

Capítulo 52

EPIDEMIOLOGIA, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

Estela M. L. Aquino

Thália V. Barreto-de-Araújo

Greice M.S. Menezes

Lilian F. B. Marinho

INTRODUÇÃO

A Epidemiologia, desde suas origens, tem tratado de fenômenos ligados à reprodução humana, produzindo conhecimentos que orientam políticas públicas e influenciam comportamentos sociais.

Exemplo clássico remonta ao século XIX, quando Ignaz Semmelweis constatou que a mortalidade de parturientes atendidas por médicos e estudantes de medicina era cinco vezes superior a daquelas atendidas por parteiras (Buck et al, 1994). Observou que os médicos faziam autópsias e, em seguida, examinavam as mulheres, concluindo que desse modo transmitiam a doença que ocasionava as mortes. Ao propor como norma a lavagem das mãos entre os procedimentos, reduziu a mortalidade, antes do descobrimento dos microrganismos por Pasteur, quando vigorava a teoria dos miasmas.

É digno de nota que o conceito de risco tenha sido utilizado por referência a populações humanas, pela primeira vez, em estudo sobre mortalidade materna, de William Howard Jr, publicado em 1921 na revista que originou o American Journal of Epidemiology (Ayres, 1997), como vimos no Capítulo 5.

São inúmeros os estudos sobre reprodução e saúde, sendo clássicos o “Catarata congênita causada por rubéola materna” e o “Adenocarcinoma de la vagina: relación entre terapia materna com estilbestrol y la aparición de tumores em mujeres jóvenes” (Buck et al, 1994).

Após longo tempo praticamente ausente da literatura epidemiológica, a sexualidade despertou interesse mais recentemente. Fatores sexuais eram descritos apenas na transmissão direta de doenças, recebendo tratamento moral na descrição de perfis de adoecimento. É exemplo a *promiscuidade sexual*, atribuída às mulheres pobres da África e da América Latina, as quais seriam mais acometidas pelo câncer cérvico-uterino¹. Ainda, quando se tratava do câncer de próstata, a multiparceria dos homens era registrada como *maior energia sexual, maior atividade sexual* ou *sexualidade mais pronunciada* (Faerstein et al, 1989).

Com o aparecimento da Aids, nos anos de 1980, a sexualidade legitimou-se como objeto de investigação científica na Epidemiologia. Insucessos iniciais das estratégias convencionais de controle da epidemia e sua rápida expansão para além dos chamados grupos de risco

¹ Posteriormente estabeleceu-se a relação deste câncer com o vírus HPV, de transmissão sexual, principalmente em decorrência da multiparceria dos cônjuges destas mulheres (Brinton et al, 1989).

mobilizaram enormes recursos materiais e humanos, resultando em vigorosa produção científica, inclusive sobre sexualidade e saúde (conforme o Capítulo 42).

Hoje, apesar da relevância conferida à sexualidade e à reprodução na Epidemiologia, chama atenção a ausência desta temática nos manuais didáticos da disciplina, exceção feita ao *Modern Epidemiology*, de Rothman & Greenland que, desde a primeira edição em 1998, dedica um capítulo a *Reproductive Epidemiology* (Weinberg e Wilcox, 2008).

Embora pouco freqüentes internacionalmente e inexistentes no Brasil, é possível encontrar obras dedicadas à Epidemiologia Reprodutiva (Kallén, 1991; Wingo, 1991; Murray & López, 1998; Merrill, 2010), ou conteúdos afins incluídos em outras sobre saúde das mulheres (Wingood & DiClemente, 2002). Tais iniciativas buscam superar lacuna na formação dos epidemiologistas para dar conta de um dos grandes desafios contemporâneos neste campo.

No presente capítulo, procura-se discutir o que confere especificidade ao uso de métodos epidemiológicos para estudos da reprodução e da sexualidade, apresentando e discutindo aspectos teóricos, metodológicos e éticos, além de aplicações na vigilância epidemiológica e no monitoramento de políticas públicas.

EPIDEMIOLOGIA APLICADA À SEXUALIDADE E À REPRODUÇÃO: UM (NOVO) CAMPO TEMÁTICO

Até a década de 1970, os estudos epidemiológicos enfocando a reprodução podiam ser englobados na chamada saúde materno-infantil, que privilegiava a saúde das crianças (Aquino, 2006). Isso se apoiava em concepções do século XIX, por ocasião da constituição dos Estados modernos ocidentais. A idéia de que o povo é a maior riqueza de uma nação motivou o incentivo ao nascimento de cidadãos saudáveis, justificando o aumento do interesse na gravidez, no parto, no aleitamento e na puericultura (Rohden, 2001). A higiene no interior da família assumiu importância crescente e a mulher passou a ser valorizada como mãe e esposa, em projeto médico de proteção à infância (Nunes, 1991).

