



Revista Estudos Feministas

ISSN: 0104-026X

ref@cfh.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Silva, Fabiane Ferreira da; Ribeiro, Paula Regina Costa
O governo dos corpos femininos entre as catadoras de lixo: (re)pensando algumas implicações da
Educação em Saúde
Revista Estudos Feministas, vol. 16, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pp. 557-580
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38118772013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fabiane Ferreira da Silva

Universidade Federal do Rio Grande

Paula Regina Costa Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande

O governo dos corpos femininos entre as catadoras de lixo: (re)pensando algumas implicações da Educação em Saúde

Resumo: No presente trabalho, buscamos analisar os discursos acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres que participam da Associação Movimento Solidário Colméia, buscando compreender em que medida essas mulheres vão sendo interpeladas pelos discursos referentes à Educação em Saúde, em especial, as políticas e as campanhas direcionadas aos corpos femininos. Para tanto, analisamos as narrativas dessas mulheres produzidas durante os encontros do curso Mulher e Cidadania. No estudo, problematizamos como esses discursos inscrevem diferentes marcas nos corpos, ensinando costumes, valores, crenças, maneiras de se perceber, de ser e de agir como mulheres e de pensar e atuar com relação aos seus corpos. Nesse sentido, estabelecemos conexões com os Estudos Culturais e de Gênero, nas suas vertentes pós-estruturalistas, e com algumas proposições de Michel Foucault.

Palavras-chave: mulheres; saúde sexual e reprodutiva; biopolíticas; Educação em Saúde.

Copyright © 2008 by Revista
Estudos Feministas.

¹ Para Foucault, os discursos, mais do que conjuntos de signos que remetem a conteúdos ou representações, são “práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que falam” (Michel FOUCAULT, 1995a, p. 56).

² No contexto desta pesquisa, interpelação é entendida como o ato de identificação do indivíduo (sempre já sujeito) no discurso do “outro”, este quando identifica

Introdução

Neste artigo buscamos analisar a rede de discursos¹ acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres que participam da Associação Movimento Solidário Colméia, buscando compreender em que medida essas mulheres vão sendo interpeladas² pelos discursos referentes à Educação em Saúde,³ em especial, as políticas e as campanhas direcionadas aos corpos femininos. Para tanto, analisamos as narrativas que elas produziram durante os encontros do curso Mulher e Cidadania. Na perspectiva de discutir e problematizar como esses discursos inscrevem

torna-se sujeito (Célio PINTO, 1989). Existe uma constante luta de discursos que pretendem interpelar os sujeitos, estes, ao mesmo tempo que são interpelados por discursos, transformam-nos de acordo com suas histórias de vida. Nesse processo articulam-se posições de sujeito, rejeitam-se e assumem-se outras que conferem provisoriamente um sentido de pertencimento a um determinado grupo social.

³ Neste texto utilizamos o conceito "Educação em Saúde" para designar as práticas educativas realizadas no âmbito da promoção da saúde (Denise GASTALDO, 1997).

⁴ Os Estudos Culturais constituem-se em um campo de teorização, investigação e intervenção que estuda os aspectos culturais da sociedade, que têm sua origem a partir da fundação do Centro de Estudos Culturais Contemporâneos, na Universidade de Birmingham, Inglaterra, em 1964. Sobre este tema ver: Marisa COSTA, 2004; Tomaz SILVA, 2004; e Alfredo VEIGA-NETO, 2004.

⁵ "As abordagens feministas pós-estruturalistas se afastam daquelas vertentes que tratam o corpo como uma entidade biológica universal (apresentada como origem das diferenças entre homens e mulheres, ou como superfície sobre a qual a cultura opera para produzir desigualdades) para teorizá-lo como um construto sociocultural e lingüístico, produto e efeito de relações de poder" (Dagmar MEYER, 2003, p. 16). Para discussões sobre este tema, ver: Guacira LOURO, 2004; MEYER, 2003; e Joan SCOTT, 1995.

⁶ Para discussões sobre o pós-estruturalismo, ver: Michael PETERS, 2000; SILVA, 2004, 2005; e VEIGA-NETO, 2004.

⁷ FOUCAULT, 1997, p. 89.

⁸ FOUCAULT, 2003, 2005, 2006b.

⁹ FOUCAULT, 2005, p. 297.

marcas nos corpos, ensinando hábitos, valores, comportamentos, maneiras de ser e de agir como mulheres e de pensar e atuar com relação aos seus corpos, estabelecemos algumas conexões com os Estudos Culturais⁴ e de Gênero,⁵ nas suas vertentes pós-estruturalistas,⁶ e com algumas proposições de Michel Foucault.

Nesse sentido, entendemos que as proposições e os discursos que normatizam as políticas de Educação em Saúde vêm atuando como uma estratégia regulamentadora da saúde sexual e reprodutiva, a qual tem como matriz a biopolítica. Essa tecnologia de poder regula a sexualidade da população através de mecanismos de controle e intervenção centrados nos fenômenos biológicos como natalidade, Aids, doenças sexualmente transmissíveis etc. Para Foucault, a biopolítica é "a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidades, raças [...]"⁷. Integrando tal tecnologia, existe outra, a disciplinar, dirigida ao corpo individual, regulando a sexualidade através do controle do corpo, nos gestos, nas atitudes, nos comportamentos, nos hábitos e nos discursos.⁸ Essa outra tecnologia de poder "é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo".⁹

A partir de tais entendimentos, argumentamos que as práticas educativas, desenvolvidas com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças, atuam como mecanismos que governam a população e disciplinam os corpos dos indivíduos. Trata-se de um processo educativo que, ao interferir nas escolhas pessoais de mulheres e homens sobre como podem ou devem agir para viver suas vidas de forma saudável, agencia comportamentos a serem seguidos pela população.

Organizamos a escrita deste artigo em três momentos. Inicialmente, buscamos discutir algumas das políticas em saúde articulando os conceitos de biopoder e poder disciplinar. Num segundo momento, apresentamos as estratégias metodológicas utilizadas na produção dos dados narrativos. Por fim, apresentamos e analisamos as narrativas das mulheres da Colméia sobre os discursos acerca das doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, dos métodos contraceptivos, dos exames preventivos e dos cuidados com o corpo.

O poder sobre a vida e as políticas em saúde

Numa perspectiva histórica, a trajetória do movimento social que legitimou, na esfera pública brasileira, as noções de saúde da mulher, mais especificamente saúde sexual e reprodutiva, é muito recente. Ainda que tenha apenas duas décadas, essa trajetória apresenta muitas transformações sociais e políticas que em certa medida têm alterado o cenário nacional no que diz respeito às questões de saúde. A partir dos anos 80, o campo da saúde da mulher ou saúde sexual e reprodutiva passou a receber grande atenção e investimento por parte do movimento feminista. Nesse contexto, a liberdade de decisão nos assuntos da reprodução e da sexualidade funcionou como alavancas para pressionar diversas mudanças, tais como novos códigos legais, produção de saber sobre o corpo feminino, instalação de novos serviços de assistência à saúde, a partir de parâmetros criados pelas próprias mulheres.

