas uma das mulheres, Gardênia, mora em três cômodos (quarto, banheiro e cozinha), mas sua família é composta por sete pessoas, cinco adultos e duas crianças; ou seja, embora o espaço de que dispõe a família seja maior, quando comparado com o das demais, abriga maior número de adultos. Ela relata:

> *"A única coisa que às vezes incomoda muito aqui, aperreia, é que o local é pequeno e então às vezes estressa (...) porque lá dorme quatro, ali, lá no quarto, e o meu filho dorme aqui e o outro tadinho põe o colchão aqui* [cozinha]*, então isso às vezes estressa a gente, né, um ambiente pequeno pra tanta gente (...) eu não tenho o meu espaço, meu espaço é de todos eles".*

No que se refere à convivência interfamiliar, PINTO (2003), que fez pesquisa com moradores de cortiços em diferentes bairros de São Paulo, reflete sobre a especificidade desse tipo de moradia, na medida em que ali a privacidade é freqüentemente invadida, em vista da proximidade dos moradores (e da partilha de espaços), de forma que o privado e o público passam a assumir formas bem distintas.

KOWARICK (2007), em pesquisa realizada no centro da cidade de São Paulo, tece algumas considerações que também podem ser estendidas para a cidade de Santos:

> Sem dúvida, as desvantagens desse tipo de moradia são inúmeras e, por isso, especialistas na área de saúde pública afirmam que o cortiço, muitas vezes caracterizado por cômodos sem janelas externas, situados nos porões, úmidos, sujeitos a infiltrações, constitui a forma mais danosa de habitar. Antes de abordar essa questão é preciso enfatizar que a condição de vida nos cortiços, não obstante o quadro geral de precariedade, é bastante diversa. De fato, uma coisa é habitar em dois cômodos, cozinha e banheiro com mais duas pessoas; outra, é morar com mais familiares em abafados e úmidos cubículos, convivendo com o barulho intenso dos vizinhos, enfrentando a fila para uso do banheiro, longa e demorada. (Kowarick, 2007, s/n).

Mas, apesar de todas as dificuldades, há um esforço das mulheres para melhorar a situação. Jasmim, embora grávida de seis meses, conta que:

> *"... quando fui para lá* [porão] *era um lugar péssimo, eu mesma estou sendo a pedreira agora, então o que eu fiz? Como tinha muita umidade, cheiro de mofo, eu pressenti que vinha da parede, então fui pegando as partes ocas que tinha, fui metendo o martelo, foi caindo um pedaço aqui, um pedaço ali, então acabou saindo esse cheiro de mofo. O ventilador fica ligado o tempo todo".*

Outro fato que incomoda as entrevistadas é a presença constante de ratos e baratas. Elas relatam que toda comida tem de ser guardada em local bem fechado, pois os ratos mexem em tudo. Como não conseguem uma presença mais freqüente da equipe de zoonose da Prefeitura, acabam criando cachorros ou mesmo gatos para afugentar os roedores.

> *"Rato na minha casa vou te falar, tinha uns bois que uma vez saiu debaixo do fogão, a cabeça dele era desse tamanho"* (Jasmim).

> *"... o rato, muito rato (...) eles mexem em tudo, eles estragam tudo, é uma loucura, a gente está assistindo TV e só vê o rabo deles, desse tamanho, parece um gato"* (Papoula).

A Rua São Francisco, principalmente seus últimos quarteirões, próximos ao cemitério do Paquetá, é formada por inúmeros cortiços, casas abandonadas e semi-destruídas e também por depósitos de sucatas, ferro velho e usina de óleo. Esta rua é referida pelas entrevistadas como o pior lugar que existe para se morar e criar filhos; é a última das escolhas de moradia.

Quatro das mulheres entrevistadas ali residem. Papoula, mãe de cinco filhos, sendo um de criação, relata as péssimas condições do local onde mora:

> *"De um lado é uma usina de óleo e do outro é um ferro velho. Eles mexem com máquina, hoje mesmo a gente tinha um suporte na parede pra segurar a televisão, né. De tanto acho balançar, o trator, as máquinas ficam entrando ali, caiu, a parede caiu e está ficando oca, está rachando os cantos da parede. O pó por causa do ferro velho, o cheiro (...) dificuldade para respirar devido ao pó".*

Outro fator importante na região central de Santos e na Rua São Francisco é a periculosidade, principalmente devido ao tráfico de drogas. Alguns cortiços servem de esconderijo para as drogas e para os traficantes, e crianças da região são utilizadas nesse comércio ilícito, o que torna a região bastante perigosa para os moradores.

Camélia mantém os filhos trancados em seu cômodo quando não está com eles e as crianças praticamente só saem para ir à escola, pois mesmo dentro dos cortiços não há segurança. Segundo ela,

> *"Este cortiço é conhecido como casa bomba, porque a casa tá condenada, é invadido, e é ponto de droga. Às vezes é tiro pra todo lado".*

Após o término do período das entrevistas, a "casa bomba" foi desapropriada pela Prefeitura e suas portas e janelas fechadas com tijolos. Seus antigos moradores, com a promessa da Prefeitura de pagamento de três meses de aluguel, foram para lugares ainda mais precários.

Uma das mulheres refere-se à Rua São Francisco como "Maldição da Rua São Francisco", pois diz que quem mora lá não consegue mais sair. Ela mesma já tentou morar em outros lugares, mas acabou voltando quando as condições financeiras pioraram.

> *"Não é um lugar bom, não é legal, é uma rua pesada pra caramba pra ta se criando crianças de menor"* (Jasmim).

A dificuldade de sair talvez esteja relacionada à mesma situação que mantém Gardênia há 24 anos como "murão" de sua família: a vulnerabilidade social, cujos vários fatores interligados não dificultam a busca de saídas.

### 3.1.3. Famílias de origem

A violência e o trabalho infantil praticamente explodem nos relatos sobre as famílias de origem, ao lado do uso de drogas lícitas ou ilícitas por pais e mães, a ponto de se tornar difícil uma separação entre esses temas, mesmo para fins de exposição.

DAY et al. (2003) afirmam que são quatro as formas mais comuns de violência intra-familiar: física (agressão física com ou sem uso de armas ou instrumentos), psicológica (ataques à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa), negligência (falta de cuidados necessários, de acordo com a idade e a situação) e sexual (obrigar a práticas sexuais).

Segundo os relatos, é possível afirmar que as mulheres encontraram (e ainda encontram, como será visto adiante) todos esses tipos de violência.

A estrutura familiar das mulheres pesquisadas geralmente era composta por mãe, pai ou padrasto e irmãos e meio-irmãos.

Dos membros das famílias das mulheres entrevistadas, **a figura materna** aparece como personagem principal nas histórias de todas elas, embora em geral relacionada de alguma forma a sentimentos negativos, seja pela violência física, psicológica ou pela própria ausência. Essas mães são em geral descritas como usuárias de álcool ou outras drogas e muitas vezes com comportamento violento em relação aos filhos:

> *"Minha mãe, ela é dependente químico, ela é alcoólatra (...) só aparecia em casa bêbada, pra bater pra xingar, às vezes levava uma cambada de homens pra dentro de casa (...) quando ela chegava duas, três horas da manhã em casa com fome, batia na gente, mandava a gente pra chuva pra ir atrás de comida, pedir esmola (...) ela era uma ladrona muito boa, mas não deixava a gente comer nada que ela roubava (...) ela era traficante"* (Camélia).

> *"Certo dia de manhã, meus irmãos começaram a chorar logo cedo. Ela (mãe) se mostrou que estava nervosa. Aí tinha uma água fervendo, aí ela pegou e falou assim, mandou eu lavar a louça. Aí eu já tava pegando a louça pra lavar e colocando na pia, tirando de cima da mesa e colocando em cima da pia. Aí ela falou assim, vocês me deixam muito louca, sabe o que eu faço, faço isso, aí me*

*jogou a água fervendo nas minhas costas, aí pegou na minha cabeça, nas costas e uma parte da bunda quase toda e um pouquinho na outra (...) era pra eu ter ido pra São Paulo fazer cirurgia plástica, mas não tinha condição (...) e minha mãe não me pediu desculpas (...) meu tio que cuidou de mim"* (Papoula).

*"Eu apanhei muito da minha mãe, nossa senhora, ela me batia quando eu era pequena, porque ficava nervosa, bêbada então descontava em quem, nos filhos pequenos"* (Jasmim).

Nesses relatos, aparece a violência física, dos espancamentos e da horrível situação da criança queimada com água fervendo; a violência psicológica, dos xingamentos e ofensas, além daquela referente à "cambada de homens pra dentro de casa"; a negligência, das necessidades infantis básicas não satisfeitas e da exigência de que as crianças fossem roubar ou esmolar para alimentar a mãe e seus companheiros de ocasião; e a sexual, ao submeter às crianças a cenas além de sua compreensão.

Apesar da dificuldade de se fazer uma idéia da real dimensão do problema, devido à sub-notificação (DAY, 2003), a agressão doméstica contra crianças e adolescentes não é incomum e está presente em todas as classes sociais, embora mesmo nesses casos a diferença de gênero também se faça presente

Em pesquisa com crianças e adolescentes atendidos num programa de intervenção em São José do Rio Preto (SP), BRITO e col. concluíram que:

> As crianças do sexo feminino são submetidas a situações de violência com mais freqüência que as do sexo masculino, representando 60% do total de notificações. Porém, quando são consideradas as modalidades de violência, observa-se uma variação quanto ao sexo da criança vitimizada. Na violência física e violência psicológica, existe certo equilíbrio na distribuição das notificações entre os sexos, com leve tendência do sexo feminino apresentar maior freqüência. Uma diferença significativa entre os sexos aparece, quando a violência sofrida se refere à negligência (p = 0,010), e à violência sexual (p = 0,007). Na primeira é o sexo masculino que apresenta o maior número de notificações, a razão aproximada é 1:2. Ao contrário, na violência sexual, é o sexo feminino que apresenta maior índice de notificações, em razão de 1:7. (2005, s/n)

Segundo a mesma pesquisa, a mãe, dentre os 55 casos notificados pesquisados, foi agressora em 49% dos casos.

Além dessas situações de agressão, a figura materna aparece de forma importante na reprodução da subordinação feminina, pois, na maioria das histórias apresentadas pelas entrevistadas, as mães se submetiam a seus companheiros. Apesar dos maus tratos, resignavam-se e ainda ensinavam às filhas que o casamento é melhor opção de vida para as mulheres:

> *"Casei com 16 anos, minha mãe obrigou (...) eu gostava de um engraxate, mas minha mãe queria esse outro que tinha uma situação melhor. Aí eu casei e tive que ir embora morar com ele na Bahia. Fugi e voltei pra Sergipe, de volta pra dentro de casa e minha falou: Aqui não tem lugar pra você não e me fez voltar pra Bahia, pro meu marido (...) eu fugi dele, depois de 10 anos de casada, vendi tudo, comprei passagem e quando ele chegou a casa estava vazia e eu tinha fugido"* (Girassol).

> *"Meu pai bebia, agredia minha mãe (...) minha mãe é uma pessoa que casou é pro resto da vida, então ela procurava agüentar, acho que ela era apaixonada por ele, tanto que ficou 49 anos com ele. Ela é daquela época que o melhor para a mulher é o casamento, e isso ela passou essa idéia pra gente, aí eu fui acreditando nisso também, eu sempre fui (...), minha mãe falou eu dizia amém, e eu acabei casando, acreditando nessa idéia (...) ela nasceu pra ser dona de casa, eu não, e isso interferiu muito na minha vida..."* (Tulipa).

> *"Eu casei com 24 anos, mas eu teria casado com uns 30, 35, eu teria viajado, nossa eu tenho muita vontade de conhecer o país inteiro, a Bahia"* (Tulipa).

KOSMINSKY e SANTANA (2006), em relato de pesquisa sobre trabalho doméstico de crianças e adolescentes na cidade de Marília, supõem:

> ...que o fato de as mulheres incorporarem os valores da dominação masculina e não se aperceberem disso pode realmente dificultar modificações nas relações de gênero, já que as práticas sociais seriam em parte resultantes de ações inconscientes, em que prevalece a visão hegemônica masculina (p. 230).

Mas isso não significa que a situação seja imutável, pois as autoras também apresentam relatos que fazem transparecer diferentes visões sobre a subordinação de gênero.