Durante muito tempo, a produção de conhecimentos biomédicos esteve influenciada por essas concepções (Inhorn & Whittle, 2001) que resultavam nas seguintes características:

- A saúde das mulheres era definida em termos da sua função reprodutiva, incorrendo-se em essencialismo biológico, segundo o qual elas seriam frágeis e vulneráveis, além de prioritariamente aptas à maternidade;
- As diferenças em saúde entre os sexos eram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras, que justificavam diferentes papéis sociais para homens e mulheres e sustentavam desigualdades sociais;
- O homem era tomado como representante da *norma* e a mulher como *outro*, especial, desviante; ainda assim, o modelo universal masculino não contemplava os homens em sua diversidade social, cultural e étnica;
- As mulheres e seus corpos tornaram-se objeto privilegiado de regulação e intervenção, com crescente medicalização de eventos fisiológicos, tais como a menstruação, a gravidez e a menopausa.

Dentro desse paradigma, a reprodução era fenômeno analisado unicamente em sua dimensão biológica, que dizia respeito apenas às mulheres. Isso se refletiu nas pesquisas

sobre o tema, mas também no modo como se organizou a assistência e foram implementadas as políticas de saúde.

Historicamente, a Epidemiologia tem privilegiado abordagens biológicas em detrimento de teorias sociais para explicação de fenômenos de saúde, o que contribuiu para a manutenção dessas características na literatura sobre reprodução e sexualidade. Portanto, ao aplicar os métodos epidemiológicos ao estudo desses temas é preciso refletir criticamente sobre tudo que parece natural. As esferas da vida não podem ser analisadas como dimensões autônomas, exclusivamente biológicas,; e para sua melhor compreensão, devem ser entendidas como social e culturalmente construídas, variando entre sociedades e ao longo da história (Bozon, 2004). Isso implica incorporar conceitos e teorias sociais para abordagem desses temas, e, quando necessário, articulá-los aos conhecimentos biológicos.

Sexualidade e reprodução na ótica da construção social

A sexualidade humana é fenômeno complexo, que dificilmente pode ser explicado no marco das ciências biológicas. Sua conceituação varia, a depender do contexto de significados e relações sociais: “o que é sexo para certo grupo não é necessariamente para outro, e os nexos estabelecidos entre essa dimensão e as demais da vida social também variam.” (Heilborn e Brandão, 1999: 8). Ao investigar o tema, é preciso explicitar a definição adotada de atividade sexual, o que depende das teorias e dos problemas que foram eleitos como ponto de partida.

A constituição da sexualidade como campo autônomo de investigação só se tornou possível na segunda metade do século XX, onde dois fatos criaram condições materiais e simbólicas para que isso ocorresse: a separação da sexualidade da reprodução com a massificação da pílula nos anos de 1960; e o surgimento da AIDS na década de 1980.

Em primeiro lugar, a contracepção hormonal moderna, por sua alta eficácia, tornou a reprodução uma consequência possível, mas não inevitável da sexualidade, o que contribuiu para a emancipação das mulheres do destino inexorável de mães de proles numerosas. A gravidez não pretendida, especialmente entre adolescentes, passou a ser tratada como problema social (Heilborn et al, 2007). A procriação assistida por médicos e as novas tecnologias reprodutivas consolidaram simbólica e materialmente a dissociação entre sexualidade e reprodução (Salem, 1995). Apesar disso, a literatura sobre saúde continuou enfocando a reprodução como fenômeno exclusivamente biológico e natural.

Na Epidemiologia, como resultado da drástica diminuição da fecundidade e da influência do feminismo na academia, o interesse exclusivo sobre a concepção e seus efeitos, característico da literatura materno-infantil, voltou-se aos aspectos relativos à contracepção, ao aborto e à laqueadura tubária (Aquino, 2006). Entretanto, nos estudos brasileiros, ainda se verifica grande lacuna quanto aos efeitos da anticoncepção sobre a saúde.

Em segundo lugar, o surgimento da AIDS, inicialmente associada aos grupos com comportamentos e práticas homossexuais, mas logo se expandindo para outros segmentos, desafiou modelos tradicionais de investigação e intervenção epidemiológica, propiciando novas abordagens sobre sexualidade e saúde (Parker, 1995). A epidemia da AIDS de fato impulsionou a pesquisa epidemiológica sobre diferentes aspectos da sexualidade, tais como práticas e comportamentos sexuais, percepção de risco e contaminação pelo HIV, onde a noção de vulnerabilidade é recorrente (Aquino, 2006). As implicações da infecção para o exercício da sexualidade e para as decisões reprodutivas tornou-se importante objeto de

investigação, mas a ênfase dada ao papel dos parceiros sexuais ou ao contexto relacional ainda continua reduzida.

Com o crescimento da intervenção estatal sobre a sexualidade e a reprodução, as esferas do legislativo e das políticas públicas tornaram-se arenas de lutas políticas e ideológicas nas sociedades contemporâneas (Vance, 1995). A produção acadêmica que confere historicidade à sexualidade e à reprodução e problematiza modelos universais de comportamentos sexuais tem subsidiado essas lutas e contribuído para a melhor compreensão das relações complexas que se estabelecem entre Estado e sociedade.

Na perspectiva das ciências sociais, o debate teórico sobre sexualidade pode ser *grosso modo* dividido em duas vertentes.

A primeira vertente, marcada pelo essencialismo, concebe a sexualidade como “algo inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual que conduz as ações. A sexualidade ora restringe-se a um mecanismo fisiológico, a serviço da reprodução da espécie, ora à manifestação de uma pulsão, de ordem psíquica, que busca se extravasar” (Heilborn e Brandão, 1999: 9).