Segundo Ávila e Corrêa,¹⁰ no contexto das reflexões e reivindicações que dizem respeito à saúde da mulher, desde um primeiro momento, estiveram presentes o interesse e o questionamento acerca do saber/poder¹¹ médico, que era tanto um saber disciplinador como também um saber que justificava a hierarquia entre os sexos. Para as autoras, todas as concepções de saúde ou de assistência à saúde das mulheres com que as feministas se defrontaram estavam ancoradas no entendimento da mulher como frágil, descontrolada e destinada, por sua condição biológica, à reprodução social, aos cuidados dos/as filhos/as, do marido e dos afazeres domésticos. Nessa perspectiva, o movimento feminista contemporâneo firmou uma premissa de autonomia, ou seja, a de que as mulheres podem e devem ter um projeto que se constituiria a partir das experiências das mulheres e de suas necessidades nos campos da sexualidade e da reprodução.¹²

Nessa direção, cabe destacar a relevância da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher,¹³ que ocorreu em outubro de 1986 como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março do mesmo ano com o apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), do Ministério da Saúde. O evento merece destaque especial por sua amplitude, pela intensa participação do movimento feminista e, consequentemente, pelos desdobramentos que teve. Em todos os Estados da União foram realizadas conferências preparatórias, em que eram escolhidas as delegadas e definidas as prioridades. O movimento de mulheres teve uma ampla participação neste evento, tanto em termos de representação política

¹⁰ Maria ÁVILA e Sônia CORRÊA, 1999.

¹¹ A expressão “saber/poder” é utilizada num sentido foucaultiano em que poder e saber estão diretamente implicados, ou seja, “não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2006b, p. 27).

¹² ÁVILA e CORRÊA, 1999.

¹³ BRASIL, 1987.

quanto na sua concepção e organização. Embora patrocinada pelos ministérios do Governo Federal, a conferência se converteu em fórum de debates em que se levantaram críticas profundas e arraigadas com relação à falta de ação e compromisso do governo com a questão da saúde e, mais especialmente, a saúde das mulheres.¹⁴

Nesse novo contexto, a criação do CNDM e a formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),¹⁵ na década de 80, pelo Ministério da Saúde constituem-se como referências fundamentais, pois expressam a institucionalização da agenda feminista pelo Estado. O movimento pela implantação do PAISM canalizou uma parcela importante da ação dos grupos autônomos que estavam envolvidos com a questão, não só no que diz respeito às ações de mobilização, organização e representação política, mas também àquelas relativas à produção e à divulgação de informação e conhecimento. Tal processo teve significados diferenciados para as mulheres de classe média e mulheres do meio popular envolvidas com o movimento. De acordo com Ávila e Corrêa,¹⁶ para as mulheres de classe média, o movimento e seus resultados tiveram como significado a construção da cidadania feminina com base nas concepções, nos estudos, nas vivências e nas reflexões das próprias mulheres; entretanto, para as mulheres do meio popular, a luta pela saúde com espaço para construção da cidadania tinha um sentido mais urgente de transformação da qualidade de suas vidas, pois, sendo elas usuárias do sistema de saúde público, eram as principais prejudicadas por sua ineficiência.

No que tange ao cenário mundial, cabe destacar a dimensão da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. A Conferência do Cairo estabeleceu como enfoque central das questões populacionais o direito de cada indivíduo a uma saúde sexual e reprodutiva plena, em todas as fases da vida, e a garantia de acesso aos meios para exercer tal direito.¹⁷ Segundo Cavenaghi,¹⁸ desde a CIPD, a comunidade internacional tem reconhecido que o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva constitui uma condição fundamental para a igualdade de gênero e para o desenvolvimento social. Além disso, a autora argumenta que as evidências apontam a saúde sexual e reprodutiva como determinante para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na medida em que quatro dos oitos objetivos estão relacionados ao tema: promover a igualdade de gênero e a autonomia da mulher, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde da mãe e combater o HIV/Aids.

¹⁴ Suzana CAVENAGHI, 2006.

¹⁵ BRASIL, 1984.

¹⁶ ÁVILA e CORRÊA, 1999.

¹⁷ FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995.

¹⁸ CAVENAGHI, 2006.

¹⁹ BRASIL, 2006a.

²⁰ BRASIL, 2004.

²¹ BRASIL, 2006b.

²² BRASIL, 2006b, p. 56.

Nessa perspectiva, atualmente no cenário nacional observa-se uma proliferação de políticas de saúde voltadas especialmente às mulheres. Essas políticas são propostas e desenvolvidas pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que as mulheres representam 50,77% da população brasileira e são as principais freqüentadoras e/ou usuárias do SUS.¹⁹ Dentre elas destacamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004–2007),²⁰ que em seu documento apresenta como objetivos gerais: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Além disso, o Governo Federal instituiu 2004 como o Ano da Mulher, no Brasil, marcado principalmente pela realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e pela elaboração e pelo lançamento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).²¹ De acordo com o Relatório de Implementação do PNPM, essa política engloba uma série de objetivos, metas, prioridades e ações voltados para

a melhoria da saúde, garantia de direitos e ampliação do acesso aos serviços; direitos sexuais e direitos reprodutivos; redução da morbidade e mortalidade; ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher; garantia do acesso a anticoncepção e a exames; ampliação regional dos programas existentes; prevenção e controle do HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis; atenção obstétrica; e finalmente, a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez.²²

A partir desse enfoque, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva são produzidos políticas e programas voltados, especialmente, para a população feminina que assumem determinadas configurações de acordo com contextos históricos e culturais específicos, bem como com interesses econômicos e políticos. Nesse sentido, problematizar as questões relacionadas à saúde, neste caso, à saúde da mulher, torna-se importante, na medida em que compreendemos que os sujeitos são subjetivados e objetivados através de diversos discursos e práticas socioculturais que

se instituem no cotidiano, ensinando determinados modos de perceber o corpo e exercer a sexualidade.

