

SEMINÁRIO AS FAMÍLIAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL
TEMA 2: FAMÍLIAS, REPRODUÇÃO E POBREZA

**Participação de homens de grupos populares na contracepção: parâmetro
para políticas de igualdade/equidade na saúde reprodutiva?**

Marion Teodósio de Quadros¹

Recife, agosto de 2005.

¹ Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Família, Gênero e Sexualidade (FAGES) e Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia/UFPE,
Doutora em sociologia/UFPE e Mestre em Antropologia/UFPE.
Endereço eletrônico: marionteodosio@yahoo.com

Neste trabalho, tenho como propósito apresentar uma reflexão sobre a participação masculina na contracepção². A discussão sobre a participação masculina na vida reprodutiva está ligada à promoção de direitos sexuais e reprodutivos, consolidada a partir do Cairo (1994)³. Nesse campo, a contracepção surge como um tema polêmico por envolver desde o planejamento familiar e a livre escolha, às questões sobre políticas governamentais e controle populacional que perpassam os âmbitos individual e social.

A participação masculina na vida reprodutiva passa a ser reivindicada/estimulada diante da idéia de ausência do homem na esfera familiar. Há um leque de indagações que influenciou o questionamento sobre a relação dos homens com a contracepção, a qual é quase sempre referida como ausência de envolvimento na prática contraceptiva ou na decisão do método a ser utilizado e/ou desconhecimento dos métodos disponíveis, de suas características, de sua eficácia e de seus efeitos colaterais.

Esta ausência é entendida como forma de poder, minando a liberdade e autonomia femininas pois, do ponto de vista feminista, as mulheres são sobrecarregadas com os cuidados e as responsabilidades da vida reprodutiva, significando uma modalidade de controle do corpo feminino. A maternidade como livre escolha da mulher é sinônimo da autodeterminação e autocontrole sobre seu corpo e não um destino obrigatório, mas a ingerência masculina no campo da reprodução parece se dar pela sua ausência ou falta de envolvimento no trabalho doméstico, no planejamento familiar e na contracepção. Tais indagações ganham força especialmente quando a mulher de classe média, de modo geral, intensifica o seu envolvimento com o mercado de trabalho, exercendo atividades fora do ambiente doméstico em troca de remuneração, como vem acontecendo desde os anos de 1970, no Brasil.

Na década de 1980, a necessidade de compreender as posições e comportamentos dos homens no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, chamou a atenção dos trabalhadores da área da saúde a partir da discussão e ação sobre as formas de prevenção da Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida (AIDS). O uso da camisinha, que passa a ser focalizado como o principal método de prevenção da AIDS e cuja proteção pode ser estendida à contracepção, torna mais clara a desigualdade de poder entre homens e mulheres, especialmente dentro do casamento. Neste mesmo período, algumas feministas começam a apontar a necessidade da participação dos homens na vida familiar como forma de promoção da igualdade/equidade⁴ entre homens e mulheres.

Na década de 1990, a importância da participação masculina na vida reprodutiva do casal vai sendo valorizada pelos formuladores de políticas públicas voltadas para a

² Aqui, estou trabalhando parte dos dados analisados em minha tese de doutorado (QUADROS, 2004).

³ “*Esforços especiais devem ser feitos no sentido de enfatizar e promover o efetivo envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável e o comportamento sexual e reprodutivo, incluindo-se aí o uso da anticoncepção em especial quando se trata da prevenção de gestações não desejadas ou de alto risco. O envolvimento masculino também deve ser estimulado em situações associadas à saúde materno-infantil e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV-AIDS; no que se refere a compartilhar o controle e a contribuição para a renda familiar, educação, saúde e nutrição das crianças; e também no reconhecimento e valorização das crianças de ambos os sexos. As responsabilidades masculinas na vida familiar devem, ser incluídas nos conteúdos da educação infantil desde muito cedo. No contexto destes esforços a prevenção de violência contra mulheres e crianças requer uma atenção especial*” (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Programa de Ação, § 4.27. Grifos meus).

⁴ “*Igualdade entre os gêneros é um princípio dos direitos humanos e uma meta do desenvolvimento. A igualdade entre os gêneros requer o reequilíbrio de poder entre mulheres e homens em termos de recursos econômicos, direitos legais, participação política e relações pessoais. A equidade de gênero requer o pleno reconhecimento das necessidades específicas das mulheres, quer sejam resultantes de padrões históricos de desequilíbrio entre os gêneros quer sejam decorrentes de diferenças biológicas ou desigualdades sociais. Para atingir-se uma justiça nas relações entre os gêneros é preciso combinar os princípios da igualdade e a equidade como fundamento das políticas públicas e ações sociais*” (Health, Empowerment, Rights & Accountability (HERA), Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para a ação. s/d.).

reprodução⁵, uma vez que aparece largamente associada ao uso efetivo de algum método contraceptivo e à satisfação com o método escolhido (DUARTE, et ali., 2003).

O argumento principal que se coloca para o desenho de políticas da saúde reprodutiva é que os homens têm percepções diferentes quanto ao corpo e às questões de saúde, inclusive no campo da vida sexual e reprodutiva. Para perceber melhor como a participação masculina aparece ligada ao desenho das políticas públicas de saúde reprodutiva atuais, fiz uma breve retrospectiva desse problema da participação ou ausência masculina na contracepção a partir dos programas de planejamento familiar. Em seguida, há uma análise da posição dos homens em relação à contracepção em um bairro da periferia recifense, que permitirá delinear questões relacionadas às relações de gênero mais ou menos igualitárias, para aprofundar a discussão sobre participação, ausência e controle masculinos da contracepção. Tais análises tiveram como base gênero como categoria analítica (J. SCOTT, 1993) num diálogo com a teoria da prática (BOURDIEU, 1983) e os micropoderes (FOUCALT, 1985).

Para realizar este percurso, o texto está dividido em quatro partes: a primeira parte aborda a questão da ausência e da participação masculina como indicadores das políticas de planejamento familiar; a segunda, analisa práticas e idéias de homens populares recifenses acerca das formas de evitar filhos; a terceira, evidencia que a participação masculina na contracepção não é um bom indicador para políticas de igualdade/equidade de gênero à luz da análise realizada na parte anterior. A quarta e última parte destaca, como considerações finais, as principais conclusões, implicações e sugestões deste trabalho.

1. (Des)construindo a ausência masculina no planejamento familiar.

A revista **Network en español** inicia uma reportagem cujo título é “Responsabilidade em relação à saúde reprodutiva”, afirmando que

“antes da revolução sexual iniciada pela pílula, os homens participavam mais do planejamento familiar e de outras questões da saúde reprodutiva, do que hoje em dia. Se um casal desejava usar a contracepção, suas opções se limitavam aos métodos que requeriam a participação do homem: coito interrompido, abstinência periódica e condons” (NDONG; FINGER, 1998:4. Tradução minha).

O desenvolvimento de novas tecnologias intensificou o desenvolvimento de idéias sobre contracepção. Mudanças nos valores e inovações técnicas aparecem vinculadas aos programas de planejamento familiar, às instâncias médicas e aos movimentos feministas (VIEIRA, 2003). Paralelamente, a partir de 1968, a reprodução humana começou a se tornar objeto de preocupação no campo dos direitos humanos, na Conferência Internacional dos Direitos Humanos (Teerã). As conferências internacionais constituíram-se como espaço privilegiado para a interlocução entre movimentos feministas, governos de diversas nações e organizações internacionais.