Na segunda vertente, chamada de construtivismo social, estão reunidas abordagens teóricas que têm em comum a concepção de que “existem formas culturalmente específicas, que o olhar ocidental chamaria de sexualidade, que envolvem contatos corporais entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes, ligados ou não à atividade reprodutiva, que podem ter significados radicalmente distintos entre as culturas, ou mesmo entre grupos populacionais de uma determinada cultura” (Heilborn e Brandão, 1999: 9).

Na crítica que se produziu ao determinismo biológico da sexualidade, inclui-se a recusa às explicações baseadas nas diferenças sexuais, que naturalizavam papéis sociais e justificavam a permanência de desigualdades entre mulheres e homens. Segundo Vance (1995:12), “para os pesquisadores da sexualidade, a tarefa não consiste apenas em estudar as mudanças na expressão do comportamento e atitudes sexuais, mas em examinar a relação destas mudanças com alterações de base mais profunda no modo como o gênero e a sexualidade se organizam e inter-relacionam no âmbito de relações sociais mais amplas.”

Considerando essa perspectiva, não é possível investigar questões da sexualidade e da reprodução sem articulá-las ao conceito de gênero e suas respectivas teorias (Heilborn et al, 2009).

Gênero não é o mesmo que sexo

Até a década de 1970 o termo sexo era utilizado em artigos epidemiológicos para distinguir mulheres e homens, sendo apresentado em manuais especializados como variável individual - na clássica tríade tempo-pessoa-lugar - usada para descrever o perfil de morbi-mortalidade (Mac Mahon, 1970; Lilienfeld & Lilienfeld, 1980).

A influência do feminismo no âmbito acadêmico promoveu crítica sistemática ao essencialismo e ao viés androcêntrico das ciências. Estudos iniciais que investigavam a mulher - categoria empírica - foram substituídos por estudos de gênero - categoria analítica que rejeitava o determinismo biológico da diferença sexual e enfatizava a construção social do feminino e do masculino (Heilborn & Sorj, 1999). Na década de 1990, os homens foram incluídos como categoria empírica; e uma abordagem questionando o modelo hegemônico de masculinidade (Ariha et al, 2001; Schraiber et al, 2005) somou-se aos esforços de desconstrução do essencialismo. Esse campo em constituição alimentou-se também dos

estudos sobre sexualidade cuja legitimação foi favorecida pela necessidade de enfrentar a pandemia da Aids (Parker, 1995).

A transição paradigmática dos estudos sobre *saúde da mulher* para os de *gênero e saúde* encontra-se em curso (Figura 52.1).

[Aqui entra a Figura 52.1]

Essa transição se traduz na superposição de conceitos, noções e teorias, onde se misturam termos como 'mulher', 'gênero', 'feminino' e 'feminista', os quais têm significados muito distintos: "Uma 'mulher' é um indivíduo específico; 'gênero' denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; (...) 'feminino' refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e 'feminista' define uma posição ou agenda política" (Schienbinger, 2001: 32).

O uso do termo 'gênero' na literatura tem se dado por vezes com distorções conceituais e certo esvaziamento de seu poder heurístico quando simplesmente substitui sexo ou é usado de forma intercambiável com este último termo como sinônimo (Haig, 2004). Por isso, é importante destacar que sexo refere-se à dimensão biológica da diferença sexual enquanto gênero é um construto social e denota relações de poder entre os sexos, referindo-se tanto a mulheres quanto a homens (Schienbinger, 2001).

Por definição, 'gênero' é um dos princípios de organização social: modela identidades, estrutura interações sociais, ordena estruturas sociais e embasa a distribuição de poder e recursos. É um sistema social de práticas, que cria e mantém distinções, estabelecendo relações de desigualdades com base nestas distinções (Wharton, 2005). Gênero não pode ser reduzido a uma característica individual, uma variável, mas deve ser entendido como categoria de análise, já que atravessa a vida social, em todos os níveis, e se articula a outras categorias como classe social e raça/etnia na distribuição de recursos da sociedade.

Incorporar gênero, como perspectiva de análise na Epidemiologia, implica não só descrever diferenças no adoecimento e morte entre mulheres e homens, mas explicar como diferenças sociais baseadas em gênero influenciam a saúde. Não basta incluir a variável sexo na análise – embora este seja um passo inicial necessário; é preciso que, ao construir um modelo de interpretação dos fenômenos, o conjunto de variáveis expresse relações sociais, papéis e identidades de gênero que estão potencialmente na base da determinação dos estados de saúde-doença. Isso é particularmente relevante quando se trata da reprodução e da sexualidade.

INVESTIGANDO SEXUALIDADE, REPRODUÇÃO E SAÚDE: ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

A investigação de questões neste campo temático tem sido empreendida por várias disciplinas científicas - demografia, sociologia, antropologia, história, biologia, psicologia, medicina e saúde coletiva. O tema é compartilhado e disputado com motivações e compreensões variadas acerca do seu significado (Vance, 1995).