Foucault, ao analisar a história da sexualidade,²³ não em “termos de repressão ou de lei, mas em termos de poder”,²⁴ mostra os mecanismos de poder criados na modernidade para se falar intensamente da sexualidade e através dela vigiar, gerenciar e normalizar os corpos dos indivíduos. Nesse sentido, uma contribuição que merece destaque nos estudos do autor diz respeito ao entendimento de poder na medida em que ele problematiza a noção tradicional de poder:

Dizendo poder, não quero significar “o poder”, como conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado. Também não entendo poder como modo de sujeição que, por oposição à violência, tenha a forma de regra. Enfim, não o entendo como um sistema geral de dominação exercida por um elemento ou grupo sobre outro e cujos efeitos, por derivações sucessivas, atravessam o corpo social inteiro.²⁵

Para o autor, o poder não emana de um centro – o Estado –, mas o poder atua como se fosse uma rede “a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis”.²⁶ Nessa rede, os indivíduos não só circulam mas estão em posição de exercer o poder e de sofrer sua ação.²⁷ Ao tomar o poder como uma relação de ações sobre ações – algo que se exerce, que se efetua e funciona em rede –, Foucault chama a atenção para o papel que uns exercem sobre os outros e para a multiplicidade de mecanismos de poder e resistência que funcionam no corpo social. Outro aspecto consiste em entender o poder não como coercitivo, repressivo e negativo, mas como produtivo: “ele inventa estratégias que o potencializam; ele engendra saberes que o justificam e encobrem; ele nos desobriga da violência e, assim, ele economiza os custos da dominação”.²⁸

Uma preocupação do autor será compreender como os procedimentos de poder produzem sujeitos dóceis, disciplinados, governáveis. Para Foucault, na época moderna apareceram duas tecnologias de poder que centram suas ações sobre a vida dos indivíduos: o poder disciplinar, que atua sobre os corpos dos indivíduos, e o biopoder, que atua sobre a população.²⁹ Embora o poder disciplinar venha atuando desde o século XVII, Foucault nos aponta que, no final do século XVIII e início do XIX, outra tecnologia, o biopoder, vem atuar juntamente com aquela, porém “não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por um feixe intermediário de relações”.³⁰

²³ Segundo Foucault, a sexualidade é um dispositivo histórico em forma de rede “em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder” (2003, p. 100).

²⁴ FOUCAULT, 2003, p. 88.

²⁵ FOUCAULT, 2003, p. 88.

²⁶ FOUCAULT, 2003, p. 90.

²⁷ FOUCAULT, 2006a.

²⁸ VEIGA-NETO, 2004, p. 63.

²⁹ FOUCAULT, 2003, 2005.

³⁰ FOUCAULT, 2003, p. 131.

³¹ FOUCAULT, 2005, 2006b.

³² FOUCAULT, 2006b.

³³ FOUCAULT, 2005, p. 292-293.

³⁴ FOUCAULT, 2005, p. 292-293.

³⁵ FOUCAULT, 2003.

³⁶ FOUCAULT, 2005.

³⁷ FOUCAULT, 2005, p. 301.

³⁸ FOUCAULT, 2005, p. 301.

O poder disciplinar, como um conjunto de minúsculas invenções/técnicas direcionadas aos corpos, possibilita o crescimento da utilidade das multiplicidades e o controle dos indivíduos.³¹ Segundo o autor,³² o indivíduo é uma fabricação dessa tecnologia que se denomina disciplina.

De acordo com o autor, biopoder refere-se aos mecanismos empregados para controlar os fenômenos da população como espécie. Na visão de Foucault, a vida biológica tornou-se um evento político, passando o biopoder a se ocupar com os fenômenos coletivos da população (a proporção de nascimentos e óbitos, a reprodução da população, a longevidade, a ocorrência de doenças etc.), centrais aos problemas econômicos e políticos de governo. Assim, a biopolítica lida com um novo corpo, um corpo múltiplo, “lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”.³³ Os mecanismos implantados pela biopolítica têm como objetivo a regulamentação da população, buscando controlar através de previsões, estimativas estatísticas e medições globais a série de eventos fortuitos que podem ocorrer na população e, eventualmente, modificar a probabilidade desses fenômenos.³⁴

Segundo Foucault,³⁵ a sexualidade encontra-se na articulação entre essas duas tecnologias – o poder disciplinar e o biopoder –, na medida em que é direcionada aos sujeitos uma série de procedimentos, tais como a vigilância, os controles constantes, as disposições espaciais, os exames médicos ou psicológicos, enfim, uma série de micropoderes sobre o corpo, como também as medidas massivas, as estimativas estatísticas, as intervenções e as campanhas que visam a todo corpo social. Portanto, a sexualidade é acesso tanto à vida do corpo quanto à vida da espécie.

De acordo com Foucault,³⁶ a partir do século XIX, a sexualidade adquiriu extrema valorização médica. Emergiu o entendimento segundo o qual a sexualidade, quando não é disciplinada e regulada, tem efeitos sobre o corpo, “sobre o corpo indisciplinado que é imediatamente punido por todas as doenças individuais que o devasso sexual atrai sobre si”³⁷ e sobre a população, “uma vez que se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações”.³⁸

Desde então, a medicina configura-se como uma estratégia política de intervenção, cujas ações se voltam aos problemas de saúde pública como, por exemplo, o controle da reprodução, das doenças sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids, entre outros. Conforme argumenta

³⁹ FOUCAULT, 2005, p. 302.

Foucault, “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores”.³⁹

Nesse sentido, percebemos o funcionamento de tecnologias direcionadas ao controle da sexualidade da população através de mecanismos de saber/poder como as políticas, as campanhas, os programas televisivos voltados à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Tais mecanismos, legitimados pelo saber/poder científico, apresentam como objetivo promover a saúde da população bem como promover uma sociedade disciplinada.

Desse modo, pensamos as políticas em saúde direcionadas aos corpos femininos como estratégias que vêm atuando para que as mulheres passem a ser responsáveis pela própria vida, pela vida dos filhos e do parceiro, fazendo uso dos conhecimentos médicos disponíveis, gerenciando seus corpos através da realização de exames preventivos de DST e HIV/Aids, de câncer de colo uterino, de câncer de mama, usando preservativo nas relações性uais e métodos contraceptivos etc.

A partir de tais entendimentos, as doenças ou as atitudes não saudáveis passam a estar relacionadas ao estilo de vida que cada pessoa mantém e aos “comportamentos de risco”⁴⁰ mantidos pelo sujeito, e são entendidas muitas vezes como resultado de resistência e/ou negligência à prevenção e ao cuidado com o corpo, bem como desconhecimento e falta de informação. Esse entendimento justifica-se pelo fato de já se terem à disposição várias prescrições apoiadas em saberes da medicina indicando atitudes, hábitos, regras, normas e estilos que dizem como o indivíduo, neste caso a mulher, deve proceder para viver de forma cada vez mais saudável e prevenir o seu corpo de doenças.

Considerando as proposições apresentadas até aqui acerca de alguns mecanismos de poder que atuam sobre o corpo e sobre a população é que buscamos, neste artigo, problematizar e compreender como e quais discursos acerca das DST e do HIV/Aids e das práticas de prevenção e cuidados com o corpo são significados e compartilhados pelas mulheres da Colméia.

Caminhos metodológicos: a investigação narrativa e o grupo focal

⁴¹ Michael CONNELLY e Jean CLANDININ, 1995, p. 16.

De acordo com Connelly e Clandinin,⁴¹ a narrativa situa-se em uma abordagem de investigação qualitativa, “pois está baseada na experiência vivida e nas qualidades

de vida e da educação". Para esses autores, o uso da narrativa como método de investigação justifica-se no entendimento de que somos seres contadores de histórias, somos seres que, tanto individual como socialmente, vivemos vidas narradas.