A **figura paterna** de um modo geral foi retratada como ausente ou negativa nas narrativas das mulheres entrevistadas. Na maioria das vezes o pai é descrito como violento, alcoólico e mulherengo.

> *"Meu pai era mulherengo, vagabundo e já bebia, então que acontece, minha mãe aceitava de tudo, humilhação, as mulheres que ele arrumava na rua, então o que aconteceu, minha mãe tudo dela era desabafar na bebida, então desde que eu me conheço por gente minha mãe e o meu pai sempre beberam, mas minha mãe é aquela mulher guerreira, trabalhadeira e não deixava faltar nada para os filhos, mas em termos de educação, já era péssima porque ela se preocupava com quem, com o marido, né?"* (Jasmim).

Nesta fala, Jasmim aponta os únicos aspectos positivos da figura materna dentre as cinco entrevistadas: trabalhadeira, que não deixava faltar nada para os filhos, embora de alguma forma valorizasse mais o marido do que os filhos.

A figura paterna não apareceu em luzes positivas em nenhum momento:

> *"Cresci com meu pai batendo na minha mãe (...) fui vivendo esta situação e isto marcou bastante, quando casei qualquer barulho eu já levantava assustada"* (Tulipa).

### 3.1.4. Trabalho

As entrevistadas começaram a trabalhar muito cedo, ajudando a cuidar dos irmãos e da casa. Assim que alçavam um pouco mais de idade, já iam trabalhar fora, para ajudar a família. Desde a infância essas mulheres aprenderam a desempenhar o papel de cuidadoras, papel este que continuam a desempenhar na vida adulta.

Esta situação condiz com o que aponta DIAZ (2002), no sentido de que o cuidado com a família, filhos, doentes e idosos tem sido tarefa desempenhada por mulheres, a ponto de ser assumido como inerente à natureza feminina. Essa naturalização do cuidado faz com que o SUS (Ministério da Saúde, 2004) considere a mulher como a usuária mais freqüente dos serviços de saúde, pois, geralmente, além de procurar os serviços de saúde em benefício próprio, é ela que acompanha os filhos e parentes para tratamentos de saúde.

Acrescente-se aí o cuidado com os irmãos mais novos, ou, como diz uma entrevistada, no que parece indicar grande distanciamento afetivo, "os filhos da minha mãe":

> *"... mãe, padrasto, sou filha de pais separados e tenho quatro irmãos por parte do meu pai e cinco por parte deste casamento. Minha mãe teve nove filhos (...) eu sendo a mais velha ajudei a criar meus irmãos (...) com sete anos , todo serviço da casa era eu que fazia"* (Gardênia).

> *"...infância eu não tive, puxava carroça com a minha mãe (...) com 13 anos já estava trabalhando como doméstica pra ajudar dentro de casa, pra ajudar minha mãe criar os filhos dela* " (Jasmim).

A naturalização da participação de meninas nas atividades domésticas nem sempre permite que essa forma de trabalho seja entendida como tal. Assim:

> De todos os trabalhos que as crianças realizam, o mais comum é o trabalho doméstico para sua família, de acordo com o Relatório das Nações Unidas. Em todo o mundo, a maioria das famílias espera que seus filhos ajudem nas tarefas domésticas, podendo ser benéfico este tipo de trabalho. A partir de um nível razoável de participação

> em pequenas tarefas domésticas, as crianças aprendem uma série de atividades ligadas a sua sobrevivência além de ajudá-la a desenvolver a consciência de sua própria importância dentro de sua família. Entretanto, nem sempre este trabalho ocorre assim. O trabalho para a família pode exigir muito da criança obrigando-a a trabalhar muitas horas e impedindo-a de freqüentar a escola dificultando o exercício pleno de seus direitos. Grande parte deste trabalho, particularmente as tarefas realizadas por meninas dentro de suas próprias casas, é invisível para o pesquisador que procurar medir o fenômeno. Estando excluído da legislação, é muito difícil fiscalizar o trabalho infantil realizado dentro da família. (SABÓIA, 2000, p. 5).

No caso das mulheres entrevistadas, seria possível afirmar que o trabalho realizado ia muito além das pequenas tarefas domésticas, exigindo das meninas a disposição uma mulher adulta.

A precariedade em termos de trabalho é um dos constituintes da vulnerabilidade social. Apenas duas das cinco mulheres entrevistadas têm registro na carteira profissional. Todas as demais ocupam subempregos, como faxineira, artesã, vendedora de sanduíches, pintora de paredes e carroceira, sem recolhimento de INSS, e, portanto, sem qualquer cobertura quanto a doenças e aposentadoria. Essa situação está de acordo com o encontrado no Sistema Nacional de Informações de Gênero (SNIG), iniciativa da Secretaria Especial de Políticas para a Mulher em parceria com o IBGE, no sentido de que as mulheres têm em média rendimentos até 30% menores do que os homens e trabalham em atividades precárias, de baixa qualificação e mal remuneradas (IBGE, 2006).

A dupla jornada, referente ao cuidado com a casa e a família, e a tripla jornada, que inclui a realização de uma outra atividade [mal] remunerada, faz do dia a dia das mulheres entrevistadas uma árdua luta pela sobrevivência.

> *“No momento não estou trabalhando, uma vez ou outra faço uma faxina, faço crochê (...) trabalhei de babá três anos, depois de balconista, mas nunca me registraram, ultima vez trabalhei numa lanchonete”* (Papoula).

> *“A minha única tristeza de trabalhar é que desde 1990 não consegui um trabalho legalizado, aquele com carteira assinada, com meus direitos, que eu tivesse contando com o meu INSS”* (Gardênia).

> *“Como empregada doméstica, ganho um salário mínimo, trabalho de segunda a sábado, entro às oito e tento sair no máximo voando até as cinco da tarde pra poder ta dando tempo de pegar eles na creche (...) costumo pôr o carrinho de lanches* [na rua, em frente da casa] *entre seis e meia, sete horas da noite, aí vou até onze e meia, o mais tardar meia–noite. Antes da meia-noite já é perigoso, depois da meia-noite fica pior ainda”* (Jasmim).

KOWARICK (2007) destaca que, dentre todas as desvantagens da moradia em cortiços, há algumas vantagens, em relação às favelas e ao que ele denomina moradias auto-construídas na distante periferia: a proximidade da oferta de emprego, registrado ou não; a possibilidade de se vender diferentes produtos, como faz Jasmim; a realização de trabalhos domésticos [empregada ou faxineira].

Ainda no que se refere ao trabalho, destaque-se o sonho de Camélia, de se tornar empresária na área de coleta de lixo e seu esforço nesse sentido, que inclui leitura de livros e revistas sobre o tema.

Outro destaque refere-se ao trabalho voluntário de Papoula na sede da Associação dos Cortiços do Centro de Santos.

## 3.2. RELAÇÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA

### 3.2.1. - Violência sexual na infância

Nos relatos das pesquisadas foi identificada violência sexual na infância em três ocasiões e foi possível perceber no momento do depoimento que eram situações extremamente dolorosas e que ainda estavam muito vívidas na lembrança dessas mulheres.

> *"Quando eu tinha 3 anos de idade, tinha um homem que ia na casa da minha vó (...) ele me punha no ombro e me levava pra uma casa de chão vermelho (...) lembro que doía muito, muito, muito, muito, eu chorava e ele pedia pra eu não chorar (...) e eu lembro que nesse dia ele me deu banho, e eu lembro que eu olhava pro chão e tinha muito sangue (...) em cima do meu pé caía água assim, e eu via o sangue saindo de mim e depois eu não me lembro mais. Depois eu fiquei sabendo que meu tio tinha matado ele"* (Camélia).

> *"...sofri com meu tio aquele canalha* [um outro tio] *(...)tinha uma faixa de uns 8 anos (...) meu tio se separou da mulher dele e eu sei que ele fazia o mesmo com meu irmão, eu acho que com meu irmão era mais freqüente, mas meu irmão era muito pequenininho (...) ele molestava (...) ninguém acreditou nem em mim, nem no meu irmão, só depois que eu cresci é que foram acreditar"* (Camélia).

> *"...aos 10 anos fui numa festa com um vizinho dos meus avós, na Praia Grande, tinha amizade com os filhos do vizinho(...) Chegando lá na festa pedi pra andar no carro, leva pra passear de carro, leva, leva, ele estava meio embriagado. Naquela época eu não tinha maldade (...) Aí notei que era só mato e estava escuro, falei pra ele estamos indo pra onde, ele falou assim, estamos indo até ali, ele colocou a mão na minha coxa e falou assim, agora você vai dar pra mim. Ele parou o carro, eu abri o carro e comecei a correr, correr(...) toda suja de lama porque caí numa vala, já tava machucada, aí encontrei um casal que me ajudou (...) chegando em casa contei pra minha família (...) um dos meus tios matou ele"* (Papoula).

Nos relatos, a violência sexual aparece associada a outra – a negligência da família, uma falta de cuidado com as crianças. Ao mesmo tempo, chama a atenção o fato de nos dois depoimentos as famílias das vítimas fazerem justiça com as próprias mãos em vez de acionarem os meios legais para isso. Isso parece apontar para uma desconfiança quanto ao sistema legal ou à falta de acesso a ele, que também pode estar relacionada à situação de vulnerabilidade social das famílias.

Mas também chama a atenção o caso de Camélia, que foi abusada primeiro por um vizinho e posteriormente por um tio (que abusou também do irmão dela) e o fato da família não acreditar nela.

Segundo ARAÚJO (2002) existe um pacto de silêncio:

> No entanto, em muitas famílias podemos observar a reprodução de uma cultura familiar onde a violência e o abuso sexual acontecem e se mantêm protegidos pela lei do silêncio. Esse segredo familiar pode percorrer várias gerações sem ser denunciado. Há um mito em torno dele, não se fala, mas todos sabem ou parecem saber da sua existência, mesmo que ignorem o conteúdo; mas silenciam, num pacto inconsciente com o agressor ou em nome de uma pseudo-harmonia familiar. Nas famílias incestuosas a lei de preservação do segredo familiar prevalece sobre a lei moral e social. É por isso que é tão difícil a denúncia e a sua confirmação. A criança ou adolescente vitimada reluta em denunciar o agressor (pai, padrasto ou irmão, pois corre o risco de ser desacreditada, insultada, punida ou até afastada de casa sob acusação de destruir a harmonia e a unidade familiar (p.8).

O abuso não se esgota, porém no ato realizado em si mesmo, com freqüência deixa marcas para toda a vida, tanto física quanto psicologicamente.

> O abuso sexual deve ser considerado um fator predisponente a sintomas posteriores, como fobias, ansiedade e depressão, bem como o envolvimento de um transtorno dissociativo de identidade conhecido como transtorno de personalidade múltipla com possibilidade de comportamento autodestrutivo e suicida (PFEIFFER, 2005, p.203)

Camélia, depois do estupro que sofreu aos três anos de idade, perdeu parcialmente o controle da micção e até hoje ainda sofre com esse problema, pois tem de usar absorvente ou fralda geriátrica para os momentos em que não consegue reter a urina. Relata ter vergonha e evitar usar banheiros públicos, por achar que as

pessoas vão pensar que ela é “mijona”; conta ainda que fica muito ansiosa e insegura quando precisa falar com estranhos, muitas vezes perdendo oportunidades de trabalho por causa dessa dificuldade.

### 3.2.2. Presença de drogas lícitas e ilícitas

O uso de drogas lícitas ou ilícitas está ou esteve presente na vida das mulheres entrevistadas de diferentes formas. Todas de um jeito ou de outro relataram uso freqüente por pais e/ou mães, companheiros, filhos, elas mesmas.

Das cinco mulheres, três relataram o uso de maconha, cocaína e álcool no passado, principalmente quando estavam com os companheiros que eram usuários. Atualmente, relatam apenas o uso do álcool, mas sem considerarem como um "vício", exceto no caso de Jasmim, que percebe uma dependência, pois mesmo grávida não consegue evitar a bebida alcoólica e o cigarro. Das cinco mulheres, apenas uma não fuma.

Essa situação parece gerar e ser gerada por um círculo vicioso: um ambiente em que a droga está à mão e é utilizada por figuras de autoridade de alguma forma contribui para que adolescentes passem a utilizá-la; ao mesmo tempo, ela também é mais um item que contribui para a vulnerabilidade das famílias de origem ou das famílias atuais, ao ter como conseqüência a negligência e outras formas de violência com relação às crianças:

> *"... aos 17 anos eu já estava descobrindo as coisas boas e ruins, com 16 eu fumei maconha, depois cocaína, bebia (...) com 19 eu já tava com a primeira barriga"* (Jasmim).