Escolhas metodológicas: especificidades do campo

Variados eventos e estados de saúde podem ser investigados neste campo, incluindo distúrbios menstruais, menopausa, infertilidade, tempo para engravidar, práticas

contraceptivas, aborto, morbi-mortalidade materna, defeitos congênitos, doenças sexualmente transmissíveis, violências sexuais. Também podem ser estudadas intervenções como esterilização, histerectomias, mastectomias, entre outras.

Qualquer desenho de estudo epidemiológico, dentre os descritos na Parte 2 deste volume, pode ser utilizado a depender da questão a ser respondida. Todavia, especificidades desse campo devem ser discutidas pelas implicações para a escolha de estratégias e técnicas metodológicas e por envolverem questões íntimas, delicadas, e práticas socialmente passíveis de condenação moral, ou mesmo ilegais.

Muitos eventos não são necessariamente doenças, enquanto outros – a exemplo da infertilidade (Infertility..., 1996) – podem cursar sem sinais evidentes ou mesmo nunca motivarem a busca por cuidados médicos. Isso tem implicações para a constituição da população de estudo, já que pesquisas em serviços de saúde excluem parcela significativa de casos, além de introduzirem fatores de confusão ou modificação de efeito de difícil solução (Weinberg & Wilcox, 2008). Casos hospitalizados têm gravidade que motivou a busca de cuidados especializados. Se a ocorrência de complicações estiver associada à posição social, deve-se ter cuidado com as inferências a partir dos resultados.

Isso pode ser ilustrado com pesquisas sobre aborto induzido de base hospitalar. No Brasil, a prática em condições de ilegalidade reforça iniquidades em saúde, já que mulheres mais pobres têm menos acesso a procedimentos seguros e estão em maior risco de complicações, de necessitarem de internação hospitalar ou até mesmo de morrerem por estas causas (Menezes et al, 2006). Mulheres mais ricas e escolarizadas engravidam menos, mas quando recorrem ao aborto o fazem em condições mais seguras em clínicas privadas, estando fora das estatísticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado, a produção científica sobre o tema reforça a relação entre aborto e pobreza, o que pode ser problematizado em estudos de base domiciliar (Menezes et al, 2006).

Alguns fenômenos são mais desafiadores, quando ocorrem nas chamadas “populações de difícil acesso” (*hard-to-reach populations*), como profissionais do sexo e usuários de drogas. Nessas situações torna-se difícil a identificação de marco amostral de referência e a obtenção de amostra aleatória, além da elevada probabilidade de recusa à participação. Por isso, têm-se recorrido a amostras de conveniência e a técnicas de recrutamento advindas de estudos qualitativos, tais como a de “bola de neve” (*snowball*)², que no Brasil foi utilizada em estudos com usuários de drogas (Lopes et al., 1996), caminhoneiros (Vilarinho et al 2002) e homens que fazem sexo com homens (Gondim et al, 2009).

Técnicas não probabilísticas limitam a possibilidade de inferências (Semaan et al, 2002), motivando o desenvolvimento de outras técnicas, como o “*time-space sampling*”³ (Dunn et al, 1999) e o “*respondent-driven sampling*”⁴ (Heckathorn, 1997). Estas estratégias foram

² Solicita-se a indivíduos da população alvo, que identifiquem outros com as mesmas características, fazendo-se o mesmo para cada pessoa recrutada até atingir o número desejado (Kendall et al, 2008).

³ Parte do mapeamento exaustivo de lugares freqüentados pela população alvo, com amostragem aleatória de dias, horas e espaços de onde serão sorteados indivíduos para a amostra (Kendall et al, 2008).

⁴ Inspirada na “*small world theory*”, parte da Teoria das Redes (ver Capítulo 26, acima), na qual qualquer pessoa é associada com todas as demais através de 6 intermediários (Platt et al., 2006). Considera sujeitos iniciais como “sementes” que formam rede de referências. Informações sobre recrutados e suas

testadas, no Brasil, em estudos com homens que fazem sexo com homens (Gondim et al, 2009; Kendall et al, 2008) e com profissionais do sexo (Tun et al, 2008).

A própria escolha do desenho de estudo depende das características dos eventos. Alguns como o aborto espontâneo, embora freqüentes, são de difícil identificação em parte significativa dos casos, já que não chegam a demandar cuidados médicos ou sequer são percebidos pelas mulheres, quando ocorrem precocemente. As dificuldades de detecção destes casos e de seu diagnóstico preciso têm implicações não apenas para sua mensuração em estudos transversais, mas contra-indica a realização de estudos caso-controle, já que os fatores de risco para o aborto espontâneo mais precoce podem ser diferentes daqueles do aborto mais tardio (García-Enguídanos et al, 2002).

Entretanto, estudos de caso-controle podem ser de grande utilidade quando o evento é claramente definido e identificável, especialmente se o tempo entre exposição e efeito é longo ou de duração imprecisa. Ademais, este desenho permite a investigação de múltiplos fatores de exposição, o que foi efetuado em estudos sobre determinantes da histerectomia (Barreto-de-Araújo, 2002) e do arrependimento pós-laqueadura tubária (Ludermir et al, 2009).