Nesse sentido, entendemos a narrativa como uma prática social que constitui os sujeitos, ou seja, é no processo de narrar e ouvir histórias que os sujeitos vão construindo tanto os sentidos de si, de suas experiências, quanto dos outros e do contexto em que estão inseridos.

Para Larrosa,⁴² a narrativa é uma modalidade discursiva na qual as histórias que contamos e as histórias que ouvimos, produzidas e mediadas no interior de determinadas práticas sociais, passam a construir a nossa história, a dar sentido a quem somos e a quem são os outros, constituindo assim as identidades – de gênero, sexual, racial, religiosa, profissional, de classe social, de mãe/pai, filha/o, esposa/o, entre outras. Desse modo, construímos e expressamos a nossa subjetividade a partir das formas linguísticas e discursivas que empregamos nas nossas narrativas.

Partindo do pressuposto de que a investigação narrativa permite a utilização de diversos instrumentos para a produção dos dados narrativos, elegemos como metodologia o grupo focal, que se caracteriza como uma técnica de pesquisa qualitativa muito utilizada quando se tem como objetivo conhecer "representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum".⁴³

Na utilização do grupo focal como metodologia de pesquisa reúne-se um conjunto de pessoas com o objetivo de discutir e comentar um tema específico que é objeto de pesquisa. Nesse sentido, a composição do grupo focal deve obedecer a algumas características comuns aos participantes de acordo com o propósito da pesquisa, como, por exemplo, relativas a gênero, à idade, às condições socioeconômicas, ao tipo de trabalho, ao estado civil, à escolaridade, ao lugar de residência.

Neste estudo, o grupo focal constituiu-se a partir do curso de extensão Mulher e Cidadania oferecido às mulheres integrantes da Associação Movimento Solidário Colméia com o propósito de estabelecer um espaço de discussão e reflexão sobre questões referentes ao corpo, a gênero e à sexualidade.

A Colméia é uma sociedade civil que tem como principal objetivo possibilitar o resgate da cidadania e a melhoria da qualidade de vida das famílias que a integram. Atualmente compõem a Colméia trinta e seis famílias, num total de cento e setenta pessoas, vivendo em situação de

⁴² Jorge LARROSA, 1996.

⁴³ Bernardete GATTI, 2005, p. 11.

extrema pobreza, as quais residem no bairro Castelo Branco e nos arredores, no município do Rio Grande/RS. A comunidade à qual estão direcionadas as ações da Colméia é composta de mulheres, homens e crianças que sobrevivem do lixão, catando ali desde alimentos até roupas, móveis e eletrodomésticos. As necessidades dessas pessoas exigem ações que foram condicionando o perfil da Associação Movimento Solidário Colméia. O pressuposto para que as famílias participem dos projetos é de que os filhos/as em idade escolar estejam regulamente matriculados/as e freqüentando a escola. Outro importante objetivo da Colméia é propiciar situações que proporcionem o auto-sustento dessas famílias. Para atingir os objetivos, vários projetos são desenvolvidos com mulheres, jovens e crianças, e se constituem de cursos, oficinas e encontros. Com a Fundação Universidade Federal do Rio Grande, através do Departamento de Educação e Ciências do Comportamento, foi implementado o curso de extensão Mulher e Cidadania, organizado pelo grupo de pesquisa Sexualidade e Escola, desenvolvido em oito encontros, durante os anos de 2004 e 2005, com duração de duas horas cada.

Dele participaram vinte mulheres com idade entre 18 e 60 anos, as quais estão em processo de escolarização (Educação de Jovens e Adultos) e qualificação profissional (cursos e oficinas com o objetivo de proporcionar o auto-sustento dessas mulheres). As mulheres que participaram dos encontros são donas-de-casa, mães, com cinco filhos em média, a maioria com companheiros/esposos, e apenas uma delas exerce atividade remunerada. Tais mulheres apresentam extrema carência socioeconômica, desconhecem os seus direitos sociais, sofrem ou já foram vítimas de abusos sexuais, violência e maus-tratos por parte dos maridos ou companheiros, e, na maioria de suas famílias, há a ocorrência do alcoolismo e tabagismo, entre tantas outras questões que fazem parte da atual crise socioambiental.

O curso funcionou como um espaço em que as mulheres contaram e ouviram algumas histórias a respeito de suas vidas, do que pensavam em relação ao seu corpo e à sua sexualidade, de suas relações sociais, identidades, crenças, mitos, valores, atitudes e sentimentos, ou seja, um “lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si”.⁴⁴ Essa estratégia também tinha como objetivo problematizar, desestabilizar e desnaturalizar as histórias narradas por essas mulheres e, eventualmente, modificar os significados atribuídos por elas ao corpo, a gênero e à sexualidade.

As discussões no grupo focal são geradas a partir de um assunto específico (foco) previamente estabelecido

⁴⁴ LARROSA, 2002, p. 57.

pelos/as pesquisadores/as, de acordo com os objetivos da pesquisa, e devem ocorrer de forma que propiciem a interação de todos os participantes do grupo. Para tanto, os/as pesquisadores/as representam um papel importante no grupo, pois atuam como mediadores/as, coordenando as discussões e as atividades referentes à proposta de produzir as informações. A proposta do grupo focal não é estabelecer o consenso, mas criar condições para que os participantes explicitem seus pontos de vista, interagindo entre si.

Nesse sentido, os encontros do curso Mulher e Cidadania foram previamente planejados e organizados pela equipe de pesquisa do grupo Sexualidade e Escola (coordenadora do curso, mestrandas, bolsista de iniciação científica da FAPERGS e outros participantes), que elaborou questões flexíveis e atividades a fim de gerar as discussões no grupo, em função dos eixos norteadores do curso – corpo, gênero e sexualidade. Todos os encontros foram realizados na Escola Municipal de Ensino Fundamental João de Oliveira Martins, localizada no bairro Castelo Branco, pois essa escola, além de disponibilizar o espaço físico para a realização das ações da Colméia, também é o lugar em que estudam os/as filhos/as das mulheres que integram essa associação, aspecto que facilitou a participação delas no curso, pois, ao levarem os filhos/as à escola, lá permaneciam para participar das atividades do curso.

As várias maneiras de se registrarem as interações do grupo, dentre elas, a gravação em áudio e em vídeo durante as discussões, possibilitaram uma análise mais detalhada dos dados produzidos. Assim, alguns encontros do curso Mulher e Cidadania foram filmados e outros momentos, como as discussões em pequenos grupos, foram gravados em fitas cassetes a fim de que as falas ficassem registradas, o que seria difícil obter apenas com a filmagem. Outras estratégias foram utilizadas para complementar a produção dos dados narrativos, como a realização de entrevistas individuais semi-estruturadas e o preenchimento de um questionário, com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre as participantes do curso através de algumas informações, tais como nível de escolaridade, idade, número de filhos/as, tipos de partos, doenças que já teve, estado civil, condições socioeconômicas, profissão, moradia, entre outras.

