

## EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO\*

Partimos do pressuposto que a “*saúde é um processo dinâmico*, resultante das marcas do trabalho, das condições de vida e de todos os acontecimentos que compõem a história de vida de cada indivíduo, seja este mulher ou homem; branco ou negro, rico ou pobre.” (Equipe ISIS, 1991). Isto implica considerar as diferenças sociais, culturais, econômicas e subjetivas que estão associadas à saúde. É pensar a saúde relacionalmente, na perspectiva de um *campo*, tal qual o define Bourdieu (1973). E, sobretudo, considerar as relações de poder presentes neste campo e as desigualdades sociais, sexuais, raciais que estão em jogo na sua constituição. Segundo Birman (1991) “no campo da saúde nos inserimos no registro da ética, onde o debate epistemológico é regulado pelos valores da vida, da morte e do poder”.

Por outro lado, falar especificamente de *saúde das mulheres* significa concretamente considerar as diferenças sociais entre os sexos, fundamentadas no conceito de *gênero*. Entendendo gênero como um “*elemento constitutivo das relações sociais baseado em diferenças percebidas entre os sexos*” e “*um modo básico de significar relações de poder*” (Scott, 1990), buscamos compreender a especificidade da saúde das mulheres associando-a às desigualdades geradas pelas relações de gênero.

A necessidade de recorrer a um conceito específico de saúde das mulheres revela em si a dimensão das desigualdades sexuais nas sociedades contemporâneas, da mesma forma que o conceito de saúde do(a) trabalhador(a) revela as desigualdades sociais. O conceito ainda mais específico de *saúde reprodutiva das mulheres* busca ressaltar os aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos ligados à reprodução (contracepção, maternidade, aborto, entre outros) rompendo com as análises fundamentadas no determinismo biológico, tão frequentes nesse tema.

Assim, sob a ótica das relações sociais de sexo e/ou de gênero falar em saúde reprodutiva das mulheres implica considerar não só uma

---

\* Redigido por Lucila Scavone.

especificidade de saúde própria ao sexo feminino, mas dar visibilidade a uma situação de saúde também marcada por essas relações. Deste modo, questões como: o papel do Estado nas políticas demográficas, as práticas diferenciadas das instituições de saúde segundo a categoria social dos indivíduos, o poder médico e os abusos das tecnologias nos tratamentos de saúde, ficam estreitamente relacionados à problemática básica dessa pesquisa.

No caso do Brasil, falar em saúde reprodutiva das mulheres é passar os olhos por uma vasto painel de excessos e desigualdades que se configuram como problemas de saúde pública (Scavone, L., Bretin, H., Thébaud-Mony, A. 1994; World Bank, 1990):

- alta prevalência de esterilizações femininas, sobretudo entre as mulheres das regiões mais pobres e com baixa instrução (o “método” mais utilizado: 26,9% das mulheres usuárias de métodos em 1986 e 40,1% em 1996, BEMFAM 86/96);
- concentração no uso de dois métodos contraceptivos (esterilização e pílulas), venda sem receita e sem acompanhamento médico, de pílulas contraceptivas;
- alta taxa de abortos clandestinos, com seqüelas graves à saúde das mulheres;
- assistência pré-natal precária e alta taxa de prevalência de partos cesáreos;
- insuficiência de oferta de exames preventivos de câncer de colo e de mama;
- políticas de incentivo à amamentação desligadas da situação social e subjetiva das mulheres;
- baixo nível de instrução, informação e possibilidade de escolha das mulheres brasileiras em relação a esses problemas.

Partindo destas questões que afligem a sociedade brasileira como um todo, objetivamos estudar a situação específica de **saúde reprodutiva** das mulheres em Araraquara, tendo em vista as condições peculiares dessa cidade, situada numa região rica do estado de São Paulo, com uma boa taxa de serviços de saúde em relação à população, além de atender

populações rurais vizinhas. Isto foi feito através de uma amostra das frequentadoras dos serviços públicos e particulares de obstetrícia e ginecologia, buscando dados para comparar a realidade das clientes desses dois serviços.

## OS RECORTES ESPECÍFICOS\*

A análise das trajetórias contraceptivas das mulheres entrevistadas foi um dos objetivos específicos desta pesquisa. Buscava-se responder a perguntas tais como: “em quais situações as mulheres aderem a um determinado método contraceptivo?”, “quais as lógicas de adesão?”, “quais as características das usuárias de cada método?” “as mulheres que freqüentam os médicos particulares utilizam contraceptivos diferentes das mulheres que freqüentam os postos públicos?” Interessava-nos saber como e porque essas mulheres utilizam um determinado método, ressaltando sobretudo os aspectos sociológicos das práticas contraceptivas.

Relacionada com a contracepção, a análise das ocorrências do aborto constituiu-se num outro enfoque específico: buscou-se delinear as principais características das mulheres que declararam ter realizado um aborto, evidenciando a dimensão deste recurso no conjunto da amostra. Como pano de fundo destes dois objetivos apontados, procurou-se analisar as questões da maternidade, não só caracterizando o perfil da amostra, mas também observando o desejo ou não de ter filho(a), a relação com os cuidados da saúde das crianças, as ambigüidades que lhe são tributárias.<sup>1</sup>

A constatação de que a taxa média de operação cesariana foi de 73% para os anos de 1988 a 1992 na cidade de Araraquara, evidenciou a necessidade de uma pesquisa junto às mulheres para apreender um pouco das lógicas que as levam a optarem por esse tipo de intervenção no parto. A intenção do projeto específico sobre cesariana foi verificar a trajetória e experiências femininas em relação à gravidez, pré-natal, parto, cesariana e

---

\* Cada recorte foi escrito pelo(a)s respectivo(a)s autores.

<sup>1</sup> Estes recortes específicos foram de responsabilidade da coordenadora da pesquisa.