> *"...quando eu tive 10 anos meus pais se viciaram na cocaína(...) saiu aquela tal de casquinha que é o crack, se eu precisava de um lápis, de alguma coisa não tinha mais, passaram a vender as coisas de dentro de casa. Se separaram (...) tinha uma conhecida da minha mãe que me levou para morar com ela"* (Papoula).

> *"...minha mãe não fazia nada pela gente(...) minha vó já era idosa (...) quando ela não agüentava ela chamava o conselho tutelar e levava a gente, aí ia pro conselho, aí era pior ainda (...) lá tinha um bando de menina sapatão, aí vinha bater na gente, a gente tinha que se garantir, tinha que arrumar umas manhas de FEBEM e nisso a gente foi pegando a malícia, né, foi crescendo com a cabeça torta"* (Camélia).

Em momentos, as famílias de origem, em especial as mães, também não puderam ou não quiseram cumprir com a responsabilidade pelo cuidado com os filhos, deixando-os aos cuidados “de uma conhecida” ou da avó. Esta, por sua vez, em momentos delegava a guarda para o Conselho Tutelar, a FEBEM (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor). Ou seja, a negligência também parece apontar para adultos ou idosos que não se sentem em condições de assumir a responsabilidade pelas crianças

CALHEIROS (2007), em pesquisa com 102 mães, obteve resultados que indicaram um efeito direto do nível socioeconômico na negligência e de estrutura familiar (separações e conflitos) no mau trato de crianças e adolescentes.

### 3.2.3. Violência por parte do companheiro

Mesmo considerando uma contradição, representada pela ligação afetiva entre os membros do casal, a subordinação da mulher na sociedade brasileira está presente em todos os extratos sociais; portanto, a violência de gênero também se faz presente em todos eles.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, chamada de “Convenção de Belém”, que o Brasil e outros países assinaram em 1994, declara que:

> Violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada (Cap.I, Art. 1º)

O Presidente da República sancionou, em 7 de Agosto de 2006, a lei 11.340/2006, a primeira lei federal dirigida à prevenção e ao combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, conhecida como Lei Maria da Penha (OBSERVE, 2006).

Os direitos da mulher, conquistados legalmente por meio da incansável luta dos movimentos feministas e de direitos humanos, assim como os direitos da criança, do adolescente e do idoso, são ainda cotidianamente desrespeitados, numa expressão de diferentes faces da mesma violência, a da diferença entendida como inferioridade de direitos.

Segundo CUNHA (2001), “Muitas vezes as próprias instituições, como a polícia e a justiça decidem a favor do homem, considerando legítimas as atitudes de ‘castigo’ praticadas contra as mulheres quando estas deixam de obedecer às suas ordens” (p.273).

A possibilidade de se sofrer uma agressão dentro da própria casa é muito maior do que no espaço público. O ambiente doméstico que deveria ser sinônimo de segurança, acolhimento e afeto mostram-se muitas vezes como um espaço onde impera a violência física e psicológica sobre crianças e mulheres. Quando o homem se sente ameaçado reafirma o seu poder por meio da sua força física ou de agressões verbais.

Segundo CUNHA (2001):

> No processo de socialização feminina, costuma-se ensinar que os desconhecidos são pessoas suspeitas que precisam ser mantidas distantes. Entretanto dados colhidos no mundo inteiro têm mostrado que os principais agressores das mulheres são membros da própria família, ou pessoas que pertencem ao seu grupo de convívio, e desfrutam, assim, de uma certa confiança por parte das mulheres (p.272)

Ainda de acordo co o mesmo autor:

> Os homens cometem e sofrem violências no espaço público; o mesmo não acontece no espaço privado, onde, por ser o espaço do seu domínio usam a força física sem o menor constrangimento. No ambiente doméstico a violência masculina é exercida com enorme freqüência sobre as mulheres e crianças de ambos os sexos, mas especialmente sobre as meninas (CUNHA, 2001, p.273)

A violência contra as mulheres entrevistadas não é praticada apenas pelos companheiros atuais, mas também por ex-companheiros. Em uma das visitas, não foi possível entrevistar Camélia pelo fato de ela ter sido espancada pelo ex-companheiro e estar com muitas dores no corpo, principalmente na barriga, e com um dos olhos fechado por hematomas.

Gardênia, por sua vez, relata uma violência psicológica, por meio de ofensas e xingamentos:

> *"... não me agredia fisicamente, mas com palavras, no final não ficou bom em nada, fui perdendo a vontade e a ter nojo de homem".*

Mas a agressão ocorre nas diferentes fases da vida reprodutiva da mulher, até mesmo em momentos considerados de maior vulnerabilidade, como **a gravidez e o puerpério.**

> *"Ganhei a N com 15 anos, foi um horror, apanhei a gravidez inteira, ele não me deixava ir na ginecologista, não me deixava ir na igreja, não deixava conversar com ninguém, fazer nada (...) aí depois do meu resguardo ele me bateu muito, muito (...) ele ficou revoltado porque era menina e não menino"* (Camélia).

> *"Ele traficava e usava, chegava muito louco, tinha aquelas coisas de querer me bater, de me mandar para o hospital até mesmo grávida, denunciei uma vez,*

> *mas não deu em nada(...) aí eu engravidei de novo dentro da cadeia, aí chegou certo dia ele me acordou com uma cerveja na cara (...) e ele me mandou esquentar a comida, e eu falei que não ia esquentar, aí ele deu com a panela na minha cabeça, pegou de raspão, a panela abriu e caiu todo feijão no chão, aí eu levantei e ele me deu um chute no estômago, nesse momento eu vi a morte com aquele chute no estômago, faltou o ar*" (Papoula).

A violência durante a gravidez não é estranha à vida de muitas mulheres. Pesquisa realizada com mulheres em maternidade no Nordeste do Brasil apontou prevalência de 13% de violência física antes da gestação e de 7,4% durante a gestação. Para as autoras, esses resultados "apontam para percentuais [de prevalência] superiores aos encontrados para outras doenças estudadas da gravidez, (...), aproximando-se bastante da freqüência descrita de hipertensão (em torno de 10%), uma das maiores complicações gestacionais em nosso meio". (MENEZES et al, 2003, p. s/n).

Destaque-se também na fala de Camélia a desvalorização pelo pai da recém-nascida de sexo feminino e a culpabilização da mãe pelo sexo da criança (o que, além do grande preconceito contra as mulheres, que pode começar até mesmo no momento do nascimento ou na confirmação do sexo por meio de ultrassonografia, também está relacionado à falta de informação, pois é o homem o detentor de dois cromossomos – XY).

### 3.2.4. Conseqüências da violência

D´OLIVEIRA e SCHRAIBER afirmam que “a violência é um aspecto extremamente perverso destas [as relações de gênero], já que corresponde à anulação da relação entre dois sujeitos e a redução de um dos pólos da relação a simples objeto”. (1999, p. 342)

A redução de um ser humano à condição de objeto só pode ser danosa em todos os sentidos.

DAY et. al (2003) lembram que a violência tem conseqüências sérias e duradouras, podendo refletir-se até mesmo nas futuras gerações. Para eles,

> As conseqüências negativas da agressão atingem a saúde física e emocional das mulheres, o bem-estar de seus filhos e até a conjuntura econômica e social das nações, seja imediatamente ou a longo prazo, conforme e experiência dos autores e a bibliografia já citada. Dentre os quadros orgânicos resultantes, encontram-se lesões, obesidade, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, fumo, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo, morte.
>
> Muitas vezes, as seqüelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos. A experiência do abuso destrói a autoestima da mulher, expondo-a a um risco mais elevado de sofrer de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas. (...)
>
> O impacto de tipos diferentes de abuso e de múltiplos eventos ao longo do tempo parece ser cumulativo. Para algumas mulheres, o peso destas agressões e sua desesperança parecem tão intoleráveis que podem levá-las ao suicídio.
>
> As crianças que presenciam a violência conjugal enfrentam risco mais elevado de apresentarem ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa auto-estima, pesadelos, conduta agressiva e maior probabilidade de sofrerem abusos físicos, sexuais ou emocionais. (DAY et al., 2003, p. 17--18)

Uma das conseqüências da violência presenciada pelas mulheres na infância pode ser a aceitação da violência de seus companheiros, embora em suas falas fossem de alguma forma críticas com relação às suas próprias mães, que aceitavam a violência masculina.

A violência também parece estar relacionada ao suicídio ou à autodestruição por meio do álcool e das drogas (DAY, 2003). Isso parece ser o ocorrido com Papoula,

cuja história de vida revela violência intrafamiliar, violência sexual, violência de gênero. Ela tentou colocar fim à sua vida em duas situações de extremo sofrimento, uma na infância e outra na vida adulta:

> *"... minha mãe não me pediu desculpas, quem me levou para o hospital foi uma tia minha, e na época a ambulância nos trouxe de volta e eu ia me jogar de cima do viaduto (...) eu me joguei, mas só que ela segurou nas minhas calças e depois puxou, aí eu falei eu falei no momento que eu lembro até hoje, que eu odiava minha mãe"* .

> *"... com 19 anos, por causa desse pai dos meus filhos, dele ter me batido, jogava cerveja logo cedo na minha cara (...) naquele momento tomei aqueles vinte Gardenal, pensando em morrer porque eu já não agüentava mais".*

A violência de gênero geralmente traz prejuízos para a saúde da mulher tanto na esfera física quanto na psíquica, tais como dores pélvicas, cefaléias, problemas ginecológicos e gastrintestinais assim como ansiedade, depressão e suicídio (DAY, 2003).

As histórias de Camélia e Papoula apresentam relatos de violência física, psicológica e sexual que provavelmente tiveram conseqüências na saúde sexual. Segundo Camélia, de acordo com um médico que avaliou seu caso, suas dores pélvicas e a falta de controle urinário podem ter relação com a violência sexual que sofreu na infância, e Papoula apresentou um nódulo no seio, que pode estar relacionado às agressões físicas que sofreu por parte do companheiro. Segundo ela:

> *"... quando eu era nova apanhei muito, né, então eu tomei duas pauladas no seio, então o médico disse que alí naquele momento não é problema nenhum, mais pra frente poderia dar, então eu tenho um caroço no seio, no bico do seio"* (Papoula).

Nas histórias transparece também a disposição das mulheres para aceitar as desculpas de seus companheiros.

De acordo com CUNHA (2001), dos vários fatores contribuem para a insistência na manutenção da relação conjugal, a dependência econômica é um dos mais importantes, principalmente quando a mulher não exerce atividade remunerada.

CARVALHO (1998) também aponta para a imposição do homem em continuar residindo no domicílio e, principalmente, pela moralidade e pela segurança que a presença masculina confere à família.

> *"... eu apanhava (...) então quando ele pedia desculpas eu aceitava, chorava e voltava com ele novamente (...) Mesmo assim eu não me separava dele porque me sentia sozinha e achava que ele era o único homem. Eu não trabalhava, não tinha conhecimento de nada, não tinha experiência na vida (...) acabei ficando por causa da dependência que tinha dele"* (Papoula).

A união na adolescência, por imposição materna ou não, também parece contribuir para a aceitação da violência doméstica:

> *"... ele me batia muito, eu era muito menina, né, não sabia me defender, não sabia não, não sabia até que ponto ia meu papel de esposa, até que ponto eu era uma mulher, até onde eu era uma criança (14 anos), até onde eu tinha que me submeter, então ele fazia de mim o que ele achava que tinha que fazer (...) eu não tinha ciência de nada, eu não sabia que eu podia me defender, nem isso eu sabia que podia. Ele me ensinava assim,eu sou, eu falo, você me obedece e acabou, e ali eu ia seguindo, o que ele falava eu achava que era certo. Só depois que eu saí da casa dele é que eu vi(...) até hoje eu penso, por que fazer assim com uma pessoa, né?"* (Camélia).

A subordinação feminina, a gravidez na adolescência, a baixa escolaridade, a falta de capacitação profissional, o desconhecimento dos seus direitos de cidadãs, fragilizam as mulheres de tal forma que não conseguem encontrar outra saída a não ser se submeter aos companheiros.