Deve-se considerar que, quando abordados fenômenos reprodutivos, o tempo entre a exposição e o efeito é, muitas vezes, curto e por esta razão, os estudos de coorte assumem papel importante na Epidemiologia Reprodutiva (Weinberg & Wilcox, 2008). Exemplo é a pesquisa sobre violência doméstica na gravidez e ocorrência de depressão pós-parto em chinesas (Leung et al, 2002).

Sem dúvida, os estudos observacionais mais freqüentes são de corte transversal e têm contribuído para manter diagnóstico atualizado de padrões de comportamento sexual e reprodutivo que embasam políticas de saúde (Brasil, 2005; Berquó, 2008; Berquó et al, 2008). Mais adiante o uso de inquéritos para o monitoramento de políticas será apresentado.

Estudos experimentais são usados para avaliação de eficácia e efetividade de medicamentos, contraceptivos, intervenções sociais e educativas na atenção à saúde sexual e reprodutiva (Campbell et al., 1999). São exemplos: a comparação entre efetividade e segurança do misoprostol por via sublingual e vaginal na indução do parto com feto vivo (Moraes Filho et al, 2005); e a avaliação do impacto da integração de ações educativas e de saúde sexual e reprodutiva em escolas da Bahia (Magnani et al, 2001). Em estudos desse tipo, cuidados éticos devem ser redobrados, para evitar intervenções com mais danos que benefícios (Correa, 1998).

Desafios ao investigar temas sensíveis

Muitos fenômenos relativos à sexualidade e à reprodução não são diretamente observáveis e dependem da declaração dos sujeitos, permeada por aspectos culturais e influenciada pelo gênero. Pesquisas sobre comportamentos sexuais de diferentes países evidenciaram diferenças sistemáticas entre declarações do número de parceiros por homens e mulheres, com eles sempre registrando valores mais altos do que elas. Segundo Bozon (2004), diferenças no sentido atribuído à noção de parceiro sexual fazem com que as mulheres efetuem contagem precisa dos parceiros com quem se relacionaram por certo tempo,

inter-relações permitem o cálculo de probabilidades de seleção e controle na análise da tendência a recrutar pessoas similares.

enquanto os homens fornecem um número aproximado de pessoas com quem tiveram experiências sexuais, ainda que breves ou episódicas.

Muitos temas são considerados “sensíveis”, “delicados”, de difícil declaração especialmente em pesquisas quantitativas. Sua investigação envolve aspectos íntimos e privados ou remetem a enfermidades, atitudes, ou práticas socialmente estigmatizadas. Exemplos incluem o aborto induzido, a violência doméstica, a infecção pelo HIV. Nessas circunstâncias, aspectos metodológicos estão imbricados aos éticos e sua inter-relação influencia os resultados das pesquisas (Schraiber et al., 2009).

Um problema crucial nesse campo de investigação é a subdeclaração. Por exemplo, em pesquisas sobre aborto provocado, seja pela omissão deliberada da gravidez ou pela declaração do aborto induzido como espontâneo (Barreto et al., 1992). Mas pode decorrer a interpretação de que o uso de chás e substâncias abortivas é uma forma de regularização da menstruação, para “baixar as regras” (Menezes & Aquino, 2009). Em contrapartida, sobretudo se o questionário não inclui pergunta confirmando a gravidez, pode haver superestimação da prática, quando ao recorrer a beberagens de eficácia duvidosa, as mulheres acreditam ter provocado o aborto, quando na realidade a menstruação ocorreu após atraso fisiológico. Outro exemplo: Pesquisas sobre violência documentam dificuldades morais, emocionais e materiais das mulheres em relatá-la, incluindo sentimentos de vergonha ou humilhação, receio de serem responsabilizadas pela agressão, temor pela própria segurança e a de seus filhos (Schraiber et al., 2009).

A possibilidade de relato fidedigno varia com estratégias e técnicas utilizadas para obtenção da informação, local da entrevista, características do entrevistador e formulação da questão (Barreto et al., 1992). A aproximação de tais objetos pressupõe especial planejamento do trabalho de campo, para antecipar dificuldades e como lidar com elas.

O questionário requer vocabulário culturalmente adequado, considerando que práticas ligadas à sexualidade e à reprodução costumam ser designadas distintamente a depender do meio cultural. Recomenda-se evitar termos técnicos, mas igualmente gírias e expressões populares, que podem anular a neutralidade e o distanciamento necessários entre entrevistador e entrevistado. É melhor optar pela descrição dos fenômenos (Aquino et al., 2006). Nas pesquisas sobre violência, pergunta-se sobre agressões físicas, psicológicas ou sexuais (Schraiber et al., 2007), porque estas podem não ser interpretadas como atos violentos pelas entrevistadas (Schraiber et al., 2009).

Outra estratégia é a realização de perguntas no questionário que permitam distinguir os significados atribuídos aos eventos. Na Pesquisa GRAVAD, ao se investigar o “ficar”⁵ entre jovens de três capitais brasileiras, perguntou-se sobre práticas envolvidas na primeira vez em que isso havia acontecido, constatando-se variações importantes entre mulheres e homens, a depender da localidade e da posição social (Bozon & Heilborn, 2006).