Desde então, a participação masculina na contracepção veio a ser um assunto de interesse de organizações controlistas por conta da maior eficácia que produz na utilização

⁵ Os formuladores de políticas públicas voltadas para a reprodução, tanto no nível nacional quanto internacional, são importantes para a discussão da participação masculina na contracepção. Entre eles se destacam: as agências de cooperação internacional do Sistema ONU (Sistema de organizações da Organização das Nações Unidas, como a Federação Internacional de Planejamento Familiar, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e a *Family Health Internacional*), a organização e mobilização internacional feminista, os grupos de homens que se formaram buscando repensar suas relações afetivas e sexuais, diante das mudanças que as mulheres têm provocado e organizações não-governamentais (ONGs) que trabalham com homens, dentro de uma perspectiva feminista.

efetiva dos métodos contraceptivos. Para as organizações feministas, isso significa um passo a mais nas estratégias que buscam efetivar a idéia de que as mulheres deveriam ter controle de seu corpo, sua sexualidade e vida reprodutiva (VIEIRA, 2003; SCAVONE, 1998). Entretanto, nem a contracepção, nem a participação masculina na contracepção, nem seus vínculos a desigualdades sociais e de gênero são acontecimentos inéditos na história humana, levando a crer que estamos diante de novas escolhas contraceptivas e antigos conflitos (SCAVONE, 1998).

A contracepção, entendida de maneira ampliada como o conjunto de idéias e práticas adotadas para o controle da fecundidade, tomou formas diferentes nas diversas sociedades ou em grupos específicos dentro delas, por determinados períodos de tempo, nos quais havia um propósito de limitar a descendência (McLAREN, 1990).

Na Grécia antiga, por exemplo, os métodos mais praticados para o controle da fecundidade eram abstinência, coito interrompido, aumento do período de amamentação e aborto. Também havia uso feminino de ervas em chás ou preparados. “*A participação masculina estava relacionada à abstinência e coito interrompido, mas o interesse masculino em praticá-los estava mais relacionado à herança e preservação de propriedade enquanto que o feminino estava mais relacionado à preservação da saúde*” (McLAREN, 1990: 35. Tradução minha). A mulher casada assumia a responsabilidade pelos nascimentos e as tentativas de exercer algum controle sobre seus corpos eram vistas como ameaçadoras, posto que os homens tinham maior poder na decisão do destino da criança.

Na Europa do início da idade moderna, o uso do condom teve pouca importância para o declínio da fertilidade, pois era associado principalmente à proteção contra doenças venéreas, mesmo assim, o seu uso aumentou, embora de forma modesta, o poder do homem sobre a procriação. Paralelamente, o poder de controle da mulher sobre o seu próprio corpo achou-se diminuído. Neste período houve a secularização da discussão sobre a fertilidade e o Estado passou a exercer controle sobre a maternidade por meio da criminalização do infanticídio e do aborto; obstetras homens começaram a substituir as parteiras e se iniciou a comercialização da contracepção com produtores de condom. As reformas católica e protestante, ao acentuar a separação entre as esferas pública e privada, reservando para as mulheres o espaço doméstico, também contribuíram para diminuição do poder de controle feminino sobre o seu próprio corpo (McLAREN, 1990: 156 - 158).

Em 1910, nos EUA, Emma Goldmann defendeu publicamente o controle da natalidade como libertação feminina e não como necessidade econômica, como propunham os neomalthusianos. Ela não conseguiu criar um movimento de massas, mas influenciou decisivamente as idéias e ações de Margareth Sanger (1879 – 1966)⁶.

⁶ Emma Goldmann era uma socialista que vivia nos EUA, conviveu com John Reed e outras personagens da época e fazia uma crítica radical à moralidade burguesa, sendo uma das defensoras do amor livre (era contra o casamento). Era pacifista e participou da organização dos sindicatos dos trabalhadores nos EUA. Margareth Sanger era uma dona de casa de Nova York cujo pai era socialista e feminista, e o marido era ativista do partido socialista.

Sanger, nos EUA, e Marie Stopes (1880 –1958)⁷, na Inglaterra, criaram as primeiras clínicas de planejamento familiar em 1916 e 1921, respectivamente. Embora desenvolvessem seus trabalhos isoladamente, as duas, Stopes e Sanger, tinham preocupações comuns: viam as altas taxas de mortalidade materna e infantil como problemas e as associavam à presença de famílias numerosas, propondo como solução o controle da natalidade, tendo como base ideológica o radicalismo político (socialismo) e a liberdade sexual, entendidas como instâncias diferentes de um mesmo propósito, a busca do exercício da igualdade nos âmbitos social e sexual. A liberdade sexual seria promovida pela contracepção e faria com que as mulheres tivessem autonomia para a ação no mundo público.

Apesar de estarem desvinculadas de idéias neo-malthusinas, exploravam idéias eugênicas, tendo como um dos objetivos a melhoria racial e de classe. Stopes tinha como propósito aumentar a fertilidade dos ricos e diminuir a dos pobres. As ações de controle visavam popularizar métodos que já vinham sendo utilizados pelas classes alta e média, grupos sociais que, naquela época, tinham reduzido sua família (McLAREN, 1990; RUHL, 2002; VIEIRA, 2003).

Elas medicalizaram a contracepção tendo como um dos objetivos o suporte legitimador dos médicos, estes, por sua vez, tentaram evitar a questão da contracepção medicalizando o nascimento. Posteriormente, Sanger teve um papel importante na invenção da pílula hormonal e o seu aparecimento foi responsável pela adesão dos médicos ao controle da natalidade. Eles convenceram-se que se tratava de um suporte real que a medicina era capaz de oferecer, um produto da pesquisa científica que poderia ser prescrito como forma de prevenção (McLAREN, 1990: 231, 240-241; RUHL, 2002).

As mulheres das classes trabalhadoras eram o público alvo das clínicas de planejamento familiar as quais começaram a se espalhar pelos EUA e Europa. Segundo McLaren, Stopes considerava

“a mulher trabalhadora tinha que ser convencida a fazer o controle da natalidade porque este conhecimento era essencial para o seu próprio bem estar privado e o cumprimento de seus deveres de cidadã. Sanger concordava com a idéia de que o controle da natalidade é essencialmente uma educação para as mulheres” (apud McLAREN, 1990: 219. Tradução minha).

A família era cada vez mais romantizada, seu modelo era o casal jovem, alegre, fisicamente bem condicionado e com, no máximo, três filhos. O ato sexual, nessa visão romântica, é considerado uma troca mútua, a mulher casada tem direito ao prazer sexual tanto quanto seu marido:

“O direito da mulher ao prazer, defendido pelas feministas Emma Goldman e Ellen Key, passou a ser um dever, sua dificuldade de atingir o orgasmo comprometia a estabilidade familiar e social”, pois um Estado

⁷ Nascida na classe média alta, foi a primeira mulher a ser doutora em Paleobotânica. Se interessou pela fisiologia da reprodução por conta de um acontecimento particular, seu marido canadense era impotente e seu casamento não foi consumado, sendo anulado posteriormente. Seu livro *Married Love* tinha como principal argumento que a mulher tem tanto direito ao prazer sexual quanto seu esposo. Recebeu muitas cartas de suas leitoras alegando que a falta de habilidade para limitar a fertilidade era fonte de muitos desentendimentos conjugais. Como resposta, escreveu *Wise Parenthood* (1918), abordando diretamente a questão do controle da natalidade. Como os métodos não eram acessíveis para a classe trabalhadora e os doutores, químicos e serviços de saúde locais não achavam que tinham dever de providenciar inventos baratos para a classe trabalhadora, fundou a primeira clínica de mães em Londres (1921) para tornar acessíveis várias formas de controle da fecundidade para as mães pobres. Sua intenção era servir de modelo e mostrar aos serviços públicos que eles deveriam se responsabilizar por aquele trabalho (Angus McLAREN, 1990: 217 – 218. Resumo com tradução minha).

forte era feito de casamentos felizes (McLAREN, 1990: 223. Tradução minha).