A **violência sexual** tem sido a forma de violência menos denunciada, seja por medo e vergonha que provoca na vítima, pela dependência financeira ou psicológica do parceiro ou ainda por acreditar que o companheiro possa "melhorar" (UNIFEM, 2001).

De acordo com o Código Penal Brasileiro (Presidência da República Federativa do Brasil, 1984):

> Artigo 213 – Estupro: Constranger à mulher a conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.
>
> Artigo 214 - Atentado Violento ao Pudor: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

A diferença entre o estupro e o atentado ao pudor é que na primeira situação o agressor realiza a penetração vaginal sem consentimento da vítima, seja por meio de violência física ou psicológica.

Segundo CUNHA (2001):

> Resguardados por uma sociedade que preserva valores machistas, os homens praticam, entre as quatro paredes de uma casa, os mais terríveis atos de libidinagem, estupros e humilhação sexual contra mulheres e crianças, que ocupam uma posição subalterna na hierarquia social de gênero (p.273)

A coerção sexual marital era realizada por meio de violência física ou psicológica, mas, como encontrado na literatura, em nenhuma das situações foi feita denúncia dos agressores às autoridades, o que aponta para o fato de que homens e mulheres consideram de alguma forma legítima a situação. Como afirma OLIVEIRA:

> A violência sexual contra as mulheres não decorre do desejo sexual ou amoroso. Ao contrário, é uma demonstração extrema de poder do homem sobre as mulheres, na subjugação do seu corpo, tornado objeto, e da sua autonomia como sujeito. É também uma forma de agressão entre homens, já que a posse sexual do corpo de uma mulher incorpora o significado simbólico de aviltamento e humilhação dos homens com que esta mulher mantém qualquer tipo de relação. Ou, dito de outra forma, de quem esta mulher é "posse". Não é à toa que, historicamente, o estupro das mulheres tem sido usado em guerras como símbolo de conquista e da barbárie que circunda este tipo de situação (Safiotti, 1999). (OLIVEIRA, 2007, p. s/n)

Mais adiante, ela escreve que:

> Embora o estupro seja uma situação limite, é um ato que deve ser entendido como o ponto extremo de um *continuum* de negação da autonomia das mulheres sobre seus corpos. Além das mulheres que chegam aos serviços com queixas de violência sexual, existem várias que são obrigadas a ter relações sexuais sem vontade, mesmo sob coação e mesmo sem proteção com seus parceiros, maridos ou namorados, e que não procuram serviços de saúde por esta razão, entendendo que este é um ônus inerente à sua condição de mulher (OLIVEIRA, 2007, p. s/n).

Para DANTAS-BERGER (2005), ocorre uma invisibilidade e uma banalização da violência sexual nas relações de conjugalidade. Segundo a autora, freqüentemente as mulheres que sofrem violência sexual por parte dos seus parceiros, estupro marital, não denunciam por não considerarem o sexo por obrigação como violência, apesar de muitas vezes apresentarem sentimentos de nojo e repulsa, assim como acontece com as mulheres que foram estupradas por estranhos.

> Uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo ‘consentiu’ num certo padrão de violência contra as mulheres, designando ao homem o papel ‘ativo’ na relação social e sexual entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a sexualidade feminina à passividade e à reprodução. Com o domínio econômico do homem enquanto provedor, a dependência feminina parecia explicar a aceitação de seus ‘deveres conjugais’, que incluíram o ‘serviço sexual’ (DANTAS-BERGER, 2005, p.s/n).

Nos depoimentos das mulheres pesquisadas, a violência sexual nos relacionamentos com os companheiros foi identificada em diferentes gradações, mas se faz presente em todas as histórias.

> *“No primeiro* [relacionamento] *eu tinha relação por ter, pra mim era sem graça, às vezes por obrigação mesmo, de apanhar e ter que fazer, eu não queria, mas ele queria e me batia pra eu ter com ele, era horrível, não via a hora de acabar”* (Papoula).

> *“Na hora sexual pra mim era a coisa mais triste (...) pra mim era uma tortura (...) fugi porque manter relação sexual com uma pessoa que não se gosta foi*

*um horror, doeu muito (...) ele era uma pessoa boa, mas naquela hora não tinha pena, eu brigava pra não ter relação com ele, às vezes ele perdia a paciência e me jogava na cama, me segurava, às vezes até os vizinhos escutavam"* (Gardênia).

*"Ele era um animal, me batia, desde a primeira vez ele me jogou na cama, pegou o que tinha que pegar e ainda disse: Heim, mais ou menos, heim"* (Camélia).

*"Já cheguei a fazer sexo por obrigação, porque eu via que ele estava começando a ficar violento (...) depois eu me sentia muito mal, me sentia usada, era muito ruim"* (Tulipa).

*"... mais ele não entendia que na hora de nos dois sozinhos naquela hora... ele não tinha paciência (...) ele não queria saber, não agüentava ter dialogo com ele, conversar com ele, eu era a mulher dele, eu tinha que ceder"* (Gardênia).

*"Manter relação sexual com uma pessoa que não se gosta foi um horror, da minha parte eu não senti nada (...) pelo que entendia naquela época , a mulher que não chegou ao orgasmo não engravida e eu engravidei sem nunca ter sentido nada, doeu muito"* (Gardênia).

## 3.3. ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

As Conferências Mundiais das Nações Unidas, principalmente a do Cairo em 1994 e a de Beijing em 1995, têm colocado em suas plataformas de ação a necessidade urgente de que os países desenvolvam políticas públicas em relação ao atendimento à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

Por meio da expressiva pressão do movimento de mulheres pela saúde, aliada ao contexto internacional, o Brasil vem lançando políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, como o PAISM, e mais recentemente, em 2005, o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo", que enfoca, principalmente, o planejamento familiar.

A partir do ponto de vista dos diretos sexuais e reprodutivos foram elaboradas, nas entrevistas, questões relacionadas à vida sexual das mulheres, tais como saúde, gravidez, parto, planejamento familiar, sexo seguro e acesso às políticas e aos serviços públicos de saúde.

As questões em relação aos direitos sexuais (DS) e direitos reprodutivos (DR) e dos direitos humanos das mulheres pressupõem o direito de escolher quando, onde e com quem ter relações sexuais, sem sofrer coerção ou qualquer tipo de violência.

Em relação aos serviços utilizados na rede pública de saúde, as mulheres referem muita demora na marcação de consultas, o que desestimula a realização de exames preventivos.

> *"... é essa dificuldade, fui marcar o Papanicolau lá* [Policlínica]*, só daqui seis meses, daqui quatro meses, então pra falar a verdade eu não tenho paciência"* (Papoula).

> *"... faço todos os anos (exames preventivos) pelo Centro de Saúde, pra marcar é demorado"* (Gardênia).

> *"... o maior problema é marcar consulta, por telefone nunca consegui (...) demora porque primeiro a pessoa tem que ir, depois tem que ir, devido ao meu*

*horário de trabalho pra eu ir lá marcar pessoalmente (...) então fica complicado"* (Tulipa).

*"... aí eu fui marcar não tinha vaga, aí marcou pro fim do outro mês, quando chegou o fim do mês eu esqueci, demorou tanto que eu esqueci"* (Camélia).

Camélia, que apresenta dores pélvicas constantes, queixa-se do atendimento médico por não ter recebido tratamento adequado e por não conseguir uma solução para seu problema.

*"...eu tive uma gravidez hemiembrionária* [anembrionária] *(...) eles me deram anestesia e retiraram (...) foi quando foi descoberto essa questão da bexiga (...) que era papiloma vírus (...) até um médico disse que tinha que ter sido feito radioterapia e não foi feita, né. (...) o Doutor do hospital Pérola Byton disse, você tem uma cistite crônica (...) e também disse que essa dor que sinto, essa dor horrível na perna, essa dor horrível na bexiga, que desce pro reto, tudo, que não é cisto não, ele falou que na parte urológica não tinha nada, mandou pra ginecologista (...) falou que não tinha nada (...) só o papiloma vírus, aí o urologista falou que não era da parte dele, a minha ginecologista dizia que não era da parte dela e ficou nesse jogo de empurra e ninguém resolveu nada"* (Camélia).

A questão sobre o papiloma vírus (HPV), levantada por Camélia, será abordada no subitem "Doenças sexualmente transmissíveis".

Em relação à saúde, das cinco mulheres entrevistadas, quatro já fizeram **intervenções cirúrgicas** relacionadas à saúde sexual e duas apresentam mioma, mas ainda sem indicação para cirurgia.

*"... eu tirei um cisto benigno do seio"* (Tulipa).

*"... fiz histerectomia , fiz em novembro de 1995, tive um câncer no colo do útero, tinha mais ou menos 42 anos de idade"* (Gardênia).

*"... já tive um cisto no útero, mas tirei (...) tinha 21 anos(...) foi no Hospital Silvério Fontes"* (Papoula).

Em relação ao **pré-natal**, duas das três mulheres referem não terem feito todas as vezes em que engravidaram. Todos os **partos** foram realizados em hospitais.

> *"... quando dava as dores eu ia para o hospital, o único filho que fiz pré-natal foi o J. aqui" (Gardênia, sete filhos).*

O pré-natal é "um espaço privilegiado para prevenção e controle da hipertensão arterial associada à gravidez, que se caracteriza por ser fator de risco para eclampsia e outra complicações. [...] Caso isso [a cobertura] ocorresse, poderia registrar um impacto significativo na tendência de mortalidade, principalmente por toxemias e, desta forma, evitar milhares de mortes femininas" (SILVA et al., 1999, p. 221). Ou seja, a não realização do pré-natal é um problema de saúde pública, por colocar em risco a vida de mulheres e seus filhos.

De modo geral, a avaliação das pesquisadas referente aos hospitais e ao atendimento ao parto foram positivas, exceto em um caso.

> *"... o primeiro filho eu tive na Santa Casa de Santos, não fui bem recebida, nossa, foi horrível. Na época eu tinha epilepsia né, aí eu fazia força e ele não saía, ele foi a fórceps. A minha pressão abaixou, eu levei quatorze pontos, aí foi aquela coisa empurrada que eu lembro até hoje, ele me empurrou, aí sentia aquele ferro puxando ele. Ele até tem uma bolha na cabeça, eu recebi alta e ele não (...) um tratamento horrível, que não vou esquecer nunca recebeu, quase perdi ele (...) e o terceiro que eles me deixaram na cama de pré-parto sozinha e ele no meio da minha perna com o umbigo, e não fizeram lavagem e saiu aquela sujeira verde, ele se engasgou, tossiu, foi na Santa Casa da Praia Grande"* (Papoula).

### 3.3.1. Planejamento familiar

A título de introdução, destaque-se que, para trabalhadores da área da saúde, planejamento familiar refere-se “à oferta de métodos contraceptivos aliada ao acompanhamento médico com garantia de escolha informada no contexto maior da saúde reprodutiva” (VIEIRA et al., 2002, p. s/n). Quando as mulheres pesquisadas referem-se a planejamento familiar, reduzem-no à esterilização feminina, no caso, laqueadura.

O Ministério da Saúde lançou em 2006 a cartilha “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, que deveria “ser repassada a mulheres e homens adolescentes, jovens e adultos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em consultas e reuniões de grupos educativos” (Ministério da Saúde, 30. outubro. 2006). O material oferece informações sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais e com ações educativas individuais ou em grupo sobre o mesmo tema. Das mulheres pesquisadas, apenas uma se recorda de ter participado, a convite de uma amiga, de uma palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis e gravidez num posto de saúde. Todas as demais relatam desconhecer as ações educativas e as cartilhas citadas e também referem não ter participado dos serviços de planejamento familiar.

OSIS et al. (2006) apresentam resultados de uma pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas a pedido do Ministério da Saúde, com os objetivos de verificar se os kits de métodos anticoncepcionais enviados aos municípios estavam disponíveis nas UBS e identificar possíveis obstáculos a essa disponibilidade. Os autores encontraram que, de modo geral, os kits estavam disponíveis, embora nem sempre na quantidade necessária. Além disso, relatam que os profissionais de saúde nem sempre consideram o planejamento familiar no contexto do atendimento básico à saúde, por falta de capacitação na área. A capacitação na área de planejamento familiar não é específica e sim oferecida no contexto de outras.