A ordenação das questões deve evitar inserção abrupta de temas sensíveis, propiciando prévia empatia entre entrevistadores e entrevistados. Por exemplo, investigando-se o aborto provocado pode-se indagar, inicialmente, sobre gravidezes, se pretendidas ou não, e finalmente, sobre seus resultados (Heilborn et al., 2006). Cuidado essencial é evitar termos estigmatizantes (por exemplo, estupro ou prostituição) ou que criem situações de

⁵ Relacionamento afetivo-sexual sem compromisso entre parceiros.

constrangimento para a pessoa entrevistada (por exemplo, perguntando sobre a perda de um filho a mulheres que supostamente provocaram um aborto).

Questionários auto-aplicáveis asseguram a confidencialidade das informações, mas dependem do nível de escolaridade da pessoa entrevistada.

A fidedignidade do relato pode ser favorecida ao se evitar na entrevista o conhecimento das respostas pelo entrevistador, por meio de questionários auto-aplicáveis, cartões de respostas pré-codificadas ou procedimentos como a Técnica de Resposta ao Azar⁶ e o Método da Urna⁷. Estes últimos foram aplicados no Brasil para estimar a subdeclaração do aborto provocado (Olinto & Moreira Filho, 2004; Silva & Morrel, 2002; Diniz & Medeiros, 2010).

O cartão de resposta, preenchido anonimamente, foi utilizado em estudo mundial sobre violência contra mulheres (WHO, 2005), para estimar a subdeclaração de abuso sexual na infância. Além da pergunta⁸ direta durante entrevista face-a-face, ao final, solicitou-se às entrevistadas que marcassem “sim” ou “não” em cartão com duas faces de menina (respectivamente feliz e triste), depois guardado em envelope sem identificação.

Aspecto fundamental para fidedignidade das respostas consiste na criação de ambiente adequado que garanta a privacidade (Schraiber et al, 2009). Pressupõe igualmente a seleção de entrevistadores, com base na experiência, na formação, na idade e no sexo, seguida de cuidadoso treinamento para assegurar o respeito ao sigilo da informação e a não emissão de juízos de valor durante a entrevista. Recomenda-se que, além de atender a critérios técnicos, os entrevistadores sejam especialmente capazes de ao mesmo tempo manter o distanciamento necessário à produção científica e assegurar o apoio em situações de revelação de práticas ou de exposição a riscos.

Em pesquisas sobre violência contra mulheres é freqüente a mobilização de fortes emoções quando experiências dramáticas são revividas e relatadas, muitas vezes pela primeira vez. Em estudo multicêntrico (Schraiber et al, 2009), 23% das entrevistadas nunca haviam relatado a violência. As entrevistadoras podem ter vivido (ou compartilhado com mulheres próximas) experiências semelhantes às relatadas nas entrevistas, redobrando a carga emocional. Por isto, deve-se evitar a inclusão de questões sobre violência, bem como sobre outros temas sensíveis, de forma abreviada e superficial em pesquisas mais amplas.

Para assegurar a confidencialidade recomenda-se evitar a identificação das entrevistadas no questionário. Quando estritamente necessário, pode-se utilizar código numérico cuja chave esteja separada do instrumento. Deve-se manter o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e a ficha de identificação em local diferente do questionário.

Em certas circunstâncias, a assinatura do TCLE é desaconselhável, já que ao fazê-lo a pessoa estaria reconhecendo formalmente condições potencialmente estigmatizantes (por exemplo, soropositividade por HIV) ou práticas moralmente condenáveis (por exemplo, profissionais do sexo) ou ilegais (aborto provocado). Isso deve estar justificado no protocolo submetido ao sistema de regulação ética para aprovação antes do início do campo.

⁶ Técnica probabilística para estudo de situações estigmatizantes ou ilegais, com total desconhecimento da resposta pelo entrevistador (Silva, 1993).

⁷ Deposita-se em urna a resposta em cédula com linguagem simples e não identificada.

⁸ Se havia sido alguma vez tocada sexualmente ou feito algo sexual que não quisesse antes dos 15 anos.

Esses desafios não devem desestimular a investigação de temas sensíveis, que constituem problemas de saúde pública, já que os conhecimentos produzidos podem embasar políticas capazes de assegurar direitos sexuais e reprodutivos, além de qualificar o debate sobre essas questões na sociedade.

Enfoques inovadores no estudo da sexualidade e reprodução

Enfoque que pode enriquecer as análises considera que, para muitos aspectos reprodutivos, a unidade adequada de estudo é o casal e não o indivíduo. A infertilidade é bom exemplo já que, para sua investigação, é necessário não apenas contemplar cada um dos integrantes do casal, mas a própria interação biológica e social envolvida (Infertility..., 1996). A mulher carrega a gravidez e em seu corpo se processam as transformações necessárias ao desenvolvimento do feto, mas metade do material genético nuclear provém do pai, e o genoma paterno é crucial para o desenvolvimento da placenta (Weinberg & Wilcox, 2008). Mais ainda, a reprodução envolve relações sociais, antes de tudo entre os parceiros, as quais são mediadas por aspectos culturais e moldadas pelo gênero. Desse modo, exposições e características do pai e da mãe são importantes para o desenho e para a interpretação dos estudos de fertilidade ou de resultados de gravidez. Muitas vezes é necessário, ou no mínimo enriquecedor, considerar como unidade de análise o par e não o indivíduo.