O homem centrado no trabalho, que vivia entre a fábrica ou mina, os bares e o futebol, iria dar lugar ao homem cujo trabalho é mais disciplinado e sedentário, sendo a família cada vez mais destinada para seu preenchimento emocional. O casal tenderia a uma relação comunicativa e negociada e uma de suas principais preocupações seria a saúde da mãe. Práticas que envolviam a participação masculina como o coito interrompido, a abstinência e condom, nesse modelo, eram desaconselhadas como métodos contraceptivos, pois teriam efeitos colaterais psíquicos e fisiológicos. Conforme McLaren (1990), o condom tinha seu uso associado à prevenção de doenças venéreas. Já o coito interrompido, para Sanger, era inadequado ao “*preenchimento satisfatório do ato de comunicação física e produzia uma reação nervosa fatal ao bem estar do casal*”. Ela evidencia que

*“o condom e o coito interrompido exigem uma sobrecarga de **responsabilidade** masculina que raramente é assumida pelo marido, portanto a mulher necessita de métodos de auto-proteção que ela possa utilizar sozinha”*, (McLAREN, 1990: 226, tradução e grifo meus).

O termo **responsabilidade** aparece ligado a justificativas para a **ausência** masculina, associando o homem à capacidade de ter uma relação sexual de qualidade, qualidade esta que fica comprometida quando se utilizam métodos contraceptivos masculinos que são realizados durante o ato sexual. A associação entre homem e sexo, mulher e reprodução atuam nas justificativas de Sanger. O homem nervoso pela ausência de sexo ou a mulher nervosa pela sobrecarga de atividades com os filhos, portanto, têm um amplo terreno de legitimação a partir destas justificativas.

Após a II Guerra, o *baby boom* foi bem visto nos países ocidentais do norte, embora o planejamento familiar não deixasse de ter importância. A tolerância com as políticas de controle da natalidade esteve associada ao desejo de não compartilhar a hostilidade nazista⁸ em relação à contracepção. Entretanto, o crescimento da natalidade associado à queda da mortalidade ocorridos nos países do terceiro mundo, no mesmo período, foi encarado como uma ameaça. A Ásia, a África e a América do Sul passaram a ser alvo de políticas de controle da natalidade, temendo-se que o crescimento populacional aumentasse o empobrecimento, tornando estes países vulneráveis ao comunismo.

Na realidade, o padrão da política que começou a ser empregado nos países do terceiro mundo começou a ficar muito parecido com o nazista, na sua dimensão eugênica de controle dos pobres e deficientes. Os neo-malthusianos iniciaram a alardear a existência de um problema populacional.

O surgimento dos métodos contraceptivos modernos, nos anos 1960, como a pílula anticoncepcional e o dispositivo intra-uterino (DIU), “*significaram aumento no grau de controle disponível e na proporção da população de mulheres que os utilizava*” (McLAREN, 1990: 205. Tradução minha), trazendo conseqüências para o modo com que regulavam o espaçamento entre as gestações e o limite da prole. As políticas de planejamento familiar, inspiradas por Stopes e Sanger, exploravam o sentimento familiar e não a noção de direitos individuais da mulher como seu fundamento. Os argumentos eram construídos para aumentar o bem estar da mulher casada. As solteiras, lésbicas, as práticas masturbatórias e o aborto eram assuntos intocáveis ou condenados (COSTA, 1979; SCAVONE, 1998; VIEIRA, 2003).

O controle da natalidade estava relacionado ao reforço da maternidade, principalmente aquela vivida dentro do casamento. Pretendia-se que as mães pudessem ter menos filhos para

⁸ Os nazistas ridicularizavam os direitos das mulheres e defendiam a família, tinham uma política pró-natalista e justificaram a grande quantidade de esterilização dos ‘anormais’ com teorias eugênicas (McLAREN, 1990:238).

cuidar mais dos filhos que tinham e, com isso, preservar a sua saúde e a das crianças, diminuindo as altas taxas de mortalidade materna e infantil. “A contracepção estava sendo empregada para aperfeiçoar a maternidade” (McLAREN, 1990: 205. Tradução minha).

Mas essa não era a direção na qual o movimento feminista continuou insistindo. Na verdade, houve uma apropriação de lutas dessas feministas a partir das próprias brechas que as ações e os discursos de Stopes e Sanger deixavam para o desenho das políticas de planejamento familiar. Por trás dessa direção, havia a luta de movimentos feministas dos anos 1960 e 1970, pelos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, que acreditavam numa relação automática entre contracepção e liberdade das mulheres para agirem no mundo público. O lema “*nosso corpo nos pertence*”, desenvolvido nos anos 70, estava fortemente vinculado à bandeira da liberdade sexual na qual a contracepção era um instrumento fundamental para a ocupação feminina do espaço público, considerada uma estratégia que levaria à promoção da igualdade de gênero (ARILHA, s/d; VIEIRA, 2003; CORRÊA E ÁVILA, 2003).

No Brasil, a contracepção moderna foi disseminada dentro da perspectiva controlista, no quadro do plano de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI), por conta das exigências para a redução do crescimento demográfico, feitas por países credores (SCAVONE, 1998). A taxa de fecundidade, que era de 4,5 filhos por mulher (em 1980), passou a ser de 2,5 filhos por mulher (em 1991), empregando-se para tanto em larga escala a esterilização feminina (ARILHA, s/d). Tal fato foi acompanhado de uma reação feminista que, nos anos 1980, levou à formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo a contracepção como um dos itens que constariam do atendimento, sendo implementado em 1983 pelo Ministério da Saúde do governo brasileiro.

Entretanto, o PAISM não conseguiu reverter as tendências de utilização da esterilização feminina, pois sua execução foi parcial e houve problemas de articulação entre os serviços de saúde que ofereciam ações de planejamento familiar no nível municipal e as ações de saúde reprodutiva do PAISM (ARILHA, s/d). Nessa mesma década, algumas reflexões feministas⁹ começaram a afirmar a necessidade da participação dos homens para a continuidade das suas conquistas. A ausência masculina ou sua posição de coadjuvante na contracepção se dá sem prejuízo do seu maior poder de negociação e decisão sobre forma e ritmo das relações sexuais (ARILHA, s/d).

Na década de 1990, a pílula e a esterilização feminina continuam sendo os métodos mais empregados e as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela contracepção. A medicalização que acompanhou a aplicação de métodos modernos, tem focalizado as opções contraceptivas apenas pela questão da eficácia e a mulher continua sendo o foco da chamada “intervenção branca” (FERNANDES, 2000).

Como observou Arilha (s/d:7- 9), essa maior responsabilidade e possibilidade de usar métodos contraceptivos não significaram necessariamente uma ampliação das oportunidades para as mulheres ou “*desejo de inserção no mundo público enquanto expressão de autonomia*”. A maioria delas está preocupada em ter menos filhos, preservar sua saúde e poder cuidar melhor dos filhos que possui, posicionamento concordante ao que foi promovido pelos programas de planejamento familiar, de acordo com McLaren (1990).

Por outro lado, o uso de condom e a realização de vasectomia aumentaram 2,5 a 3 vezes em relação aos anos 1980. Comparando os dados da Pesquisa Nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar (1986) e da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (1996), verificou-se que o uso da camisinha passou de 1,7%, em 1986, para 4,4%, em

⁹ Rosiska Darcy de Oliveira. ‘As pedras no bolso do feminismo’, *Novos Estudos Cebrap*, n. 3, v. 2, nov. 1983. Maria Lígia Quartim de Moraes. ‘Família e feminismo: o encontro homem/mulher como perspectiva’, *GT Família e Sociedade*, Trabalho apresentado na VII Reunião Anual da ANPOCS, 1983. Ruth Cardoso. ‘A adesão dos homens ao feminismo’ Trabalho apresentado na VII Reunião anual da Anpocs, 1983.

1996. A realização de vasectomia passou 0,8% dos métodos empregados, em 1986, para 2,6%, em 1996. Esta última pesquisa (PNDS, 1996) também indicou que os homens em união respondiam por 19% dos métodos em uso, considerando o uso de preservativo, realização de vasectomia ou coito interrompido e tabela, em conjunto com a parceira. Esse conjunto de indicadores sugere uma mudança de conduta dos homens quanto á responsabilidade reprodutiva (DUARTE et all, 2003). Essa maior participação representaria mudança nas relações de gênero?