No que se refere às questões éticas, solicitamos que cada uma das participantes do curso escolhesse um codinome a fim de preservar seus nomes no momento em que os dados narrativos fossem apresentados. Também elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando às participantes os objetivos e os procedimentos

adotados ao longo dos encontros, esclarecendo os compromissos a serem assumidos por ambas as partes.

Ao optar por esse tipo de metodologia de investigação, é importante que os/as pesquisadores/as compreendam que os/as participantes de um grupo focal “estão se expressando num contexto específico, em interações que são próprias daquele conjunto de participantes e, por isso, os pontos de vista de cada um deles não podem ser tomados como posições definitivas”.⁴⁵ Nesse sentido, as narrativas produzidas se configuraram como contingentes, provisórias, limitadas ao contexto em que transcorreram.

A estratégia de análise consistiu em “olhar” nas narrativas dessas mulheres – falas, cartazes, desenhos, ações, expressões – o que elas contam sobre suas vidas, sobre seus corpos, sobre a sua saúde reprodutiva e sexual, buscando compreender e problematizar os discursos e as práticas sociais que estiveram e estão implicados na produção dessas mulheres.

Analizando as narrativas das mulheres da Colméia

Neste artigo, buscamos investigar e compreender a rede de discursos acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres integrantes da Colméia com o propósito de compreender em que medida elas são interpeladas pelos discursos referentes à Educação em Saúde, em especial as políticas e as campanhas direcionadas ao corpo feminino. Para tanto, (re)visitamos os encontros do curso Mulher e Cidadania buscando focalizar os momentos em que problematizamos as políticas e as ações relacionadas à igualdade de gênero, ao acesso à educação, às políticas públicas em saúde, principalmente, as direcionadas aos “direitos reprodutivos e sexuais”,⁴⁶ à assistência pré-natal, à utilização de contraceptivos voluntários, seguros e legais, ao acesso à informação sexual e à prevenção das DST/Aids e aos exames preventivos. As narrativas analisadas a seguir trazem alguns aspectos referentes à saúde sexual e reprodutiva, às práticas de prevenção e cuidados com o corpo e ao modo como são significadas e compartilhadas por essas mulheres.

No que se refere à saúde reprodutiva dessas mulheres, observamos que a maioria delas utiliza o comprimido oral ou fez a esterilização feminina, o que podemos verificar nas seguintes narrativas:

Eu tomo pílula, não esqueço de tomar a pílula.⁴⁷

O primeiro foi normal, e o segundo, o terceiro eu tive

⁴⁵ GATTI, 2005, p. 68.

⁴⁶ Direitos reprodutivos referem-se ao 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 correspondem ao direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); de escolher o(a) parceiro(a) sexual; de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; de ter relação sexual independente da reprodução; ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006c).

⁴⁷ Maria. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁴⁸ Júlia. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁴⁹ Laura. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁵⁰ Margareth ARILHA, 2006.

que fazer cesária, porque eu ia fazer ligamento, então eu tinha que fazer cesária.⁴⁸

Eu tomei uma vez [comprimido], mas eu menstruava, três, quatro vezes no mês. O médico mandou eu parar de tomar e disse pra mim: o único método que tem de tu evitar família é tu usando a camisinha e depois, que aí eu era casada né, aí depois conforme for passando os anos se tu quiser fazer ligamento, e assim mesmo usa camisinha né por causa das doenças, porque não é só filho hoje em dia.⁴⁹

De acordo com Arilha,⁵⁰ a utilização de métodos contraceptivos tem atingido no Brasil níveis consideráveis comparados aos dos países desenvolvidos. Assim como ocorreu em outros países da América Latina, o desenvolvimento econômico e as diversas “intervenções” do Estado afetaram os padrões reprodutivos no Brasil, especialmente considerando as mudanças nos padrões ocupacionais das mulheres. Além desses aspectos, contribuíram também a existência de uma ativa rede de organizações não-governamentais voltadas para ações de planejamento familiar, o desenvolvimento de programas de saúde pelo Ministério da Saúde, bem como a disseminação de canais de televisão nacionais promovendo a utilização de anticoncepcionais. Segundo a autora acima citada, a redução da fecundidade fez com que as taxas passassem da média de 4,5 filhos na década de oitenta para 2,5 na década de noventa. Contudo, a autora adverte que essa redução foi obtida pelo elevado uso da esterilização feminina e da pílula no Brasil, respectivamente, por 44% e 41% das mulheres, com idade entre 15 e 54 anos. Com relação à esterilização, cabe ressaltar que somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou pelo menos com dois filhos vivos (artigo 10, I da Lei n. 9.263/1996), sendo principalmente vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto ou aborto, exceto em caso de risco de vida para a mulher, conforme artigo 10, § 2º da Lei n. 9263/1996 e Portaria SAS/MS n. 048, de 11 de fevereiro de 1999, que regulamenta a esterilização nos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, ao analisarmos as narrativas das participantes, percebemos que existem alguns problemas associados à esterilização feminina, principalmente os problemas de violação da ética médica e dos direitos reprodutivos, tais como o direito de ser informada e entender a irreversibilidade do procedimento, o direito de ter o processo de decisão apoiado e orientado psicologicamente, o direito de ter informações sobre a cesárea e de ter uma esterilização não associada ao parto.

⁵¹ FOUCAULT, 2003, 2005.

O corpo da mulher encontra-se atravessado por uma rede de estratégias de governo do seu corpo, da sua sexualidade; nele articulam-se procedimentos direcionados aos fenômenos da vida como as campanhas de esterilização ou de contracepção. De acordo com Foucault,⁵¹ diversas estratégias vão difundir-se no tecido social buscando disciplinar o corpo dos indivíduos e regular a vida da população. Além das estratégias acima citadas, percebemos em funcionamento o discurso médico, que, ao investir no corpo da mulher, gerencia, por exemplo, o número de filhos que uma mãe pode ou deve ter. Nessa perspectiva, entendemos que a biopolítica vem atuando no controle da natalidade, que, através de diversas ações – como o incentivo ao uso dos métodos contraceptivos, principalmente o comprimido oral e a camisinha – ou da adesão a métodos irreversíveis – como a esterilização feminina –, busca controlar e governar os corpos femininos.

Também é pertinente considerar que, a partir da perspectiva teórica que adotamos neste estudo, dados estatísticos, como os acima citados, não refletem seguramente a realidade, mas estão implicados com sua produção, uma vez que é através desses dados que algumas estratégias e mecanismos de controle são desenvolvidos.⁵² Dentre eles destacamos o planejamento familiar, implementado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que incentivava o uso e propiciava a oferta de métodos contraceptivos aliados ao acompanhamento médico como garantia da efetividade do programa.