Igualmente, estudos sobre sexualidade devem considerar que práticas sexuais são sobretudo relacionais, onde se dão processos de negociação e de decisão entre parceiros, seja em relações hetero ou homossexuais (Arihã, 1999; Bajos & Ferrand, 2002). Na iniciação sexual, os casais tendem a ser homogâmicos⁹, exceto quanto à idade, já que é freqüente que tanto homens quanto mulheres se iniciem com pessoas mais velhas e experientes (Bozon & Heilborn, 2006). Contudo, mulheres geralmente têm suas primeiras relações sexuais com homens bem mais velhos, em relacionamentos estáveis, de namoro ou casamento. Diferenças de idade entre parceiros podem atuar como fatores que dificultam ou facilitam a conversa e/ou negociação do uso de contracepção ou de proteção para as DST, tanto para homens quanto para mulheres (Heilborn et al, 2006).

A adoção de métodos contraceptivos ou de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis é também condicionada pela natureza do relacionamento. Relações sexuais são mais protegidas quando não há compromisso estabelecido, enquanto nas relações estáveis, há relaxamento das medidas preventivas (Heilborn et al, 2006).

Tradicionalmente ausentes dos estudos epidemiológicos sobre reprodução, os homens não são meros coadjuvantes, mas atores importantes nas questões reprodutivas. A subordinação das mulheres resulta na adoção de métodos de preferência dos parceiros, especialmente quando não há diálogo entre eles (Bajos & Ferrand, 2002). A gravidez pode servir para testar a autenticidade dos sentimentos dos parceiros, obter “prova de amor”, oficializar, estabilizar ou romper a relação (Le Van, 1997).

Quando se trata das decisões de levar adiante ou interromper uma gravidez, a influência dos parceiros tem sido relato constante sobretudo dos próprios homens ao serem diretamente entrevistados (Coleman & Nelson; 1999 Bajos & Ferrand, 2002). E se a decisão for pelo aborto, a participação masculina pode-se dar desde a busca de informação sobre meios e locais para realização do procedimento, o pagamento da intervenção, até a presença junto a

⁹ Pertencem à mesma classe social, ao mesmo grupo racial e étnico, moram em áreas geográficas próximas, compartilham valores e práticas (Kaufmann, 2007).

parceira no momento em que este ocorre e o suporte emocional durante o processo (Almeida, 1999).

Por tudo isso, justifica-se a incorporação dos homens na investigação de fenômenos reprodutivos, bem como na organização da assistência (Arihã, 1999; Schraiber et al, 2005).

Decisões na esfera da reprodução e da sexualidade incluem outros atores, como pares e familiares. Especialmente entre jovens sem independência financeira, o apoio da família (na maioria das vezes a da moça), assegurando residência, sustento ou cuidado da criança, influencia o desfecho da gravidez (Menezes et al, 2006).

Não se pode desconsiderar a influência de modelos familiares no padrão reprodutivo ou de uso de contracepção (Bajos & Ferrand, 2002). Moças cujas mães tiveram seu primeiro filho na adolescência têm mais chance de engravidar antes dos vinte anos (Almeida & Aquino, 2009), o que poderia contribuir para a reprodução da pobreza. Entretanto, esta associação desaparece quando ajustada pelo nível de escolaridade da jovem, evidenciando o papel das políticas públicas para compensar desvantagens de origem.

Abordagem promissora – que vem sendo incorporada aos estudos epidemiológicos sobre doenças crônicas não transmissíveis, mas ainda se dá de modo restrito no estudo da sexualidade e da reprodução – é a perspectiva de curso de vida (ver Capítulo 40). Tem como premissa que “variados fatores biológicos e sociais ao longo da vida, de modo independente, cumulativo e interativo, influenciam a saúde e a doença” (Kuh & Hardy, 2003:5). Identificar essas “trilhas” de causalidade pode esclarecer o tipo e o momento adequado de intervenções aumentando o impacto sobre a saúde.

Qualquer abordagem que incorpore a perspectiva de curso de vida envolve a análise das relações entre biografias individuais e seus contextos sócio-culturais. Em estudos epidemiológicos, a posição dos sujeitos em seus cursos de vida pode ser demarcada por variáveis biológicas, psicológicas, sociais e culturais, para reconstruir trajetórias sexuais, reprodutivas, contraceptivas que sejam relacionadas às trajetórias sociais. A adoção do modelo tem implicações tanto para a construção do questionário, quanto para a análise e interpretação dos resultados (Mishra et al, 2010).

O esforço de incorporar a abordagem de curso de vida nos estudos sobre sexualidade e reprodução enriquece a análise, mas exige apreciação crítica da literatura, onde se identificam os principais limites:

- Ênfase nos aspectos biológicos: hormonais, metabólicos, genéticos.
- Ênfase na relação entre vida intra-uterina e infância com a vida adulta tardia, havendo uma lacuna nos processos que se dão em etapas intermediárias, tais como adolescência e juventude.
- Forte influência da perspectiva materno-infantil e a presença de vieses de gênero.