A análise da posição dos homens em relação à contracepção, em duas comunidades de um bairro da periferia do Recife, pode dar pistas quanto às questões relacionadas às relações de gênero mais e menos igualitárias, para uma maior compreensão da participação masculina.

2. Contracepção nas práticas, idéias e valores de homens populares.

Entrevistei 24 homens, com idade de 18 a 35 anos e diversidade nos tipos de parcerias fixas e/ou eventuais, de duas comunidades populares da periferia recifense¹⁰. A análise das entrevistas ressaltou a variedade de comportamentos existentes entre os homens pesquisados, por meio das práticas relacionadas à preocupação e atuação nas maneiras que encontram para evitar filhos, no decorrer de suas trajetórias.

Essa variedade de comportamentos, entretanto, não é constituída por fronteiras rígidas. As diferenças entre as trajetórias contraceptivas, especialmente quanto às idéias e valores dos entrevistados, são discretas. Na verdade, elas se parecem muito em alguns aspectos: os entrevistados possuem projeto de formar a família de procriação a partir de um momento idealmente determinado pela estrutura financeira e de moradia, na qual eles são provedores principais¹¹; buscam alargar suas experiências de prazer sexual, vivendo-as como um aprendizado que lhes dá experiência de vida¹², usada como autoridade nas relações mais estáveis com a esposa ou namorada, geralmente uma moça pouco experiente nos prazeres do sexo e prendada em relação aos afazeres domésticos.

É importante mencionar a distinção que realizei entre presença e participação masculina relacionada à contracepção. Utilizei o termo **presença** para realçar a amplitude das práticas masculinas relacionadas à contracepção na análise de trajetórias sexuais e reprodutivas. O termo **participação** foi utilizado para referir-se especificamente à prática do método contraceptivo ou às decisões sobre o uso do método. A participação é uma das formas de presença. O termo **responsabilidade** muito usado nas políticas de planejamento familiar, conforme discuti acima, aparece ora correlato à ausência masculina e ora à participação, será utilizado adiante a partir dos significados atribuídos pelos próprios homens, tendo em vista que as nuances do termo vão além dessa oposição. A utilização da palavra **cuidado** seguiu um princípio parecido. Mesmo considerando que os homens parecem cuidar menos da saúde e de seu corpo (o que pode significar que eles não querem estar sob controle), acredito que eles utilizam formas de regulação próprias que também podem ser consideradas como cuidados com a contracepção.

Na definição destes termos, tive como norte tanto a literatura sobre saúde reprodutiva, principalmente aquela relacionada a grupos populares, quanto à perspectiva de gênero como categoria analítica (J. SCOTT, 1993) num diálogo com a teoria social (especialmente BOURDIEU e FOUCAULT). Joan Scott (1993), abre caminho para o entendimento do gênero

¹⁰ Também foram aplicados 141 questionários cujos dados serão utilizados apenas como apoio.

¹¹ Apenas Ciro e Cadu são co-provedores. Arom, embora seja provedor, questiona esta atribuição após ter exercido esse papel no casamento e tendo ficado com os filhos após a separação, assumindo integralmente o seu provimento. Ele só quer casar novamente se a companheira for co-provedora.

¹² Bruno com a sua timidez e medo de contrair DST/AIDS e Chico com as orientações de sua religião, fogem a essa regra.

como processo e prática, como presentes na identidade e organizadores de estruturas, presente nas relações face a face, na família, na sexualidade, na economia e no poder do Estado, permitindo uma abordagem da relação entre os homens e a contracepção que possibilite a incorporação da ampla gama de questões de liberdade, autonomia, escolha, controle e poder, perpassando os âmbitos individual e social: planejamento familiar, informação sobre os métodos disponíveis, seus custos e benefícios, direito à livre escolha, políticas governamentais e controle populacional.

A minha proposta parte da crítica feminista que se apóia na análise construtivista como forma de abordagem de relações de gênero, sexualidade e reprodução, estabelecendo um diálogo com a teoria social num projeto de construção do conhecimento que não é relativista ao ponto de desacreditar na possibilidade de um conhecimento sistemático. Nesse sentido, a teoria da prática (BOURDIEU) tem sido utilizada como fonte de teorizações dentro dos estudos de gênero, tanto por estudiosos do campo das masculinidades (ALMEIDA, 1996; CONNELL, 1997) quanto nas discussões e pesquisas de acadêmicas feministas (FONSECA, 1999; PISCITELLI, 1998).

É possível entender o gênero e sua articulação com a classe, como processos e práticas a partir da perspectiva da teoria da prática de Bourdieu, enfatizando o conteúdo de incorporação e experiência do agente a partir da construção social, bem como com a noção de campo como um sistema de desigualdades e dominação, a partir da tentativa de superação de dualismos como base e superestrutura e, seguindo Almeida (1996:43), da abordagem das práticas de pessoas reais fazendo coisas reais.

J. Scott (1993) destaca, ainda, ao adotar a perspectiva relacional, que qualquer informação sobre mulheres é também informação sobre homens, ao que complemento, qualquer informação sobre homens é também informação sobre mulheres. Embora esteja escrevendo sobre como os homens pensam e praticam a contracepção, não se deve perder de vista que isto também nos diz muito sobre as mulheres. Essa perspectiva plural, na qual há um deslocamento da oposição binária entre os sexos e da fixidez da estrutura para um conhecimento específico, situado temporal e espacialmente, é possível pela adoção da análise dos micropoderes de Foucault.

Gênero (J. SCOTT, 1993), portanto, é considerado como categoria analítica, permitindo olhar para a estrutura social e para os mecanismos de mudança a partir de tensões entre os campos de poder (BOURDIEU, 1983) e as multiplicidades de formas nas quais se identificam atuações dos micropoderes nos dispositivos da sexualidade (FOUCAULT, 1979: 183-4), nas quais o indivíduo parece ser, simultaneamente, alvo e executor de poderes, um efeito do poder e seu centro de transmissão.

Para compreender o uso da contracepção nas sociedades ocidentais contemporâneas como forma de libertação e igualdade (que seria esperada da maior participação masculina), é preciso situar-se na inflexão de um processo que vem desvinculando parentesco e gênero, sexualidade e reprodução (e dentro desta, a biológica da social) (FOUCAULT, 1985; RUBIN; 1998; PARKER, 1991; CORRÊA, 1996; HARAWAY, 1994).

A utilização de conceitos e referenciais que traduzem a presença simultânea de mecanismos estruturais de reprodução (BOURDIEU) e de micropoderes, desenvolvidos a partir do fortalecimento de dispositivos de sexualidade (FOUCAULT, 1985), foram fundamentais para o desenho da pesquisa e a análise aqui empreendida. Analisar a contracepção masculina por meio da teoria da prática (BOURDIEU), sem incorporar a teoria da dominação em todos os seus parâmetros, possibilita acreditar na força das pequenas mudanças relacionados à multiplicidade de práticas contraceptivas masculinas a partir dos micropoderes (FOUCAULT).

Identifiquei uma multiplicidade de práticas e de relações de poder, em três conjuntos de práticas contraceptivas distintas. Um grupo de homens relaciona a prática contraceptiva ao

campo de atuação da mulher. Um outro grupo, inicia seu envolvimento com a contracepção a partir do casamento ou do nascimento do primeiro filho¹³. Finalmente, há o grupo que se envolve com a contracepção desde o início da vida sexual.