LIMA e CERQUEIRA, em pesquisa com estudantes de Medicina de uma universidade paulista, encontraram a presença do que chamaram de “crendices” entre eles, principalmente relacionadas à sexualidade feminina. Elas afirmam:

> Uma das premissas das novas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde é ampliar a visão sobre o sujeito para além das doenças que o acometem. A ausência explícita da sexualidade nestas diretrizes pode significar apenas que ela está subentendida quando se fala em saúde, cidadania ou atenção integral à pessoa. Todavia, pode também estar relacionada à repressão sexual, em suas formas mais subliminares. (2008, p. 54)

Mas, mesmo que relacionada a outras áreas, é interessante observar como tema tão amplo, que envolve a vida humana da concepção ao caixão, não mereça um espaço de destaque.

O uso de **métodos anticoncepcionais hormonais** em algum momento da vida sexual foi referido por três mulheres, mas atualmente apenas uma o utiliza e com o objetivo de tratar um mioma. Em relação às demais entrevistadas, uma fez laqueadura, outra está grávida e as outras não utilizam método nenhum.

> *“... atualmente estou usando a injetável, depois do preventivo descobri que estou com mioma, e agora estou fazendo tratamento (...) o médico recomendou pra diminuir o mioma”* (Tulipa).

Os métodos anticoncepcionais hormonais foram descritos como ineficazes e difíceis de utilizar, inclusive a pílula do dia seguinte, seja pela não compreensão adequada de como devem ser administrados, seja pelo acúmulo de tarefas que as fazem esquecer a medicação ou ainda pelos efeitos colaterais desagradáveis.

> *“... eu usei primeiro a pílula, mas eu comecei a sentir mal, tinha muito enjôo, passava mal, passei para injetável que a ginecologista do centro de saúde passou, aí eu engravidei, aí comecei a tomar a pílula mais fraca por causa do leite e depois de cinco meses engravidei sem querer “ (Tulipa, 3 filhos).*

> *“... eu não sabia tomar pílula, assim de verdade mesmo eu não sabia, até hoje me embanano (...) com 24 anos não tinha como laquear, mas aí agora eu tenho uma idade assim, que é 27, acima disso né, eu posso ta fazendo” (Camélia).*

> *"... antes de engravidar eu não usava nenhum método anticoncepcional (...) a quarta gravidez eu não queria (...) esquecia de tomar o comprimido, aí me indicaram a pílula do dia seguinte, tomei sete horas depois e não funcionou" (Papoula).*

> *"... o segundo filho não foi programado, o quarto também não (...) falhei na injeção dois dias, aí engravidei, fiquei até com depressão, fiquei com vergonha de sair pra rua, fiquei assim, com sete meses de nascido de um engravidei do outro, então eu sentia muitas dores na barriga, nas costas, poxa, eu não queria..."(Papoula).*

Segundo COSTA (1999, p. 175), "Pesquisa realizada entre mulheres de baixa renda no Rio de Janeiro revelou que 23% das usuárias de pílulas utilizavam o método incorretamente – em dias alternados ou somente depois do ato sexual. A maioria delas sabia como tomar o medicamento, mas optou por não seguir as instruções por várias razões, como evitar os efeitos colaterais ou reduzir seu custo".

Uma das entrevistadas não utiliza nenhum método, embora tenha vida sexual ativa. Ela relata:

> *"... só penso quando alguém fala assim, mas tu num usa um método? É mesmo, né, tem que usar, né, nessa hora a gente lembra, mas assim, sei lá, a vida é tão complicada, né, aí tem que lembrar de tomar aquele comprimido, mais aquele* comprimido*, além de tudo aquilo ainda tenho que tomar aquele comprimido, aí ...não uso nenhum remédio (...) gostaria mesmo é de estar me operando" (Camélia).*

O uso de **método de barreira** (no caso, a camisinha, o único método de barreira citado) é referido apenas por uma das entrevistadas, que não utiliza outro método anticoncepcional; as demais aceitam ter relação sexual sem camisinha. Segundo os relatos, os parceiros se recusam a utilizar a camisinha por diversos motivos, dizem que tira a sensibilidade, que aperta e principalmente que não dá tempo de colocar, e elas não apresentam resistência frente à negativa do parceiro, demonstrando desta forma a submissão cultural feminina na esfera sexual. No subitem "DST", este tema será retomado.

No discurso das mulheres, a camisinha não é percebida com o caráter de proteção contra DST; quando citada, é no sentido de evitar a gravidez.

> *"... é uma coisa que eu tenho azar, ninguém usa (camisinha), é muito ruim, fala que aperta, mas eu sei que é mentira, eu sei que tem a pequena ou grande , mas ai continua inventando as desculpas: Ah, eu não uso, não sei o que. Que é que ta querendo? Querendo usar camisinha por que? Tá desconfiando de mim? Tá saindo com outro? Aí é, deixa pra lá"* (Camélia).

Ainda faz parte da cultura masculina não querer utilizar a camisinha e da feminina a ação correspondente: não exigir sua utilização, talvez porque, na nossa cultura, anticoncepção seja um assunto de mulher (MOLINA, 1999).

O desejo pelo **método de esterilização definitiva**, laqueadura, é presente em todas as entrevistadas.

MOLINA (1999) lembra que a esterilização tubária (laqueadura) é um procedimento que data do século XIX. Foi muito usado por razões de eugenia até a derrocada do nazismo, quando foi praticamente abandonada. Para o autor, questões populacionais e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas levaram a um renascimento da técnica na década de 1960. Ela se sedimentou na década de 1970 e chegou à década de 1990 como a forma de contracepção mais utilizada mundialmente.

BERQUÓ, por sua vez, afirma que:

> O recurso à esterilização segue seu curso como se já fizesse parte de um processo natural que leva todos os anos coortes de mulheres na idade reprodutiva a encerrarem definitivamente sua capacidade reprodutiva (...) As dificuldades que ainda enfrentam os serviços públicos de saúde para oferecerem um conjunto de métodos contraceptivos acabam por colocar as mulheres diante de uma perigosa encruzilhada: ou ser esterilizada, ou provocar aborto (ainda clandestino e, portanto, pouco seguro), ou prosseguir com uma gravidez indesejada (1999, 124 - 125).

As mulheres entrevistadas relatam dificuldade e demora de até um ano para conseguir entrar em um programa de planejamento familiar [= laqueadura], além de

algumas vezes não poderem realizá-la devido a não terem atingido a idade permitida por lei para realizar a esterilização.

> *"... tô pra operar* [laqueadura]*, mas nunca consigo, marca daqui um ano, acabo perdendo a consulta, porque acabo esquecendo a data da consulta e não vou, porque demora muito"* (Papoula, 4 filhos).

> *"... só não me operei* [laqueadura] *porque na época não tinha idade, tinha 30 anos . Quando eu estava no sétimo mês de gravidez do terceiro filho eu queria operar, mas só se eu pagasse, e em dois meses eu não ia juntar esse dinheiro, era muito caro e eu não trabalhava"* (Tulipa).

> *"... já vou entrar no planejamento familiar* [laqueadura] *porque se eu deixar, como eu falo, não tenho responsabilidade pra ficar tomando injeção, remédio nada disso (...) preservativo não dá, a desculpa é que não dá tempo e remédio eu esqueço de tomar"* (Jasmim, 5 filhos).

A **gravidez indesejada** foi citada por todas as mulheres, sem exceção. As reações frente a essa situação foram de depressão, tristeza e raiva do parceiro.

A gravidez pode ser desejada por diferentes fatores, como o citado por Gardênia, que, dentre 7 filhos:

> *"... só teve uma gravidez que eu queria sim, que eu queria uma menina".*

Por outro lado, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, demonstrou que aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados (MS, 2004).

COSTA (1999) resume a situação das mulheres quanto à gravidez indesejada:

> A melhoria da contracepção pode auxiliar muito a redução do nível de gravidez indesejada. Porém, muitos fatores sociais, culturais e econômicos conspiram para dificultar a decisão de adotar a contracepção e seu uso efetivo. Especialmente para as mulheres pobres. Os papéis e responsabilidades das mulheres estão mudando: a vida em grandes cidades brasileiras é frequentemente precária, e a estabilidade econômica cada vez mais elusiva em tempos de globalização. Muitos dos constrangimentos sobre a mulher somente poderão ser removidos a partir de uma mudança fundamental da ordem econômica e social ( p. 180).

Outra questão relacionada à gravidez não planejada refere-se à **gravidez na adolescência.**

Tulipa relata que a filha adolescente está grávida de um rapaz da mesma idade, e que vai ter que desistir da bolsa de estudos que ganhou para a faculdade, para poder cuidar do filho.

> *"... a mais velha (filha) que está com dezoito anos, está grávida, não foi uma gravidez programada (...) fiquei muito brava, chorei, a gente ficou sem se falar (...) a desculpa que ela deu foi que a camisinha furou, agora você vai ter que esperar e renunciar muita coisa, vai sentir na pele"* (Tulipa).

Houve um acréscimo de 1,8% de partos na faixa etária de 10 a 14 anos no período de 1996 a 2000, sendo que as adolescentes mais pobres apresentaram fecundidade mais elevada, 128 por 1000 mulheres, enquanto as economicamente mais favorecidas apresentaram 13 por 1000. A rede SUS computou, em 2003, 584.233 partos de nascidos vivos de mães adolescentes (MS, 2004).

O tema não surgiu nas falas das outras entrevistadas. Uma hipótese é que a filha de Tulipa poderia de alguma forma encontrar uma saída para a situação socioeconômica por ter acesso à faculdade. A gravidez então significou uma barreira para essa saída, aos olhos da mãe.

Das cinco mulheres entrevistadas, duas tiveram **aborto** espontâneo e uma teve um aborto induzido.

Segundo resultados do "Relatório Aborto e Saúde Pública – 20 anos de pesquisa no Brasil", aproximadamente 1.054.242 mulheres induziram o aborto em 2005, e cerca de 200 mil foram hospitalizadas no mesmo período. Em relação às adolescentes, a pesquisa apontou para 7% a 9% do total de abortos nessa faixa etária (AGÊNCIA BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com a mesma pesquisa, o aborto induzido é a quarta causa de mortalidade materna, e as complicações em decorrência do aborto são responsáveis por 11% a 13% dos cerca de 1.650 óbitos maternos registrados anualmente no país (AGÊNCIA BRASIL, 2008).

A discussão sobre a descriminalização do aborto e a sua legalização tem sido tema já há bastante tempo debatido pelo movimento de mulheres e interditado por políticos e religiosos. Milhares de mulheres no Brasil morrem ou tem a saúde comprometida devido a abortamento clandestino. Segundo o Ministério da Saúde (15.12.2004), em 2003 foram 236.365 as internações motivadas por curetagem pós-aborto, número apenas superado pelos partos normais.

Apesar de muitas gravidezes não terem sido planejadas e de algumas mulheres apresentarem sentimentos bastante negativos em relação à gestação a ponto de desejarem o aborto, nem todas recorreram a ele. Papoula, a única que induziu o aborto, correu risco de vida e passou por uma experiência muito negativa, o que a levou a não tentar novamente em outra gravidez indesejada.

> *"... me envolvi com um cara e aí engravidei, né, aí com dois meses de gravidez eu fui e comprei aquele remédio, esqueci o nome, é um remédio fortíssimo, na realidade é para o estômago, injeta dois e bebe dois. Aí o que aconteceu, comecei a sangrar, a sair aos pedaços, aí começou a formigar e escurecer tudo parecia que eu ia morrer, fui para o hospital às pressas, fiz raspagem né, fiquei internada dois dias, tomei aquele puxão de orelha (...) o médico perguntava cadê o feto, cadê o feto? Por que você fez isso? Na hora do desespero eu falei toda a verdade, só não falei onde comprei*" (Papoula).

COSTA (1999), ao abordar o uso da prostaglandina misoprostol [o remédio fortíssimo para o estômago descrito por Papoula], que vem sendo usada no Brasil desde o final dos anos 1980, menciona que "estudos hospitalares indicam que complicações por aborto provocado são significativamente menos severas em mulheres que usaram o misoprostol comparadas a usuárias de métodos invasivos" (p. 179-180). A autora prossegue:

> A experiência brasileira com aborto é mais uma lembrança sobre como as mulheres, ao enfrentar uma gravidez indesejada, são levadas ao aborto ilegal, independentemente dos riscos a sua saúde. (...) Diante das barreiras enfrentadas para o controle da fecundidade de maneira efetiva e segura, as mulheres se encontram, frequentemente, presas a um ciclo trágico que repete a gravidez indesejada e o aborto. Paradoxalmente, o desejo intenso demonstrado pelas mulheres brasileiras de regular sua fertilidade

> tem forçado sua exposição aos riscos de uma gravidez ou aborto (p. 180).