Ainda no que se refere ao programa de planejamento familiar, de acordo com dados publicados pelo Ministério da Saúde,⁵³ desde agosto de 2005 novas estratégias vêm sendo adotadas para a efetividade do programa, que resumidamente aponta: a compra de 100% dos métodos anticoncepcionais para as usuárias do SUS e a disponibilização dos contraceptivos a serem efetivamente encontrados nas unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; e ainda a ampliação e o acesso aos procedimentos de laqueadura e vasectomia no SUS. Conforme mostram os dados publicados pelo Ministério da Saúde⁵⁴ de julho a dezembro de 2005, foram distribuídas 12 milhões de cartelas de pílula combinada, 787 mil cartelas de minipílula (que podem ser usadas por mulheres em fase de amamentação), 311 mil ampolas de anticoncepcional injetável mensal; foram realizadas 16.842 laqueaduras e 6.298 vasectomias nas aproximadamente 570 instituições de saúde habilitadas a realizar essas cirurgias pelo SUS, de acordo com a Lei do Planejamento Familiar.

⁵² FOUCAULT, 2005.

⁵³ BRASIL, 2006a.

⁵⁴ BRASIL, 2006a.

Um outro mecanismo dessa tecnologia de poder está presente hoje de uma forma intensificada na mídia, trata-se das campanhas governamentais destinadas ao controle e à prevenção do HIV/Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis que enfatizam, entre outros aspectos, a utilização da camisinha, geralmente a masculina, em todas as relações sexuais.

Com relação ao uso da camisinha masculina nas práticas性uais com seus parceiros, algumas mulheres manifestaram que não utilizam o preservativo. O não uso da camisinha aparece justificado, ora pela insatisfação do companheiro em utilizá-la, ora por não ser necessário nas práticas性uais estáveis. As falas das mulheres sugerem que elas se encontram em condições submissas em relação ao parceiro e que não conseguem se impor em suas relações afetivas e性uais, ficando a critério do parceiro determinar a utilização do preservativo. Isso é possível perceber nas seguintes falas, nas quais as mulheres destacam os argumentos dos homens, os quais se encontram associados ao prazer corporal:

Só às vezes, não é sempre, ele não gosta muito. Ele diz que é ruim, que não sente prazer, tá aí eu deixo, tudo bem.⁵⁵

Nem vou usar, só se eu usar a feminina porque ele não usa de jeito nenhum. Ele diz que tem horror daquilo. Ele diz que não vai andar ensacado com aquele troço (risos).⁵⁶

Não nunca usou assim, ele dizia que não gostava, que sentia como se tivesse sufocado. É brincando ele falou assim entende esse? Pra que, se eu não ando com ninguém? É só nós [fala do marido]. Mas eu tentei explicar um monte de vez pra ele [...].⁵⁷

Nesse sentido, um aspecto fundamental a ser considerado na análise das narrativas dessas mulheres são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existentes entre homens e mulheres. Conseqüentemente, esse poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual ou ainda pela violência física e sexual contra as mulheres. Na nossa sociedade, o exercício da masculinidade associado ao entendimento de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras性uais e que as práticas性uais sem o uso do preservativo são mais prazerosas está implicado na vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção do HIV/Aids e de outras DST.⁵⁸

⁵⁵ Fernanda. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁵⁶ Claudia. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁵⁷ Paula. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁵⁸ BRASIL, 2007.

Entretanto, com essas considerações não estamos enfatizando a concepção de um homem dominante sobre uma mulher dominada, como se a mulher fosse a vítima ou a culpada por sua condição social hierarquicamente subordinada. Os pressupostos teóricos em que ancoramos nossa pesquisa problematizam esses entendimentos na medida em que as relações de gênero são engendradas por relações de poder e que essas relações de forças, lutas e embates produzem resistências⁵⁹. Segundo Foucault,⁶⁰ não podemos tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros; neste caso, do homem sobre a mulher. Assim, torna-se importante pensar no exercício do poder, uma vez que o homem não detém o poder sobre a mulher, mas ambos exercem e sofrem os efeitos de suas ações. Portanto, os sujeitos não são alvos inertes do poder, eles podem resistir, contestar, transgredir ou negociar nas relações sociais. Contudo, é importante destacar que, para Foucault, o exercício do poder sempre se dá entre indivíduos livres, pois somente o indivíduo livre é que tem possibilidade de resistir; caso contrário, o que se verifica, segundo o autor, não é uma relação de poder, mas sim uma relação de violência. Assim, as relações de gênero e as relações de poder entre os gêneros interferem nas práticas sexuais mais seguras.

Na narrativa que segue, a mulher toma a iniciativa de propor ao parceiro a introdução do preservativo na relação, como refere: *ele disse: ai eu não gosto disso aí. Aí eu disse pra ele vai ter que ser só assim, aí ele usou;*⁶¹ ou ainda, pede que, pelo menos na rua, com outras mulheres, ele use o preservativo para não trazer nenhuma doença pra dentro de casa, como conta outra: *Uso com o meu parceiro, porque eu tenho medo que ele anda pra lá e pra cá, apesar de eu saber que ele diz que se cuida né, que ele carrega camisinha que eu mando ele carregar e usar [...].*⁶² Nesse sentido, podemos perceber que essas mulheres têm sido interpeladas pelos discursos do “sexo seguro” e da “negociação do sexo seguro”, que têm sido enfatizados com freqüência nas campanhas de prevenção às DST e ao HIV/Aids.⁶³ Tais campanhas endereçam discursos aos sujeitos, especialmente às mulheres, com um forte apelo ao uso da camisinha masculina nas relações性uais, mostrando a mulher como condutora do processo de negociação na tentativa de incentivar que as mulheres se tornem sujeitos disciplinados e autônomos. Assim, consideramos que as integrantes da Colméia estão sendo convocadas pelos discursos preventivos das DST e do HIV/Aids na direção de que são responsáveis por sua própria proteção e pela proteção do parceiro, assim como também pela noção de que os homens por “natureza” traem.

⁵⁹ Para Foucault, “não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que para tanto venham a se superpor” (1995b, p. 248).

⁶⁰ FOUCAULT, 2006a.

⁶¹ Júlia. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁶² Gabriela. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁶³ Dora OLIVEIRA et al., 2004.

⁶⁴ MEYER et al., 2004.

Na vida cotidiana dessas mulheres, a essencialização de que o homem, por natureza, é dotado de um impulso sexual que não consegue controlar parece funcionar como um mecanismo que explica a infidelidade masculina.⁶⁴ As narrativas apresentadas a seguir ilustram esses entendimentos:

Só me cuido porque homem é homem né. Porque homem a gente não sabe pode andar com outras mulheres, vai pro serviço e a gente não sabe o que fazem na rua, a gente fica em casa cuidando os filhos né, aí eu uso a camisinha.⁶⁵

Eu me cuido por causa da sífilis, das outras coisas todas, ele viaja, ele sai. Eu sei se ele anda com alguém? Eu sei se ele vai me trazer alguma coisa?⁶⁶

De acordo com Oliveira et al.,⁶⁷ a partir da constatação da feminização da AIDS, a negociação sexual passa a ter uma maior importância na proteção das mulheres contra a infecção pelo HIV/Aids como estratégia para a diminuição da transmissão heterossexual. Segundo os autores, "nas análises das causas do avanço da epidemia entre mulheres enfatiza-se, cada vez mais, que tal avanço tem a ver com as desigualdades de poder que, tradicionalmente, organizam as relações mulheres/homens em todas as dimensões do social".⁶⁸

Nesse contexto, uma das questões usualmente enfocadas que assumem nova importância a partir da percepção de que as mulheres são vulneráveis ao vírus é a dificuldade que elas têm de negociar com seus parceiros a adoção de medidas preventivas, pois a camisinha masculina é um método controlado pelos homens. Tal fator levou ao reposicionamento das mulheres no contexto da prevenção do HIV/Aids no sentido de que é preciso promover a capacitação das mulheres para a negociação do sexo seguro, capacitação que tem sido, freqüentemente, buscada através das campanhas governamentais direcionadas à saúde sexual e reprodutiva da mulher, veiculadas em diversas instâncias, entre elas a televisão.