2.1. Contracepção como campo de atuação da mulher

Nesse grupo, os homens praticam mais a prevenção de DST/AIDS e a mulher pratica a contracepção. Entretanto, o planejamento do método a ser adotado pelo casal, sofre forte influência do homem, pois a maioria deles mantém o controle sobre o planejamento familiar por meio de regras de fidelidade, do controle das atribuições da mulher como cuidadora e do homem como provedor do lar. Geralmente, é o homem quem toma a iniciativa de casar e a decisão de não ter mais filhos. A escolha do método contraceptivo, a ser utilizado, aparece mais como uma decisão feminina nas seguintes situações: o homem quer ter filhos; o homem ainda não decidiu parar de ter filhos; o homem não se preocupa com a contracepção ou com o fato de ter filhos. Neste caso, há maior poder de decisão da mulher e, também, maior exposição ao fato de engravidar e correr o risco de que o parceiro não assuma a criança.

O termo responsabilidade é bastante polissêmico nas idéias e valores e vivências dos entrevistados, significando: o controle e a prática da contracepção por parte das mulheres; assumir uma gravidez, uma família ou um filho; trabalhar para prover a família ou o filho; entender a contracepção como um assunto importante tanto para o homem quanto para a mulher, entretanto participando com a aquisição do anticoncepcional feminino (pílula ou injeção) ou decidindo o método escolhido (geralmente feminino, quando se trata da esposa ou namorada)¹⁴.

Planejar a família, para esse grupo, é uma tarefa bem mais ampla que a prática de métodos contraceptivos. Eles mantêm uma rede de amigos/vizinhos que são fontes de informação sobre métodos contraceptivos, mas, sobretudo, sobre o comportamento das mulheres quanto ao sexo, ao lazer, ao desenvolvimento de atividades domésticas; utilizam o condom visando mais a prevenção que a contracepção, controlam as mulheres por meio de disposições acerca da fidelidade e inexperiência nas práticas sexuais, evidenciando os canais de controle ou o planejamento familiar que exercem constantemente em relação à procriação. Ao meu ver, é possível dizer que eles estão ausentes da prática contraceptiva, mas não estão ausentes quando o assunto é evitar filhos, pois existe sua constante presença nas decisões contraceptivas e na opção em assumir, ou não, o filho e/ou a família.

O que quero destacar com esse grupo de homens é que a ausência é uma forma de controle, é uma forma de presença calcada em profundas desigualdades de gênero¹⁵. A razão mais alegada para responsabilizar a mulher quanto à prática contraceptiva é a que estamos acostumados a escutar: se é ela que engravida, ela é que tem que se preocupar.

Mas acenar que a ausência na prática contraceptiva está associada à desigualdade de gênero, não implica que o contrário seja verdadeiro, em outras palavras, que a participação do homem esteja associada a sinais de igualdade ou equidade nas relações de gênero. Passemos ao segundo grupo.

2.2. Contracepção como envolvimento a partir do casamento e dos filhos

¹³ A referência aos/as filhos/as são importantes para os grupos pesquisados e fortes identificadores dos homens entrevistados. Como não houve referências fortes às expectativas de ter um filho homem ou uma filha mulher, optei por falar dos filhos dos entrevistados no masculino, como forma de preservar o anonimato.

¹⁴ Arilha (1999 e 2000) chamou a atenção para a diferença entre o significado que homens de camadas médias atribuíam à responsabilidade e o significado desta mesma palavra para as políticas de saúde reprodutiva.

¹⁵ Para Bourdieu (1983), a tomada de posição dentro de um campo de poder é uma forma de acionar o controle nas práticas que acontecem dentro do campo. Aqueles que efetivam seu controle possuem maior poder dentro do campo em questão.

Uma outra maneira de lidar com a contracepção é preocupar-se a partir do casamento ou do nascimento dos filhos, especialmente do primogênito. Este tipo de envolvimento com a contracepção reúne homens com situações conjugais diversificadas, mas com algumas características comuns, todos têm entre 29 e 36 anos de idade, concluíram da 1ª a 3ª série do ensino médio e não usaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual. A maioria dos entrevistados com este perfil, nunca teve relação sexual com profissionais do sexo. A única ou a maior renda da família é da responsabilidade dos entrevistados, variando entre quatrocentos e quinhentos e oitenta reais (o salário mínimo da época era R\$ 240,00).

A maior preocupação com a prevenção de DST/AIDS, antes do envolvimento com a contracepção, faz com que estes entrevistados tenham muitas semelhanças com os que foram apresentados anteriormente, ou seja, aqueles que consideram a contracepção como campo de atuação da mulher.

A prática da contracepção, nesse grupo, deve ser entendida de modo dinâmico pois o homem se percebe como coadjuvante, ficando mais presente à medida em que sente o peso do provimento da família e/ou problemas de adaptação da esposa ao uso de métodos hormonais. Sinais de igualdade aparecem num ambiente onde reinam desigualdades, mantendo o homem no controle da família e a mulher, no da casa.

Nas trajetórias desses homens, os sinais de igualdade referem-se mais às atribuições de gênero, estando relacionadas a um reconhecimento da sobrecarga de trabalho da parceira na casa. Isso não significa, entretanto, que eles e suas parceiras redimensionem as bases da cooperação: eles continuam sendo os provedores e elas as cuidadoras.

Esse grupo é bastante semelhante ao anterior, quanto às idéias e valores que possuem. O que os diferencia é a preocupação com a saúde da mulher no casamento. Este é um referente importante, pois mostra que o homem protagoniza a contracepção, entretanto, em muitos casos, o desfecho final é a esterilização da mulher. Isso que dizer que, nesses casos, o protagonismo masculino é encarado como um período de interstício. Portanto, a participação masculina é maior neste grupo, mas as características da presença masculina são bastante semelhantes às do grupo anterior, são as desigualdades de gênero que dão o suporte.

2.3. Contracepção desde o início da vida sexual

Neste terceiro e último grupo, encontrei homens que, desde o início da vida sexual, tomam para si a prática contraceptiva, com igual ou maior importância que a prevenção das DST/AIDS. Entretanto, alguns não usaram nenhum método contraceptivo ou preventivo na primeira relação sexual¹⁶. Um deles praticou o coito interrompido e os demais utilizaram o condom. A maioria deles nunca manteve relações sexuais com profissionais do sexo.

Nas trajetórias desses homens, há diferenças que me levaram a dois subgrupos: a) a **contracepção como envolvimento com a parceira** e b) a **contracepção como temor do casamento e da paternidade** fora do tempo e das condições materiais que eles planejaram.

2.3.1. contracepção como envolvimento com a parceira

No primeiro subgrupo, a trajetória da contracepção apresenta-se compartilhada com a companheira ou namorada. Os entrevistados acham que os métodos de contracepção devem ser praticados principalmente por eles ou pelo casal (apenas com o uso do preservativo não acontece). Este sub-grupo, destaca-se por uma classificação mais branda das mulheres, que se manifesta de

¹⁶ Chamo a atenção para este fato, posto que algumas pesquisas correlacionam o uso de método na primeira relação sexual com a continuidade do uso nas relações subsequentes quando se investiga mulheres (BOZON et al, s/d; BOZON, 1993; LONGO, 2002), o que não parece se confirmar no caso desses homens. Isso não quer dizer que a primeira relação sexual não signifique um acontecimento importante na vida dos homens pesquisados, ao contrário, eles geralmente concordam em afirmar que *a primeira vez nunca se esquece* (HEILBORN, 1998).

várias maneiras, colocando brechas no discurso masculino. Por exemplo, a ênfase na preocupação com a posição de extrema desvantagem das profissionais do sexo frente aos homens e a outras mulheres, estas últimas portadoras de maior valor nas trocas sexuais. Brechas essas que não significam um rompimento ou uma ação muito diferenciada, baseada em outras referências.

Nas relações com profissionais do sexo (raras, mas não ausentes, neste grupo), namoradas e/ou esposas, as conversas e combinações parecem muito importantes e se constituem um componente fundamental para as relações mais estáveis e fiéis.