As mulheres que mais sofrem são as das classes populares, pois as de classes mais abastadas contam com médicos e clínicas bem aparelhadas para realizarem o aborto de forma segura, mesmo que ilegalmente.

### 3.3.2. Doenças sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis também fazem parte da vida das mulheres entrevistadas:

> *"... no laudo (...) deu que era papiloma vírus"* (Camélia).

> *"... eu tive uma infecção era pano branco, secreção esbranquiçada e coçava muito (...) a médica falou que ele (marido) precisava ir, mas na ignorância dele não foi"* (Tulipa).

O pano branco a que Tulipa se refere pode ser o nome popular de alguma infecção ginecológica. "Pano branco" em geral corresponde a uma micose, pitirisase versicolor.

Para LOWNDES (1999), a mulher é mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair uma DST, devido a uma aliança entre fatores biológicos, psicossociais e assistenciais. Um dos fatores refere-se ao fato de que as DST na mulher são em grande medida assintomáticas, o que faz com que as mulheres deixem de procurar tratamento, o que, por sua vez, faz com que elas corram mais riscos de sofrer conseqüências.

Quanto aos fatores socioculturais e de assistência médica, ela cita que as mulheres, devido à subordinação de gênero, têm menor condições de controlar a exposição às DST, por falta de poder de exigir um comportamento sexual seguro por parte do parceiro. Além disso, sintomas das DST, como corrimento vaginal e dor no baixo ventre, podem ser entendidos como normais à condição feminina. Além disso, há ainda uma associação social entre DST e promiscuidade, que dificulta que as mulheres procurem tratamento. Quanto às questões assistenciais, a autora lembra as longas demoras para se marcar consultas e a não-realização de exames específicos. Ela destaca também a situação em que se encontra o profissional de saúde ao abordar um tema tão delicado e sujeito a diferentes interpretações (LOWNDES,19990.

Em relação à contaminação pelo HIV, a partir da década de 1980 a principal via de transmissão passou a ser por relações heterossexuais. De 1986 a 2004, os casos de

AIDS notificados passaram de 5% para 30% entre as mulheres, e, na distribuição de casos de AIDS, segundo sexo e idade, a maior incidência também foi entre mulheres, 13%, na faixa etária de 20 a 24 anos (MS, 2004).

Tulipa (última fala, acima) levanta uma questão importante na transmissão das doenças sexualmente transmissíveis: a falta ou o abandono do tratamento. Para LOWNDES, o fato de a mulher ser portadora do medicamento ou da informação de que o companheiro deve procurar tratamento deixa-a vulnerável à possibilidade de ser considerada culpada pela infecção, tendo de enfrentar rejeição e vergonha.

Por outro lado, uma das mulheres afirmou que:

> *"... não usei anticoncepcional, não usei preservativo, também não fiquei grávida e não peguei nenhuma doença, já tive vários parceiros, até hoje nunca tive problema"* (Jasmim).

A fala de Jasmim permite que se levantem diferentes hipóteses: resistência de seu organismo; não ter tido parceiros com doenças sexualmente transmissíveis; ser assintomática, embora tenha sido contaminada; não perceber os sintomas.

### 3.4. SEXUALIDADE E PRAZER

Vários são os fatores, de ordem fisiológica, psicológica ou social, que podem contribuir para a etiologia dos problemas sexuais femininos (VERDIER, 2001, p. 269). Na nossa sociedade, em que o sexo ainda é considerado um tabu, a informação e a educação sexual ainda não conseguiram atingir a população de forma expressiva, o sexo continua sendo entendido como privilégio dos homens, e as mulheres de um modo geral apresentam desconhecimento sobre seu próprio corpo e sobre o seu direito ao prazer.

Esse desconhecimento, aliado à violência dos companheiros, podem contribuir para a falta de desejo sexual e a dor na penetração relatadas na pesquisa.

Camélia encontrou um médico que lhe deu algumas explicações:

> *"... o urologista (...) foi ele que explicou que tinha o canal da vagina e pra fazer xixi é a uretra, eu não sabia por onde se fazia xixi"* (Camélia).

Os relatos das entrevistadas em geral demonstram desconhecimento e sentimentos negativos em relação a diferentes aspectos da sexualidade.

A **menarca** foi muitas vezes uma surpresa ou despertou sentimentos negativos e não de alegria pela passagem para um novo estágio na vida feminina:

> *"... ela* [a mãe] *nunca tinha conversado comigo (...) eu estava brincando de amarelinha que lá chama macacão, na hora que agachei para pegar a pedra aí desceu, saí correndo, gritando e todo mundo da rua ficou sabendo. Entrei em casa em um desespero (...) ela disse que eu tinha ficado mocinha."* (Gardênia).

> *"... aí grudou né, eu já tinha pelinho, aí eu fui no banheiro, aí vi aquele corte, comecei a gritar, eu sou virgem, agora sou mocinha, e fiquei suja (...) todas as vezes ela* [a mãe] *ia direto para o banheiro, eu fui atrás, eu to apertada vai logo, quando eu abaixei eu falei, credo mãe o que é isso aqui, ela falou, a minha filha ficou moça (...) eu achei que a menstruação fosse ser virgem (...) eu nem sabia que fura pra perder a virgindade"* (Jasmim).

> *"... quando fiquei foi chato, fiquei com vergonha de sair do banheiro, mas eu já sabia que ia acontecer, chorei muito no banheiro (...) manchou o lençol aí ela viu, aí eu fiquei com vergonha disso"* (Papoula).

A experiência da **primeira relação sexual** apareceu, na maioria dos depoimentos, permeada de tensão e medo.

> *"Minha mãe orientou só sobre menstruação, sobre sexo não, ela queria mais era prender a gente nesse sentido, tem que casar virgem, tem que tomar cuidado que homem é muito safado, tanto que eu casei aos vinte e quatro anos, virgem, minha cabeça era um terror. Na lua de mel ainda fiquei meio travada, minha mãe passava a idéia que doía muito, contava que tinha uma amiga dela que foi parar no hospital (...) vendo que eu estava nervosa ele até comprou um vinho pra me acalmar e acabei capotando, só foi na terceira noite"* (Tulipa).

> *"Na época eu tinha 16 pra 17 anos (...) aí a gente foi, mas a primeira não deu, a segunda não deu, porque ele tinha bebido, usado um negocinho, e eu fiquei apavorada, na hora que ia começar eu travava as pernas, não queria tinha medo (...) de doer né, porque todo mundo falava que era aquele sanguentário todo, mas dói, e era só encostar que dava aquela dorzinha, até que no terceiro dia (...) eu falei agora agente vai (...) e foi de uma vez só, mas não sangrou, nada disso que nem os outro falou"* (Jasmim).

Além do desejo sexual e do interesse amoroso por alguém, o sexo pode ser praticado pelas mulheres por diferentes razões: agradar o parceiro, como foi visto no caso da violência sexual, pois pode haver uma idéia de que o sexo faz parte dos relacionamentos; conquistar afeto ou proteção e outros.

O **prazer sexual** nesse contexto freqüentemente não é alcançado ou é relegado a segundo plano.

> *"É, eu fiz mais achando que, se eu tivesse um filho, eu e ele seria para sempre, e aquela criança ia ser nossa família, aquele castelinho, sabe?"* (Jasmim).

*"...com quatorze anos (...) a primeira relação foi uma curiosidade, aí depois que aconteceu eu não gostei, aí eu não queria mais namorar com ele e fiquei com raiva dele" (Papoula).*

A falta de conhecimento por parte dos homens da anatomia e do funcionamento sexual das mulheres pode levá-los a um padrão de relacionamento sexual fundamentalmente masculino. Isso pode comprometer a resposta sexual feminina e conferir às relações sexuais um caráter de desprazer e obrigação para as mulheres.

Todas as mulheres da pesquisa relataram ter passado por situações de realizar o ato sexual sem vontade e sem prazer devido à **obrigação conjugal**, seja para que o companheiro não se tornasse violento ou, em outros casos, como já foi citado, devido à coerção e ao estupro marital.

*"... era tudo tão ruim, que até mesmo quando eu lia nas revistas, que sempre vem esses assuntos nas revistas, ficava tentando calcular o que será isso?" (Camélia).*

*"... as colegas (...) todo mundo é mais ou menos igual a mim, as meninas tavam falando que também não sabiam direito o que é gozar direito, se sim, se não, eu não sei não, acho que tem que ter alguém pra ensinar, você fica meio perdida (...) orgasmo é difícil, é raro, raro" (Camélia).*

Das cinco mulheres, quatro relataram ter tido prazer sexual somente com o segundo companheiro:

*"Eu fui descobrir o que era prazer no meu segundo casamento, o primeiro eu tinha relação por ter, pra mim era sem graça, ás vezes por obrigação mesmo, de apanhar e ter que fazer (...) não via a hora dele acabar"* (Papoula).

*"Eu vim aprender essa parte toda assim com o segundo marido, ele foi uma lástima na minha vida, mas ele me ensinou essa parte (...) ele tinha mais carinho, ele me beijava, ele conversava comigo, né?"* (Camélia).

Do grupo, a única mulher que apresentava vida sexual ativa, no período das entrevistas, era Jasmim, que mantinha relações sexuais quando visitava o companheiro na prisão. Mas, segundo seu depoimento:

*"...eu gosto dele assim ele perto de mim, não sei viver longe dele, mas assim pra beijo, pra sexo, eu tenho mais ele como um amigo, mas de homem pra cama não cola muito, mas eu não sei viver sem ele, não dá pra entender" (Jasmim).*

Para Jasmim, assim como para as outras quatro mulheres, o companheirismo, o afeto e a cumplicidade são muito mais importantes que a atividade sexual.

*"... agora eu não tenho mais vida sexual, e não to pretendendo ter (...) mais importante que o sexo é uma estabilidade, um companheirismo, porque eu não tenho família, não tenho ninguém, entendeu, então eu queria uma pessoa assim, que pudesse ficar com meus filhos quando eu fosse ao médico (...) que me ajudasse na educação deles (...) eu queria um homem capado" (Camélia).*

Questionadas sobre seus sentimentos em relação aos homens, as mulheres foram unânimes em reconhecer em seus companheiros a força física, mas não a emocional, e em apresentar sentimentos de desvalorização e rejeição em relação à figura masculina.

*"Acredito que nós mulheres somos mais forte que eles, que a única força que eles tem é a física, porque a mental acredito que somos nós. Acredito que as mulheres são bem mais capazes que os homens (...) cheguei a conclusão que a gente vive sem eles, quem não vive sem a gente são eles" (Papoula).*

*"O homem é mais forte só fisicamente, realmente homem é muito fraco emocionalmente. Às vezes você vai discutir uma situação ele se altera para impor a autoridade dele, mas no fundo ele sabe que somos mais fortes (...) no meu casamento eu ficava fazendo de conta que ele mandava (...) eu aceitava opiniões e situações para evitar brigas" (Tulipa).*

*"Coisa que me magoa muito é ver mulher sofrendo na mão de homem, aquele homem que maltrata, aquele homem que bate, aquele homem que trabalha e não dá nada pra mulher dentro de casa (...) Pra sofrer e quando quiser acordar já ser uma mulher batida, acabada , era uma mulher bonita, mas já esta ficando feia, porque o sofrimento acaba com a gente. A gente tem que gostar da gente. 70% dos homens, e se for da classe pobre, é que não dá valor nenhum a*

*mulher, acha que a mulher tem que ser tratada a tapa, com fome e maltratando verbalmente" (Gardênia).*

*"Homem é uma caca, homem só tem força física, porque emocional e estrutural não tem, de jeito nenhum, eu num conheço um, nunca conheci. (...) nossa é ruim hein de homem agüentar metade do que eu agüento, mentira, duvido que aparece um que agüente metade do que eu agüento" (Camélia).*

As mulheres pesquisadas expressam **rejeição à idéia de um novo relacionamento** marital devido às experiências negativas que viveram na vida conjugal, relatam se sentirem livres e bem melhor sozinhas.

*"O que eu vivi foi mesmo uma cadeia e não um casamento, e por isso então agora eu quero curtir minha vida, viver pra mim, com meus filhos"* (Papoula).