Nessa direção, Santos,⁶⁹ ao analisar um conjunto de anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção ao HIV/Aids apresentados pelo Ministério da Saúde, no período de 1986 a 2000, estabeleceu que, entre os anos de 1994 e 2000, a "descoberta" das mulheres como um dos segmentos da população em que mais crescia a infecção pelo HIV teve como consequência um maior número de anúncios de prevenção voltados às mulheres, enfatizando a auto-estima e o empowerment feminino. Essas campanhas de prevenção operam com "representações que posicionam e definem ações de promoção de saúde e

⁶⁸ Oliveira et al., 2004, p. 3.

⁶⁹ Luís Henrique SANTOS, 2002.

⁷⁰ MEYER et al., 2004, p. 57.

prevenção de doenças como atribuições femininas, as quais são produzidas ou assumidas e reforçadas pelos próprios conhecimentos e políticas que norteiam e legitimam tais ações".⁷⁰ No contexto educativo dessas campanhas, o fortalecimento da auto-estima das mulheres e a capacidade de negociação do uso do preservativo em todas as relações sexuais, geralmente o masculino, são estratégias importantes para garantir a efetividade dessas campanhas.

Nessa perspectiva, a feminização da Aids ganha atenção especial no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST,⁷¹ apresentado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério da Saúde, junto ao Programa Nacional de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher. O plano tem como objetivo enfrentar a feminização da epidemia do HIV/Aids e de outras DST por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.

Ainda no que se refere à prevenção das DST e do HIV/Aids através do uso da camisinha, destacamos, como ilustração, a análise de um diálogo que emergiu no grupo com relação ao uso da camisinha feminina, no qual as mulheres argumentaram que a camisinha feminina "machuca" o corpo da mulher ou que não sentiam prazer ao usá-la.

Joana: A camisinha da mulher é mais diferente de usar [...]

Pesquisadora: Tu usa?

Joana: Eu uso.

Pesquisadora: E tu gosta?

Joana: Sinceramente não.

Pesquisadora: Por que tu não gosta?

Joana: Ah, porque [...] Eu não sinto vontade de nada [...]

Pesquisadora: Ela não te dá prazer?

Joana: É isso aí.

Pesquisadora: Alguém aqui que já usou também acha isso?

Paula: Eu dei pra minha irmã usar e ela não gostou, ela disse que machuca.

Pesquisadora: E tu nunca tentaste usar a camisinha feminina?

Maria: Não porque eu não sei, todo mundo fala que dói né [...]

Pesquisadora: E a feminina tu já tentaste usar?

Letícia: Ah já usei, mas não gostei. Preferia mais essas [...]

Pesquisadora: Por que tu não gostaste?

Letícia: Ah porque machucou. Só essa aí [referindo-se à camisinha feminina] eu não gostei, eu porque me machucou né, e ele não gostou também.

Essas narrativas nos levam a pensar que, na nossa cultura, desde muito cedo, os sujeitos aprendem a vergonha, a culpa, o que é permitido ou proibido, quem pode fazer o quê, o que é permitido mostrar ou esconder; experimentam a censura, o controle e a vigilância. Aprendem que as questões da sexualidade são assuntos privados e que conhecer seu corpo não é permitido, aspectos que são importantes para que a mulher consiga introduzir a camisinha feminina na relação sexual.

Outra questão importante que foi abordada com as mulheres diz respeito à realização do exame que previne o câncer de colo uterino. Das vinte mulheres que participaram do curso, apenas quatro delas disseram ter feito pelo menos uma vez o exame. Quando comentávamos no grupo acerca dos exames preventivos e dos sentimentos associados a eles e aos seus corpos, emergiram as seguintes narrativas:

Não. Vou ter que fazer, tá marcado já. Tô com pânico de fazer porque umas dizem que é horrível. Outras dizem que não, não sei.⁷²

Eu não, eu tenho medo.⁷³

Ah, eu já fiz e não gostei, eu até tava dizendo pra ela que eu tenho que fazer de novo, mas eu tô pensando. Dói muito guria!⁷⁴

Eu nunca fiz nenhum exame. Tinha que fazer o colo do útero, não fiz também, não fiz nenhum desses.⁷⁵

Eu tinha vergonha, a maioria aqui tem vergonha. Eu não sei explicar, era vergonha mesmo. Podiam até dizer: ah com um monte de filho que ela tem e a idade que ela tem, ela ter vergonha. Mas até o médico quando eu tava grávida dos meus filhos que eu tinha que fazer o exame que chamam de toque né, eu tinha vergonha igual (risos) né, a gente não tá acostumada sei lá [...].⁷⁶

O papanicolau é um dos mais importantes exames de prevenção das doenças relacionadas ao sistema reprodutor feminino. Também cabe destacar que, além de

⁷² Claudia. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁷³ Helena. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁷⁴ Maria. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁷⁵ Fernanda. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

⁷⁶ Paula. Entrevista realizada no curso Mulher e Cidadania.

ser um exame simples, é disponibilizado gratuitamente por meio do SUS e na Liga Feminina de Combate ao Câncer no município do Rio Grande. Porém, essas narrativas demonstram que muitas mulheres ainda resistem em fazer esse exame por medo, vergonha, desconhecimento do próprio corpo, falta de informações, entre outros motivos que as deixam vulneráveis e suscetíveis não somente ao câncer do colo de útero, como também às DST e ao HIV/Aids.

Nessa perspectiva, entendemos que o papanicolau constitui-se como uma estratégia política de controle da saúde, cujas ações pautadas em um saber/poder científico pretendem prevenir e controlar possíveis doenças da mulher vista como universal. As estratégias lançadas pelas políticas públicas em saúde objetivam que o sujeito seja responsável por sua saúde, tomando a iniciativa de realizar os exames preventivos, gerindo assim a sua própria vida. No entanto, ao desconsiderarem os sentimentos e os motivos particulares das pessoas, deixam à "margem" um número significativo de mulheres, neste caso.