Todos os entrevistados deste grupo depositam nas relações amorosas, expectativas de companheirismo, amizade e confiança, mas ao contrário do que ocorre com os entrevistados que analisei nos dois grupos anteriores, essa confiança está sempre permeada pelo tempo de convivência, não é uma confiança que tem como matriz perceptiva a aparência da mulher (limpa ou suja, educada ou não, vestida com postura ou de modo vulgar etc) ou o que ela diz que faz ou tem (se usa a pílula ou não, se tem DST ou não etc). Melhor dizendo, essa matriz perceptiva pode atuar no primeiro momento mas não é suficiente para que não haja, por parte do homem, uma prática contraceptiva, como acontece com alguns homens dos grupos anteriores.

Destaco este sub-grupo dos demais porque, nele, foi possível observar liberdade e autonomia masculinas, associadas a sinais de mudança na postura masculina em relação à dominação e ao controle das mulheres. Nesses casos, os homens questionam a postura de dominação baseando-se em experiências diferenciadas de envolvimento e amizade com as mulheres, essas experiências se revertem em práticas nas quais a contracepção é uma preocupação (e uma prática) mais compartilhada. Por outro lado, as trajetórias desses homens mostram o quanto é difícil borrar as fronteiras da dominação.

Neste sentido, esse sub-grupo retrata que a participação na prática contraceptiva pode estar acompanhada por uma presença masculina menos desigual nas maneiras de evitar filhos. Mas pode haver participação masculina sem que haja o questionamento das relações de gênero, como no caso dos homens que praticam a contracepção por temor da paternidade.

2.3.2. contracepção como temor ao casamento e à paternidade

Neste sub-grupo, analisei a trajetória de dois entrevistados, um casado e outro noivo, denominados de Cadu e Caio. Eles possuem histórias distintas quanto à procura do conhecimento e o uso de contraceptivos. O primeiro não se mostra muito simpatizante do preservativo enquanto o segundo é um adepto contumaz do método. Cadu gosta de sentir prazer nas relações sexuais e isto limita a utilização do condom. Caio gosta de se sentir seguro nas relações sexuais e isso significa utilizar dois métodos, o condom e a pílula ou a injeção.

Cadu mostra-se desinteressado em procurar fontes de informação sobre os métodos, prefere aprender o que for possível nas conversas com o pai, os amigos, as colegas e a própria experiência de vida, com a idade, como ele costumava dizer. Caio se mostra constantemente interessado em aprender mais sobre os métodos contraceptivos. Os dois possuem os amigos como fonte de informação e comparação relacionadas às práticas sexuais e ao uso de métodos contraceptivos ou preventivos.

Cadu e Caio estão unidos no temor que possuem em ter um filho antes do tempo planejado, embora assumam posturas diferentes para enfrentar o medo. Cadu foge da possibilidade de ter um filho, mudando de endereço para não se comprometer com uma possível gravidez fora do casamento e, ao mesmo tempo, colocando a prática contraceptiva conjugal como feminina. Caio protagoniza a conversa sobre contraceptivos com a parceira fixa e as eventuais, ele acha este tipo de conversa muito freqüente nos dias atuais, por causa do incentivo ao uso da camisinha, muito propagada desde o surgimento das campanhas de prevenção a AIDS.

Os dois possuem uma visão bastante desigual em relação às mulheres, especialmente por não admitirem infidelidade feminina e estarem mais arraigados à visão da mulher cuidadora. Para o primeiro, a contracepção vai se transformando em uma experiência a partir do momento em que ele se sente mais seguro em relação à sua performance nas práticas sexuais. Já para o segundo, a prática contraceptiva é parte integrante da aquisição de experiência desde o primeiro momento. Esses entrevistados participam da contracepção, mas essa participação está calcada em profundas desigualdades de gênero. As idéias e valores atrelados a tais práticas são muito parecidos com aqueles encontrados no primeiro grupo que destaquei, aquele que encara a contracepção como campo de atuação da mulher.

No contexto dos homens de grupos populares estudados, em que medida, a participação masculina na contracepção poderia contribuir para relações de gênero mais equânimes? Será que homens de grupos populares estariam dispostos a um projeto mais moderno de família? Em que medida a participação na contracepção não seria uma maneira desses homens se sentirem mais imunes à gravidez inesperada ou às decisões reprodutivas das mulheres, se pensarmos que esses são contrapoderes (FOUCAULT, 1993; FOUCAULT, 1985) femininos aos quais os homens se sentem expostos? Ou, ainda, um maior autocontrole desses homens na contracepção, o que poderia ser feito tanto pela própria prática da contracepção ou do auxílio à prática feminina, significaria menor controle da mulher? Para concluir estas reflexões irei explorar as implicações da análise realizada acima, sobre as práticas e idéias masculinas relacionadas à contracepção.

3. Participação masculina na contracepção: parâmetro para políticas de igualdade/equidade?

A participação masculina é vista como forma de co-responsabilidade nas decisões contraceptivas de acordo com as políticas de saúde reprodutiva e, ao mesmo tempo, esta co-responsabilidade tem como panorama a suposição de que os homens se sentiriam mais felizes se experimentassem a igualdade com as mulheres, suposição essa que tem sido alvo de poucas pesquisas diretas. Incentivar a responsabilidade e participação masculina, portanto, não significa interferir na autonomia das mulheres? Promover a responsabilidade e a autonomia de homens e mulheres, significa que os homens devem tornar-se apenas colaboradores dos processos de saúde de suas parceiras? Ou que eles se tornem sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos (ARILHA, 1999 e 2000)?

A análise das formas de participação masculina em duas comunidades da periferia do Recife traz implicações para o conceito de participação, tal qual é preconizado nas políticas direcionadas à saúde reprodutiva. O grau ou intensidade de participação diz pouco sobre as formas de controle masculinos e permite avançar pouco na promoção de equidade de gênero. A maior participação na prática contraceptiva, elegendo métodos de uso masculino (coito interrompido, condom ou vasectomia), feminino (pílula, injeção ou ligação de trompas) e/ou misto (abstinência periódica), pode ou não estar ligada a um padrão de relações de gênero mais igualitário. Tanto a participação quanto a ausência masculina na contracepção, em termos de preocupação e prática, podem estar ligadas à menor igualdade nas relações de gênero.

O homem está presente na contracepção, participando ou não do uso de métodos. Os critérios e os cuidados masculinos com a contracepção se dão a partir de distinções baseadas na classificação de mulheres e em formas de controle direcionadas pelo compromisso que assumem com a parceira. Ser experiente nas práticas sexuais, ser trabalhador (ou mesmo ter o roubo como fonte de renda) e ser o provedor da família são bases constitutivas da identidade

masculina que eles incorporam (no sentido de BOURDIEU) e recursos que os pesquisados utilizam como fonte de poder nas decisões sobre a formação e manutenção da família de procriação.

Identificar a contracepção como ausência masculina, promover o discurso da sua participação ou promover práticas médicas com viés de gênero que coloca o planejamento familiar como um problema da mulher casada e as DST/AIDS como problemas para homens, todos esses matizes parecem estar influenciando a fala dos entrevistados.

A maioria das falas remete a um poder masculino de dominação (BOURDIEU, 1999). Seria frustrante, no entanto, compreender a contracepção como envolvimento com a parceira, uma prática que combina participação masculina e indicadores de busca de igualdade de gênero em situações que, como foi visto, são desiguais em termos de provimento, mas que apontam para um entendimento de casamento como parceria, ajuda mutua, possibilidades de companheirismo, a partir da dualidade do jogo de poder entre a a ortodoxia e a heterodoxia. Há uma multiplicidade de posições em relação à contracepção, atreladas a práticas mais ou menos igualitárias nas relações de gênero e de heterossexualidade.