*"... hoje eu não sinto vontade de ficar com homem nenhum, que pra mim ficar tem que ter um sentimento (...) assim se aparecer, se eu sentir vontade, eu tenho comigo, uso camisinha e pronto. Ele pro lado dele e eu para o meu, porque hoje eu quero viver para mim, ter minha casa só pra mim e os meus filhos (...) Não quero homem nenhum dentro da minha casa, não quero viver aquilo de novo, aquela dependência, tem que dar satisfação, ou então não é pai das minhas filhas e pode ter aquilo de olhar diferente, não, não quero cortar a privacidade dos meus filhos, é isso aí, me sinto super bem assim e acho que não estou perdendo nada com isso"* (Papoula).

*"... porque marido eu não tenho e nem quero (...) eu quero agora cuidar de mim, não quero homem nenhum na minha vida"* (Gardênia).

Das falas, destaca-se a afirmação de Papoula, de que leva camisinha consigo, para usar "quando tiver vontade", mas há mais de um ano não mantém relações sexuais.

De um modo geral, as mulheres relataram satisfação em **participar da pesquisa**. Para algumas, isso teve uma função de desabafo, para outras, de um espaço para reflexão sobre a própria vida; mas, para todas, de um momento único de poder olhar para si mesmas.

> *"... esta entrevista foi muito satisfatória, porque de certa forma foi um desabafo da minha vida, eu sou uma pessoa que não falo muito da minha vida para as pessoas, sou muito reservada e fechada"* (Tulipa).

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de vulnerabilidade social das mulheres pesquisadas reflete-se nas diferentes esferas de sua vida. Baixa escolaridade, péssimas condições de moradia, chefia da família, trabalho na rede informal e outros.

Mas é também inegável que à precariedade nas condições de vida, que envolvem a desigualdade econômica, somam-se aquelas relacionadas ao gênero.

As maiores vítimas das iniqüidades sociais nos países em desenvolvimento são as mulheres. Apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas em relação à assistência à saúde das mulheres brasileiras, elas ainda "...têm sido expostas a riscos de adoecimento e morte ligados à esfera reprodutiva já ultrapassados em outros países". Portanto são inaceitáveis os índices de mortalidade materna, do câncer de colo uterino e de mama, a violência doméstica e sexual, as elevadas taxas de gravidez na adolescência, o número crescente de mulheres com AIDS, o aborto em condições inseguras. Para que se consiga uma mudança efetiva nesse grave quadro da saúde da mulher são necessários, e com urgência, investimentos e decisão política acompanhados de "... estratégias com vistas à redução tanto das iniqüidades de gênero como as de saúde" (SOARES, 2007, p.3,4).

Um aspecto importante frente a um país de grandes proporções, como o nosso, é a necessidade de se formular estratégias diferenciadas para as distintas regiões, com suas especificidades, buscando atingir as áreas menos desenvolvidas e os bolsões de pobreza rural ou urbana (SOARES, 2007).

Mas isso só pode ser atingido com uma ação integrada entre municípios, estados e governo federal (SOARES, 2007).

Embora as políticas públicas apresentem uma proposta bastante abrangente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, existe ainda um descompasso na questão da implantação desse programas governamentais. Eles só serão efetivos se incorporarem perspectiva educativa, que ultrapasse a informação e a oferta de métodos anticoncepcionais, atingindo igualmente homens e mulheres de forma a dar voz às mulheres.

Está em questão uma profunda mudança de atitudes de homens e mulheres, de forma que a saúde sexual e reprodutiva seja da alçada de ambos.

Um passo importante nesse sentido é ouvir os homens, adultos, por meio de pesquisas a respeito desses temas, em especial sobre paternidade e maternidade.

Outro passo é implantar programas efetivos de educação em todos os sentidos, envolvendo profissionais das mais diferentes áreas do conhecimento.

É fundamental o acesso aos métodos modernos de anticoncepção – mas é preciso também educar-se para utilizá-los de forma adequada. Da mesma forma, a proteção contra as DST, pelo uso do preservativo de látex, a camisinha, só será conseguida com mulheres e homens com plena consciência de seus direitos e deveres.

Mas prevenir-se é muito mais do que evitar doenças. É um reflexo da auto-estima, do cuidado consigo e com o outro (MELO, 2005).

Para isso, é preciso, também, a educação dos profissionais de saúde, para que possam contribuir com seus conhecimentos para o uso eficaz dos progressos de todas as áreas da saúde humana, inclusive a sexual.

E é também a educação dos profissionais de todas as áreas. É poder contar com delegacias da mulher abertas até mesmo nos finais de semana ou com outras delegacias com pessoas preparadas para o atendimento não só à mulher, mas também ao idoso e ao adolescente.

Esta pesquisa trouxe histórias comoventes, histórias de mulheres brasileiras, que ilhadas por condições melhores de vida e de direitos previstos na Constituição Brasileira e nas políticas de saúde, não conseguem exercitar seus direitos nem como mulheres, nem como cidadãs.

São mulheres que sofrem as mais diferentes formas de violência, a institucional, pelos serviços de saúde que não atendem as suas necessidades em relação à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, a violência intrafamiliar, a de gênero, a sexual, e a violência econômica e financeira quando ocupam subempregos e não recebem auxílio dos pais de seus filhos.

Mas são mulheres guerreiras que abdicam de si mesmas, que se empoderam para sobreviver e criar seus filhos, tentando reescrever sua própria história de vida tentando um final feliz, senão para si mesmas pelo menos para os filhos.

Apesar das dificuldades e entraves, do cansaço e da falta de acesso a tantos recursos, como saúde, educação, moradia, lazer, saneamento básico, direitos trabalhistas e outros, ainda assim os sonhos estão presentes nas suas vidas: uma família reunida em torno de uma mesa farta, o bem estar dos filhos, viajar, ter uma empresa, adquirir uma casa própria...

A música “Maria, Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, é um retrato da vida das mulheres pesquisadas, e de muitas outras.

***Maria, Maria***

Composição: Milton Nascimento - Fernando Brant

*Maria,Maria É um dom, uma certa magia*
*Uma força que nos alerta*
*Uma mulher que merece viver e amar*
*Como outra qualquer do planeta*

*Maria,Maria É o som, é a cor, é o suor*
*É a dose mais forte e lenta*
*De uma gente que ri quando deve chorar*
*E não vive, apenas agüenta*

*Mas é preciso ter força*
*É preciso ter raça*
*É preciso ter gana sempre*
*Quem traz no corpo a marca*
*Maria, Maria*
*Mistura a dor e a alegria...*

*Mas é preciso ter manha*
*É preciso ter graça*
*É preciso ter sonho sempre*
*Quem traz na pele essa marca*
*Possui a estranha mania*
*De ter fé na vida...*

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Editora Bregantini; 2004.

AGÊNCIA BRASIL. Luta pelos direitos das mulheres na Constituinte ficou conhecida como lobby do Batom, 2008 a.Disponível em <www.agenciabrasil.gov.br/notícias/2008/03/05>. Acesso em: 3 de Novembro de 2008.

_____Aborto e Saúde Pública – 20 anos de pesquisa no Brasil. UnB e UeRJ. 2008. Disponível em www.agenciabrasil.gov.br/grandesreportagens. Acesso em: 3 de novembro de 2008.

ALMEIDA, C. Saúde nas reformas contemporâneas. In: Costa, A. M.; Merchán-Haman & Tager, D. org. **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as Políticas públicas, p. 61-94, Brasília: ABRASCO/Associacion Latinoamericana de Medicina Social. Universidade de Brasília, 2000.

ANDRADE, W.T.F. Santos: Urbanismo na época do café. 1889-1930. In **Café – Santos & História**. Santos: Editora Leopoldianum/Universidade Católica de Santos, 1995. Disponível em <www.novomilenio>. Acesso em : 10 de Julho de 2008.

ARAÚJO, M. F. **Violência e abuso sexual na família**. Psicologia em Estudo, vol 7, n.2, Maringuá, Jul./Dec. 2002. Disponível em: < www.scielo.com.br >. Acesso em : 28 de setembro de 2008.

BADINTER, E. **Rumo equivocado**: o feminismo e alguns destinos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. P.124-125.

BRASIL. FUNDAÇÂO IBGE – **Perfil das mulheres Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000.** Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em < www.ibge.gov.br >. Acesso em: março de 2008.

_____FUNDAÇÂO IBGE / Economia e sociedade – **Atlas da Economia Paulista – 2000 e 2002,** Quadro 1, p.2. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: novembro de 2008.

_____FUNDAÇÂO IBGE - Comunicação social 17.12.2003, **Estatísticas do Registro Civil 2002**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: outubro de 2008.

_____FUNDAÇÂO IBGE – Comunicação social 13 de Abril de 2004. **Sintese dos Indicadores Sociais (SIS), 2004**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 3 de Setembro de 2007.

_____FUNDAÇÂO IBGE – Comunicação social 12 de abril de 2006. **Síntese dos Indicadores Sociais (SIS), 2005.** Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 Agosto de 2008.

_____ FUNDAÇÂO IBGE **- As mulheres no alvo das políticas públicas brasileiras**. **2006.** Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 5 de outubro de 2008.

_____FUNDAÇÂO IBGE - **Síntese dos Indicadores Sociais (SIS), 2007.** Disponível em< www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 de Agosto de 2008.

_____FUNDAÇÂO IBGE. **Estas mulheres tem muito a dizer**. [s.d]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 de Agosto de 2008.

_____FUNDAÇÂO SEADE – **Espaços e Dimensões da Pobreza nos Municípios do Estado de São Paulo, 2000** a (apresentação) - IPVS, p. 1-4 Disponível em <www.seade.gov>. Acesso em: outubro de 2008.

_____FUNDAÇÂO SEADE – **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS),** Análise-indicadores-população, **2000 b**. Disponível em <www.seade.gov> Acesso em: outubro de 2008.

_____FUNDAÇÂO SEADE. **Secretaria de Economia e Planejamento** – SEP. Perfil regional da Região Metropolitana santista. **2007.** Disponível em: <http://www.planejamento.sp.gov.br>. Acesso em: 10 de outubro de 2008

_____FUNDAÇÂO SEADE. **Perfil Municipal**. **2008**. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil>. Acesso em: 22 de Abril de 2008.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em< www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 de Março de 2008).

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde humaniza atendimento a mulheres em processo de abortamento.** Brasília, 15.12.2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 10 de novembro de 2007.

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde lança Política Nacional que amplia acesso ao planejamento familiar**. Brasília 22/03/2005 a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 10 de Agosto de 2007.

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do Governo.** Série A. Normas e manuais técnicos. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos- Caderno 1.Brasília; 2005 b, p.18-6. Disponível em: http://portal.saude.gov.br. Acesso em: 11 de novembro de 2007.

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais,** Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos- Caderno 2, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 4-5. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 de novembro de 2007.

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Governo anuncia medidas para o planejamento familiar.** Brasília, 28.5.2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em: 12 de novembro de 2008.

_____ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Código Penal (1984). Disponível em <www.presidencia.planalto.gov.br>. Acesso em: 8 de Setembro de 2008.

_____ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Código Civil (2002). Disponível em: www.planalto.gov.br/Ccvil_03/LEIS/2002. Acesso em 15 de outubro de 2008.

BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde coletiva** vol 10 nº 1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

CABRAL, K. M. **Mulher e o código civil de 2002**- A confirmação do princípio da isonomia. Texto elaborado em 2004. p .1 Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina>. Acesso em 10 de março de 2008.

CALHEIROS, M. M. e MONTEIRO, M. B. Relações familiares e práticas maternas de mau trato e de negligência. **Aná. Psicológica** [on line], Abril 2007, vol. 25, nº 2: 195-210. ISSN 0870-8231. Disponível em: < www.scielo.oces.mctes.pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2008.

CARVALHO, L. M. S. S. A mulher trabalhadora na dinâmica da manutenção e da chefia domiciliar. **Estudos Feministas**, UFRJ/JFCS, v.6, n.1, p. 7-33, 1998. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso 29 de outubro de 2008.

CECRIA (Centro de Referência, Estudo e Ações sobre Crianças e Adolescentes). **Fundamentos e políticas contra a exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes**/Relatório de estudos, Brasília, 1997. Disponível em: <www.cecria.org.br>. Acesso em: 12 de janeiro de 2008.