Ainda algumas considerações

Ao (re)visitarmos alguns encontros do curso Mulher e Cidadania, fomos (re)construindo e (re)significando as narrativas produzidas pelas mulheres da Colméia. Neste artigo, buscamos discutir e problematizar alguns discursos e práticas sociais que estão implicados na produção de determinados tipos de sujeito, (con)formando e governando os corpos e a vida das pessoas, de acordo com códigos, regras e convenções estabelecidos social e culturalmente.

Nesse sentido, entendemos que as mulheres desta pesquisa estão sendo inscritas por significados que circulam nas recorrentes políticas e campanhas voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde sexual e reprodutiva. Essas políticas e campanhas, através dos discursos biológico e médico direcionados ao corpo – os conhecimentos anatomoefisiológicos, os mecanismos das doenças e as formas de prevenção e de controle –, pretendem assegurar proteção contra as DST e o HIV/Aids, melhorar a escolha dos métodos contraceptivos, diminuir a taxa de natalidade, disciplinar os indivíduos etc., regulando a vida das pessoas e, assim, regulando o corpo social. Essas instâncias, como estratégias pedagógicas, apresentam comportamentos que devem ser seguidos pela população e que interferem nas escolhas pessoais, estabelecendo como mulheres e homens podem ou devem ser para viver suas vidas de forma mais saudável. Portanto, tais instâncias exercem uma pedagogia, que além de ensinar como se prevenir das DST, do HIV/Aids, do câncer de mama, do HPV, também atua na produção

dos corpos e das identidades de gênero e sexuais. Também percebemos nas narrativas dessas mulheres que, se por um lado, são interpeladas por essas estratégias como, por exemplo, a utilização de preservativos e da pílula, a realização do auto-exame da mama, a adesão à laqueadura, por outro, elas resistem não realizando os exames preventivos de câncer de colo uterino e não utilizando a camisinha (feminina e masculina).

Nessa perspectiva, a Educação em Saúde parece operar com o pressuposto de que todas as mulheres são iguais, o que significa a existência de uma mulher “universal”, a quem cabe a iniciativa e a responsabilidade pela negociação do uso do preservativo, bem como a responsabilidade em proteger a saúde do parceiro, dos filhos e delas próprias, representações que os discursos de saúde, entre outros, produzem, reforçam e colocam em circulação. No contexto desta discussão, entendemos que ser mulher se define não só de modo relacional ao ser homem, em um determinado contexto histórico, cultural e social, mas também em relação às diferentes possibilidades de se estabelecerem e viverem o corpo e a sexualidade nos mesmos contextos.⁷⁷

Portanto, precisamos desestabilizar e desconstruir a existência de uma “natureza” ou “essência” que conduza a determinados tipos de comportamentos ou preferências por essas mulheres e por seus parceiros, ressaltando o quanto há de investimento, na nossa sociedade, para que tais comportamentos se efetivem como uma prática comum e aceitável. Assim, consideramos que é nessa multiplicidade de comportamentos, desejos, sentimentos e preferências que as campanhas e os programas em Educação em Saúde devem ser pensados.

Para finalizar, acreditamos que discutir e problematizar alguns discursos e práticas sociais pode contribuir com outras formas de compreender mulheres e homens, entendendo que existem diferentes formas de se viverem a feminilidade e a masculinidade, de cuidar e perceber o corpo e exercer a sexualidade, o que pode colaborar com a construção de uma sociedade mais justa e mais igualitária no que se refere a gênero em todas as suas relações.

Referências bibliográficas

- ARILHA, Margareth. “Contracepção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres”. In: BERQUÓ, Elza. *Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil*. Disponível em: <http://www.fhi.org/en/rh/pubs/wsp/brazilabsport.htm>. Acesso em: 5 jul. 2006.

- ÁVILA, Maria Bethânia de Melo; CORRÊA, Sônia. "O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos". In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-103.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1984. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 30 set. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher*. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1987. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNSD_mulher_parte_I.pdf. Acesso em: 4 jun. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Plano de Ação 2004–2007. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 10 ago. 2006a.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Relatório de Implementação – 2005, 2006*. Brasília, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. *Cartilha dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Brasília, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf. Acesso em: 5 ago. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, 2007.
- CAVENAGHI, Suzana (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006.
- CONNELLY, Michael; CLANDININ, Jean. "Relatos de experiencia e investigación narrativa". In: LARROSA, Jorge e al. *Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona: Laertes, 1995. p. 11-59.
- COSTA, Marisa Vorraber. "Estudos Culturais – para além das fronteiras disciplinares". In: _____ (Org.). *Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema...* Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004. p. 13-36.
- FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995a.

- _____. "O sujeito e o poder". In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. *Michel Foucault "uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b. p. 231-249.
- _____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.
- _____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2006b.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO – CIPD'94, 1995, Nova Iorque.
- GASTALDO, Denise. "É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de biopoder". *Revista Educação & Realidade*, v. 22, n. 1, p. 147-168, 1997.
- GATTI, Bernardete Angelina. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Líber Livro, 2005.
- LARROSA, Jorge. "Narrativa, identidad y desidentificación". In: _____. *La experiencia de la lectura*. Barcelona: Laertes, 1996. p. 461-484.
- _____. "Tecnologias do Eu e educação". In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 35-86.
- LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MEYER, Dagmar Estermann. "Gênero e educação: teoria e política". In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 9-27.
- MEYER, Dagmar Estermann et al. "'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS". *Revista Estudos Feministas*, v. 12, n. 2, p. 51-76, 2004.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de et al. "A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, set./oct. 2004. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500025&lng=pt. Acesso em: 4 jun. 2007.

- PETERS, Michael. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- PINTO, Célio R. Jardim. *Com a palavra o Senhor Presidente José Sarney. O discurso do Plano Cruzado*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- RIBEIRO, Paula Regina Costa; DAZZI, Mirian Baldo. "Representações associadas à AIDS nos livros didáticos de ciências". *Estudos Leopoldenses*, v. 4, n. 6, p. 61-80, 2000. (Série Educação).
- SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986'2000)*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- _____. "A produção social da identidade e da diferença". In: _____. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 73-102.
- VEIGA-NETO, Alfredo. "Michel Foucault e os Estudos Culturais". In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema...* Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004. p. 37-69.

[Recebido em fevereiro de 2007
e aceito para publicação em outubro de 2007]

The Feminine Bodies' Government between Garbage Collectors: (Re)Thinking some Implications of Health Education

Abstract: In this present work, we aimed at analyzing the discourses on sexual and reproductive health of women who join the Solidary Movement Association Beehive, in order to understand to what extent these women have been focused by the discourses of education in health, more specifically, the policies and campaigns towards female bodies. To do so, we analyzed the women's narratives produced along the meetings of the course Women and Citizenship. In this study, we problematized how such discourses inscribe different signs in the bodies, teaching habits, values, beliefs, ways of perceiving, being and acting as women as well as thinking and acting towards their bodies. In this sense, we established connections with the cultural and gender studies in its post-structuralist verges, and with some propositions of Michel Foucault.

Key Words: Women; Sexual and Reproductive Health; Biopolicies; Education in Health.