O próprio fato de encontrar, no caso específico do envolvimento com a parceira, entrevistados que possuem uma socialização diferenciada (BOURDIEU, 1999), me leva a acreditar que a força da socialização é grande, como no caso de duas trajetórias, as de Cosme e Chico, que integram o grupo daqueles para os quais a contracepção é parte do envolvimento com a parceira, cujas experiências afetivas podem ter influenciado suas discordâncias cognitivas. No entanto, há outros elementos difusos na sociedade (CORRÊA, 1999), experimentados de modo diferenciado pelos entrevistados e que levam a capacidade criadora e transformadora dos indivíduos, cuja eficácia simbólica (BOURDIEU, 1996) pode ser aprendida em transformações de práticas e valores que os homens possuem a respeito da contracepção e da mulher.

Mesmo levando em consideração que muitos dos entrevistados estão dentro de referências de poder simbólico que, no caso, indicam a dominação masculina (BOURDIEU, 1999), não há como enxergar nas práticas diferenciadas de contracepção, apenas uma forma alternativa de prática, elas podem ser vistas como micropoderes (FOUCAULT, 1985) que, pela relativa independência e autonomia que possuem, são capazes de transformar a rede de poderes por ações mais ou menos dispersas e mais ou menos conscientes.

A classificação de mulheres entre *as boas para se relacionar sexualmente* e *as boas para casar*, embora remeta ao velho binômio mãe/prostituta¹⁷, possui uma riqueza de denominações tanto para os tipos de relacionamentos mantidos quanto para o comportamento sexual das mulheres (ver quadro em anexo), sendo um evento para o qual convergem várias formas de controle masculinos relacionados à contracepção e, também, à prevenção de DST/AIDS, em todas as práticas apresentadas (CORRÊA, 1996a e 1996b; FREYRE, 1943; PARKER, 1991). A classificação que os entrevistados fazem das mulheres, foi um dos indicadores que mais evidenciou sinais de mudança, estando presente de forma mais branda no grupo de homens que trata a contracepção como um dos componentes do envolvimento com a parceira.

Comparando a postura de todos os homens entrevistados quanto à confiança que depositam na parceira sexual, é certo que há mais confiança na esposa ou namorada fixa do que em outros tipos de mulheres, mas também há mais mecanismos de controle em relação a

¹⁷ A classificação das mulheres, presentes desde o tempo dos engenhos (FREYRE, 1943), não são mais as mesmas, as transformações vivenciadas na urbanização e na escassez de recursos, na passagem da família patriarcal extensa para a família nuclear (FREYRE, 1996 e CANDIDO, 1951), na expansão da vigilância médica e sanitária (COSTA, 1979), dos movimentos sociais, especialmente o feminista, e de diversos meios de comunicação, entre outros fatores, influenciaram mudanças de percepção e construíram novas fronteiras.

elas (ver quadro em anexo). Isso não quer dizer que toda mulher experiente inspire desconfiança. A confiança não depende somente do tipo de mulher, há uma disposição masculina em confiar mais ou menos em algumas mulheres por fatores variados que dependem de sua trajetória de vida, do momento em que ocorre a relação, da aparência da mulher e de suas disposições corporais etc (ALMEIDA, 2004; HEILBORN, 1998 e 1999; HEILBORN e GOUVEIA, 1999; BARBOSA, 1999; SCOTT, 1990; SCOTT, QUADROS e LONGHI, 2002).

Assim, borrar as fronteiras da classificação das mulheres pode ser um sinal de mudança, especialmente nas distinções realizadas pelos homens quanto à sexualidade, podendo provocar transformações na base do poder masculino, mas muitos outros fatores concorrem para as decisões que os homens tomam em relação à contracepção ou à prevenção. Esses fatores parecem situados em instâncias tanto estruturais quanto identitárias, sendo difícil separá-las ou distinguí-las.

Foi possível ver que as mudanças também não estão ligadas, simplesmente, à tomada de consciência, havendo uma sensibilidade maior para questões de gênero e/ou às da heterossexualidade (recordo aqui a questão da fidelidade), quando lembramos dos homens que se envolvem na contracepção a partir do casamento ou nascimento do primeiro filho. Essas transformações parecem superar disposições culturais por meio de reapropriações corporais, rearticulações de outras sensações, outros valores e outros comportamentos, nos quais o *habitus* (BOURDIEU, 1983) incorpora questionamentos do lugar de dominação que não deixa de lado a estrutura, mas não me parece que essas mudanças aconteçam reafirmando sua dualidade de modo inequívoco e completo.

Se, no distanciamento entre esfera produtiva e reprodutiva, *o uso generalizado de técnicas anticonceptivas e a redução do tamanho das famílias* (BOURDIEU, 1999: 107) são fatores de mudança e, por outro lado, a classificação de mulheres e as formas de poderes masculinos sobre elas se transformam (CORRÊA, 1999) e possuem variações que incluem tanto relações desiguais quanto relações de gênero mais igualitárias, as quais se relacionam à própria contracepção, não há que se negar a força da estrutura nem tampouco *eternizar* ou *des-historicizar* a dominação. A ausência e a participação masculina na contracepção podem significar controle e dominação, mas a participação também pode ocorrer em meio a brechas nas percepções masculinas da mulher e contextos de gênero mais igualitários ou equânimes.

4. Considerações finais

Levando em conta a variedade das práticas para os homens dos grupos populares pesquisados, a contracepção mais reflete desigualdades do que propicia mudanças que levem a igualdade/equidade das relações de gênero.

Nesse sentido, a presença masculina combina a ausência e a participação dos homens na prática da contracepção como forma de garantir um maior controle. Mesmo quando há maior protagonismo masculino na prática contraceptiva, os entrevistados podem estar presentes de forma desigual, mantendo privilégios como o de ser polígamo e cobrar da parceira a monogamia, de poder sair para se divertir sem a companhia da parceira, mas cobrar dela reclusão e dedicação aos cuidados com a família. Participação e autocontrole na contracepção reforçam liberdades masculinas e podem significar ou não uma promoção de relações mais equânimes entre os parceiros sexuais.

Maior autonomia do homem quanto á contracepção, quando ligada à participação, não parece refletir-se em mudanças de opiniões e atitudes com relação às mulheres, se não houver um questionamento das relações de gênero por parte dos homens e uma vontade para transpor desigualdades, como identifiquei a partir das diferenças entre os homens que praticam a

contracepção por temor da paternidade e aqueles que o fazem como parte integrante do envolvimento com a parceira.

Este estudo evidenciou que a relação dos homens com a contracepção possui várias formas de expressão e que a maioria delas leva à reprodução de desigualdades de gênero, mas destacou, também, que as mudanças não parecem ser apenas práticas alternativas ou heréticas. Acreditar que as fronteiras das estruturas e campos de poder duais (BOURDIEU) podem ser modificadas por meio da participação dos homens na contracepção, entretanto, não leva à promoção de igualdade /equidade, de acordo com o que foi analisado neste trabalho.

Este estudo sugere que ampliar as formas de entendimento dos mecanismos pelos quais homens, mulheres, instituições e Estados controlam ou planejam o nascimento das crianças possibilita olhar para a contracepção como um dos componentes das formas de evitar filhos e abre caminhos mais frutíferos para aprofundar o conhecimento de indicadores que realmente possam promover a igualdade/equidade de gênero.

Este estudo sugere, ainda, que a classificação de mulheres é uma das formas mais utilizadas pelos homens para expressar poder e tomar decisões acerca da contracepção ou da prevenção, mas transformar ou abrandar as fronteiras desta classificação não é fácil pois depende de uma outra série de disposições estruturais e identitárias que torna sua tradução em ação política um desafio cujos resultados são difíceis de prever. É preciso aprofundar novos estudos nesta direção para que indicadores mais efetivos possam ser incorporados às políticas de promoção da igualdade/equidade.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. **Fechando com chave de ouro: o significado da paternidade e da maternidade na experiência das classes populares do Rio de Janeiro.** Campinas, 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas.