CENTRO DE ESTUDOS DA METRÓPOLE/SP, 2004. Disponível em: <www.centrodametropole.org.br>. Acesso em: 21 de janeiro de 2008).

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER – **Convenção Belém do Pará**. 1994. (Cap. I, artigo1º) Disponível em: <www.pge.sp.gov/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado9.htm>. Acesso em 15 de Outubro de 2008.

CORRÊA, S.; JANNUZI, P.M.; ALVES, J.E.D. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-conceitual e Sistemas de Indicadores. In: **Saúde Sexual e Reprodutiva,** Projeto "Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva" da ABEP e IBGE. Rio de Janeiro; 2003 a, (p.11,2-4, 8-9). Disponível em: <www.scielo.br> Acesso em 15 de dezembro de 2006.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In BERQUÓ, E. (org). **Sexo e Vida:** panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp, 2003 b, (p.19).

COSTA, M. **Sexualidade na adolescência**: dilemas e crescimento. 2ed. Porto Alegre: L & PM, 1986.

COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.p. 179-180, 175.

CUNHA, A.C.R.; WANDERLEY, M.S.; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligação tubária. **Rev. Bras.**

**Ginecol. Obstet**. V.29 n.5, Rio de Janeiro, Maio, 2007. p. 273-274 Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 20 de agosto de 2008.

DANTAS- BERGER, S.M. e GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública** vol. 21, n. 2, Rio de Janeiro Mar/Apr. 2005. Disponível em: <www.scielo.br>, acesso em 20 de agosto de 2008).

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista Psiq.Rio Gde. Sul** [online] 2003, v. 25, (suplemento 1): 9-21, abril 2003. P. 17-18. Disponível em: <www.scielo.br.> Acesso em 03.novembro, 2008.

DIAZ, A. L. L. Revelando o oculto cuidar das pessoas idosas: uma proposta para a promoção da igualdade de gênero. In: Blay, E. A. (Org.). Igualdade de oportunidades para as mulheres. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP, 2002.

D`OLIVEIRA, A.F.P.L. e SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.342.

FAVORETO, A. V. **Como ser sexualmente feliz**. In: Marques C. Mulher: Um guia para os nossos dias. Blumenau: Editora Eko; 2000. p.103.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. de; AMORIM, M. M. R. de. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, 7 (2): 143-150, Abril/Jun. 2007. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 30 de Outubro de 2008.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Caderno de Saúde Pública**, vol.18, suppl. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 30 de Julho de 2008.

GALVÃO, I.; DIAZ, J. (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, Population Council; 1999, p. 175-7.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.10, supl. 1, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso 20 de setembro de 2008.

GONÇALVEZ, R. de C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katálises**, vol.10, n. especial, p.83-92, Florianópolis, 2007. P. 86-87. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 22 de outubro de 2008.

HIGHWATER, J. **Mito e Sexualidade**. São Paulo: Editora Saraiva; 1992, p.16.

KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 6ª edição, 1ª edição em 1974.

KATZMAN, R. **Vulnerabilidad, activos y exclusion social em Argentina y Uruguai.** Santiago do Chile: OIT-Ford. 1999.

KOMINSKY, E. V. e SANTANA, J. N. Crianças e jovens e o trabalho doméstico: a construção social do feminino. **Sociedade e Cultura –** Revista de Ciências Sociais, vol. 9, n. 2, 2006, p.230. Disponível em: < http://redalyc.uaemex.mx>. Acesso em 15 de outubro de 2008.

KOWARICK, L. Áreas centrais de São Paulo; dinamismo econômico, pobreza e políticas. Lua Nova, **Revista de Cultura e Política**, n. 70. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 02 de novembro de 2008.

LANNA, A. L. D. **Uma cidade na transição, Santos: 1870-1913.** Editora HUCITEC-Prefeitura Municipal de Santos. São Paulo,1996, p. 98.

LIMA, M.C.P. e CERQUEIRA, A.T.A.R. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. **Rev. Bras. Ed. Médica** [online]. v. 32. n.1., pp. 49-55. 2008. P. 54. Disponível em: <www.scielo.br> , acesso em: 13 de novembro de 2008.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (org.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, (p.8-11).

LOWENDES, C. M. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

MARTINELLI, M.L. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social.** In: Martinelli, ML. (org.) Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa; vol.1).

MATOS, M. L.; GITANY, R. R. C. A evolução dos direitos da mulher. **Colloquin Humanarum,** v.4, n.1, Jun.2007, p.74-90. Disponível em: <http:// revistas.unoeste.br/revistas>. Acesso em 28 de outubro de 2007.

MELO, A. S. A. F. e SANTANA, J. S. da S. Sexualidade: Concepções, valores e condutas entre os universitários de biologia da UEFS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n.2, p. 149-159, Jul./Dez. 2005. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume 29-n2>. Acesso em Outubro de 2008.

MENEZES, T.C. e col. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 25 n. 5, Rio de Janeiro jun 2003, p. s/n. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 3 de novembro de 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde.

Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

NUSSBAN, M. e SEN, A. **La qualidad de vida**. México: Fondo de cultura econômica e the United Natios University. 1998.

OBSERVE (Observatório Lei Maria da Penha). **Lei Maria da Penha:** lei 11.340/2006. Disponível em: <www.observe.ufba.br>. Acesso em 29 de Outubro de 2008.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Promocion de la salud sexual**: recomendaciones para La accion sexual. Actas de uma reuniôn de consulta. Guatemala, 2000.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v 14, supl.1, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <www.scielo.com.br> Acesso em 10 de julho de 2007.

OSIS, M. J. M. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública,** vol. 22, n. 11, Rio de Janeiro, Nov 2006. Disponível em <www.scielo.com.br> Acesso em 10 de julho de 2007.

PICINI, A. **Cortiços na cidade**: conceito e preconceito na reestruturação urbana de São Paulo. São Paulo: Annalumbe, 1998.

OLIVEIRA, E. M. de. Fórum: Violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública** vol. 23 no. 2 Rio de Janeiro Feb. 2007. Disponível em <www.scielo.com.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2008.

PINTO, N. M. de A. Entre a proximidade e o distanciamento: a sociabilidade entre famílias residentes em cortiços na cidade de São Paulo. **Unimontes Científica.** Montes Claros, v.5, n. 2, jul/dez. 2003. Disponível em: <http://www.unimontes.br>. Acesso em 03 novembro de 2008.

PINTO, R. M. F. (org.) Pesquisa Qualitativa: **Mulheres em situação de vulnerabilidade social residentes na região central da cidade de Santos:** emoções, estratégias de sobrevivência e repercussões na sua saúde e da família. Santos, 2008 a.

_____ Pesquisa Qualitativa: **Cortiços na cidade de Santos**: Avaliação das condições de vida e saúde em micro espaço urbano. Santos, 2008 b.

PITANGUY, J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In GIFFIN, K. e COSTA, S.H**. Questões da saúde reprodutiva**. São Paulo: Hucitec, 1999.

PEIFFER, L.; SALVAGNI, EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio 3, on line, 2005, v.81. n.5, supl. P. 203. Disponível em <www.scielo.com.br>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES JUNIOR, O. M.(organizador). **Aprimorando a saúde sexual:** manual de técnicas de terapia sexual. São Paulo: Summus, 2001.

SABÓIA, A. L. **As meninas empregadas domésticas: uma caracterização socioeconômica**. Organização Internacional do Trabalho/IPEA. Rio de Janeiro,

fevereiro 2000. p.5. Disponível em: <http://-ilo-mirror.cornell/edu>. Acesso em 10 de outubro de 2008**.**

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do Macho.** São Paulo: Editora Moderna; 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. O estatuto teórico da violência de gênero. In: SANTOS, J. V. T. (org.) **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999.

SEMESP (Sindicato das entidades mantenedoras de estabelecimento de ensino superior no Estado de São Paulo**). Convenção Coletiva de Trabalho,** 2008. Disponível em: <www.semesp.org.br/md/legislação/convenção_coletiva>. Acesso em 11 de novembro de 2008.

SILVA, K. S. et al. A mortalidade materna no Brasil no período de 1980 a 1993. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. P.221.

SOARES, V.M.N. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres do Paraná. São Paulo: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V.10 n.3; set. 2007. p. 3-4. Disponível em <www.scielo.com.br>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

SOUZA, K.V.; TYRRELL, M.A.R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto & contexto – Enfermagem** v.16, n.1, Florianópolis, jan./mar. 2007. P. 10-6. Disponível em:<www.scielo.com.br>. Acesso em Julho de 2007.

TANNAHIL, R. **O sexo na história**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S/A; 1983.

TONIETTI, M. A. Sexualidade... ou sexualidades? In: **Boletim informativo CEPCOs** (Centro de estudos e pesquisas em comportamento e sexualidade), São Paulo, ano X, nº. 3, p.1, março. 2004. Editora: Vera Lucia Vaccari.

UNIFEM (Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher). Cartilha sobre Cidadania: **Cidadania também é beleza**, 2001, Brasília. DF. Disponível em: <www.unifem.org.br>. Acesso em: 5 de Novembro de 2008.

VERDIER, V. M. Dispareunia. In: Instituto Paulista de Sexualidade (org.) Aprimorando a saúde sexual. São Paulo: Summus Editorial, 2001.p. 269.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo da mulher. In: GIFFIN, K. e COSTA, S. H. (orgs). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VIEIRA, E. M. et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. vol 36 n. 3 São Paulo June 2002. P. 68. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 04 de novembro de 2008.

**SITES CONSULTADOS:**

BAIXADA SANTISTA. Guia de ruas da Baixada santista. Disponível em: www.baixadasantista.com.br/serviços/guia_baixada. Acesso em 3 de novembro de 2008.

INSTITUTO GEOGRÁFICO E CARTOGRÁFICO. Disponível em: <www.ige.sp.gov.br/mapas_bsantista.htm>. Acesso em 3 de novembro de 2008.

FLICK. Disponível em: < www.flick.com/photos >. Acesso em 15 de setembro de 2008.

NOVO MILENIUM. Disponível em : < http://www.novomilenium.inf.br>.

Acesso em 11 de Junho de 2007.

PORTO DE SANTOS. Companhia Docas do Estado de São Paulo. Disponível em: < www.portodesantos.com >. Acesso em 20 de outubro de 2008.

SEPLAN (Secretaria do Estado do Planejamento e desenvolvimento). Disponível em: www.seplan.go.gov.br. Acesso em 14 de março de 2007.

VIVA SANTOS. Saneamento. Disponível em: < wwwvivasantos.com.br>. Acesso em 20 de outubro de 2008.

WIKIPÉDIA. Disponível em: < http://ptwikipedia.org >. Acesso em 20 de outubro de 2008.

**CONGRESSOS CITADOS:**

(1)- XIII Congresso Mundial de Sexologia. Valência (Espanha); 1997.

(2)- XIV Congresso mundial de sexologia. Hong Kong (China); 1999.

# ANEXOS

## Anexo 1 - TECLE – Termo de conhecimento livre e esclarecido

Eu, _____
fui informado(a) sobre o estudo “Saúde Sexual de Mulheres Chefes de Família em Estado de Vulnerabilidade Social”.
O objetivo deste estudo é conhecer o desenvolvimento da sexualidade da mulher chefe de família em estado de vulnerabilidade social e avaliar o impacto dessas condições na saúde sexual destas mulheres. Trata-se de pesquisa realizada por Aparecida Favorêto Makhoul, aluna do Mestrado em Coletiva da Universidade Católica de Santos. O estudo consta de entrevistas gravadas em áudio, com meu relato sobre minha experiência de vida e o desenvolvimento da minha sexualidade.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistada em entrevista realizada em minha residência ou em local que eu melhor escolher (se eu concordar).

- Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trouxer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.

- O acesso às respostas será reservado à Aparecida Favorêto Makhoul. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.

- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão da vida das mulheres chefes de família e, com isso, contribuir com meus depoimentos para a melhora das políticas públicas direcionadas às mulheres.

- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com Aparecida Favorêto Makhoul na Rua Alexandre Herculano nº108, telefone nº 3273-8580 ou no NEPEC – Núcleo

de Estudos em Educação em Saúde, na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716.

- Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Av. Conselheiro Nébias nº 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.
- Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com a pesquisadora sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade.

Assinatura da entrevistada

Endereço:

_____

R.G.Nº

_____

Data: _____/_____/_____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: _____/_____/_____.