ALMEIDA, Miguel Vale de. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário Antropológico**, Rio de Janeiro, 1996.

ARILHA, Margareth. Masculinidades, Gênero e Saúde: tensões e interfaces entre discursos sobre reprodução. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VI, 2000, Salvador. **Anais ...** Salvador: ABRASCO, 2000. Texto 1505. 1 CD ROM.

_____. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 445-467.

_____. Contracepção, *empowerment* e *entitlement*: um cruzamento necessário na vida das mulheres. **Projetos sobre gênero e fecundidade no Brasil.** s/d, 91f. Family Health Internacional (FHI). Projeto de Estudos da Mulher: Brasil.

BARBOSA, Regina Maria. Negociação Sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, Regina Maria e PARKER, Richard (orgs). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 73-88.

BONZON, Michel et group Gravad (Gravidez na Adolescência). Sexualite juvenile, contraception et rappers de genre. Spontameite et desequilibres entre a l'initiation sexuelle au Brasil. Disponível em: <<http://www.google.com.br>>. Acesso em: maio 2004.

BOZON, Michel. L'etrée dans la sexualité adult: lê premier rapport et sés suítes. Du calendrier aux attitudes. **Population**, n. 5, p. 1317-1352, 1993.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. A Conferência do Prêmio Goffman: a dominação masculina revisitada. In: LINS, Daniel (org.). **A dominação masculina revisitada**. Campinas: Papyrus, 1998. p. 11-27.

_____. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M. J. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 28-40.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1996.

_____. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato. (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, Coleção Grandes Cientistas Sociais, n. 39, 1983. p. 46-81.

CÂNDIDO, Antônio. The brazilian family. In: SMITH, Thomas & MARCHANT, Alexander. **Brazil: portrait of half a continent**. New York: Drydam Press, 1951.

CARDOSO, Ruth. 'A adesão dos homens ao feminismo'. Trabalho apresentado na VII Reunião anual da Anpocs, 1983.

CONNELL, R. La organizacion social de la masculinidad. In: VALDEZ, Teresa y OLAVARIA, José (eds). **Masculinidad/es: poder y crisis**. Santiago, Chile: Isis Internacional, FLACSO, Ediciones de las Mujeres, n. 24, p. 31-48, 1997.

CORRÊA, Mariza. Bourdieu e o sexo da dominação. **Novos Estudos CEBRAP**, n.54, p. 43-53, jul. 1999.

CORRÊA, Sonia. **Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade**: legitimação e novas interrogações. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE REPRODUTIVA E SOCIEDADE, 1996. México. **Anais...** México: Colégio do México, 1996a. 26p.

_____. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER; BARBOSA, **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996b. p. 149-159.

CORRÊA, Sonia e ÀVILA, Maria Betânea. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p. 19-77.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

DUARTE, Graciana Alves et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 207-216, jan-fev, 2003.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. **Mulher, família e reprodução**: do controle à 'intervenção branca' (um estudo de caso sobre o planejamento familiar em Pernambuco). Recife, 2000. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco.

FONSECA, Tânia Maria. A dominação masculina. Formas (in)superáveis de ser homem e mulher. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1-2, p. 206-213, 1999.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, HUBERT L. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **História da Sexualidade I** : a vontade do saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1943.

_____. **Sobrados e mocambos**: introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil – 2: decadência do patriarcado rural e o desenvolvimento urbano. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

GIFFIN, Karen e CAVALCANTI, Cristina. Homens e reprodução. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1 e 2, p. 53-71, 1999.

HARAWAY, D. Um manifesto para o cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, H. **Tendências e impasses**: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. A primeira vez nunca se esquece: trajetórias sexuais masculinas. **Revista de Estudos Feministas**, IFICS/UFRJ, v. 6, n. 2, p. 396-405, 1998.

HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia Fernanda. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: BARBOSA, Regina Maria e PARKER, Richard (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 175-198.

LONGO, Luciene A. F. de B. Juventude e contracepção: um estudo de fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.2, p. 229-248, jul./dez. 2002.

McLAREN, Angus. **A History of Contraception: from Antiquity to the Present Day**. Oxford, UK & Cambridge, USA: Blackwell, 1990.

MORAES, Maria Lígia Quartim de. '**Família e feminismo: o encontro homem/mulher como perspectiva**', GT Família e Sociedade, Trabalho apresentado na VII Reunião Anual da ANPOCS, 1983.

NDONG, Isaiah y FINGER, William R. Responsabilidad respecto a la salud de la reproducción. **Network en español**, Family Health International, v. 18, n. 3, p. 4-6, primavera 1998.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. 'As pedras no bolso do feminismo', **Novos Estudos Cebrap**, n. 3, v. 2, nov. 1983.

PARKER, Richard G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1991.

PISCITELLI, Adriana. Gênero em perspectiva. **Cadernos Pagu**, Campinas, 11, p. 141-155, Campinas, 1998.

QUADROS, Marion Teodósio de. **Homens e a contracepção: práticas, idéias e valores masculinos na periferia do Recife**. Recife, 2004. Tese (Doutorado em Sociologia), Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: NARDIR, P. & SCHNEIDER, B. (org.) **Social perspectives in lesbian and gay studies: a reader**. London: Routledge, 1998.

RUHL, Lealle. Dilemmas of the will: uncertainty, reproduction, and the rhetoric of control. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. Chicago University, v. 27, n.3, p. 641-64. spring 2002.

SCAVONE, Lucila. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 10, p. 83-112, 1998.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1993.

_____. Igualdade *versus* diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. In: LAMAS, Marta (direção). **Cidadania e feminismo**, São Paulo: Cia. Melhoramentos, s/d, p.203-222.

SCOTT, Russell Parry. O Homem na Matrifocalidade: Gênero, Percepção e Experiências do Doméstico. São Paulo, **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, p.38-47, maio, 1990.

SCOTT, Russel Parry; QUADROS, Marion e LONGHI, Márcia Reis. Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reprodutiva. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.2, p. 209-228, jul./dez. 2002.

SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm haver com isso? **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 159-168, 2000.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p.151-196.

ANEXO

Quadro: Classificação de mulheres

Mulheres que “servem” apenas para o prazer sexual ou das quais é preferível manter distância	Mulheres com as quais se pode namorar ou casar
Menina desconhecida Amiga de farra Mulher de fora Mulher da vida Mulher da rua Mulher suja Menina de programa Prostituta Mulher de cabaré Qualquer uma Menina que gosta de sair Menina que gosta de curtir à noite Uma dessas de badalação Mulher separada ou viúva Mulher com filhos	Menina limpinha Menina aqui da rua Menina limpa Menina de família Menina direita Menina quieta Menina que vive dentro de casa Mulher honesta
Cuidados masculinos mais praticados com a parceira eventual	Cuidados masculinos mais praticados em relação à parceira fixa

<ul style="list-style-type: none"> • Usar o preservativo se a mulher for suja, desconhecida, tenha transado com outros homens etc. • Usar o preservativo somente com prostitutas, mulheres de cabaré etc. • Não manter relações sexuais com prostitutas • Usar preservativo em todas as relações sexuais • Não usar preservativo, perguntando se a parceira está usando algum método ou tem alguma doença e confiando no que ela disser. • Não usar preservativo sem perguntar se a parceira está praticando algum método 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer com que a parceira tome a pílula ou a injeção. • Providenciar /incentivar a parceira a fazer a ligação de trompas. • Combinar com a parceira o uso de contraceptivos femininos • Usar preservativo em todas as relações sexuais e sempre pedir a parceira que utilize a pílula, ao mesmo tempo. • Usar preservativo em todas as relações sexuais • Usar preservativo associado a abstinência periódica. • Não usar preservativo nem perguntar se a parceira está praticando algum método • Não usar preservativo, perguntando se a parceira está usando e confiando no que ela disser.
---	---

Fonte: entrevistas (QUADROS, 2004).