Tratando-se de abordagem em desenvolvimento, muitos desafios conceituais e metodológicos se colocam, especialmente quando se pretende trazer contribuições de disciplinas que não utilizam métodos quantitativos de investigação. Nesse sentido, interessa particularmente aos epidemiologistas o diálogo com a demografia e a sociologia (Stolk et al, 2009).

EPIDEMIOLOGIA APLICADA À VIGILÂNCIA DE ÓBITOS EM IDADE REPRODUTIVA

Em suas origens, a vigilância epidemiológica dedicava-se exclusivamente às doenças transmissíveis, mas mudanças nos padrões de adoecimento ampliaram o espectro inicial e, atualmente, outros problemas de saúde são passíveis de notificação e investigação.

A vigilância das doenças sexualmente transmissíveis ganhou relevância com a expansão da epidemia da Aids. No Brasil, as dificuldades iniciais para identificação de casos foram relativizadas pela distribuição gratuita de anti-retrovirais e o programa nacional de controle desta doença é reconhecido internacionalmente (Greco & Simão, 2007; Okie, 2006).

Em países desenvolvidos, programas de vigilância epidemiológica de eventos ligados à reprodução tendem a focar prioritariamente as malformações congênitas (Merril, 2010). Têm como propósito identificar precocemente *clusters* de casos expostos a fatores, que possam ser removidos antes que muitos bebês sejam acometidos. Exemplo consagrado é a investigação sistemática de óbitos em idade reprodutiva para identificar “mortes maternas”¹⁰. Estas são expressão de grave violação dos direitos reprodutivos das mulheres, por acometê-las ainda jovens e serem quase inteiramente evitáveis pela atenção adequada e oportuna (Islam & Yoshida, 2009).

O conhecimento sobre sua real magnitude é dificultado pelo preenchimento incorreto ou incompleto do atestado de óbito, ou mesmo pela ausência de registro do próprio óbito nos sistemas oficiais de informação (WHO, 2007). Tal situação tem motivado estudos para corrigir lacunas nas estatísticas, sendo indicados para a investigação dos óbitos maternos, o Método das Irmãs e o método RAMOS (“*Reproductive Age Mortality Survey*”) (Laurenti, 1988).

O *método indireto das irmãs* (Graham, 1986) estima a mortalidade materna a partir de inquéritos de base populacional, indagando-se a homens e mulheres entrevistados, o número de irmãs nascidas da mesma mãe, que sobreviveram até quinze anos ou viveram em união; destas quantas permanecem vivas e quantas morreram, particularmente durante gravidez ou parto, ou nas seis semanas após o término da gravidez. Tem como limites não permitir a identificação da causa da morte; a produção de estimativas das mortes maternas ocorridas, geralmente, 10 a 12 anos antes do inquérito; e a inadequação de seu uso em áreas geográficas com movimentos migratórios intensos. Variante deste, o *método direto das irmãs*, apesar de requerer amostras maiores, tem como grande vantagem um período de referência menor. Aos entrevistados de ambos os sexos indaga-se sobre a existência de irmãos e irmãs nascidos da mesma mãe, identificando-se o sexo, a data de nascimento e, quando pertinente, a data da morte. Caso haja irmãs que morreram em idade reprodutiva é perguntado se os óbitos relacionam-se à gravidez, parto ou se ocorreram até 12 meses após término de gravidez.

No *método RAMOS*, são examinadas todas as fontes para detecção de mortes maternas e, por essa razão, ele é considerado como padrão ouro para o estudo da mortalidade materna (LAURENTI, 1988). São investigadas todas as mortes em idade reprodutiva, buscando-se complementar os dados das declarações de óbito com aqueles oriundos de prontuários e

¹⁰“morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa ou relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (WHO, 1995:p.)

outros registros de saúde, incluindo laudos periciais de mortes violentas ou não hospitalares. Informações adicionais são obtidas de entrevistas com familiares (Brasil, 2002). É possível assim estimar a cobertura e a fidedignidade do sistema oficial de informações.

O cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) é efetuado pela divisão do número de óbitos maternos pelo número de nascidos vivos¹¹, no mesmo período e na mesma localidade (Laurenti, 1988). Inclui apenas os óbitos até 42 dias após o término da gestação, por causas obstétricas diretas (complicações da gravidez, parto e puerpério), indiretas (resultantes de doenças prévias) ou não especificadas se indiretas ou diretas. Com os avanços terapêuticos que resultam em maior sobrevivência das mulheres com complicações, levando-as a morrer depois do puerpério precoce, calcula-se também a RMM tardia (entre 42 dias até 1 ano após o fim da gravidez). Pode-se estimar a razão de seqüelas de morte maternas (código O97), atualmente abrangendo as mortes obstétricas diretas, ocorridas após um ano do fim da gravidez.

Mortes de grávidas por homicídios e suicídios não estão incluídas na mortalidade materna, por serem classificadas entre as causas externas. Tem sido sugerida a criação de código para classificá-las, desde que confirmada sua associação à condição gravídica ou puerperal (Valongueiro & Antunes, 2009).

Para estimativas mais realistas, tem sido propostos fatores de correção das taxas oficiais de mortalidade materna. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o fator de 1,4, resultante de investigação em capitais brasileiras e no Distrito Federal (Laurenti et al, 2004).

Várias iniciativas governamentais visam aprimorar o sistema de informações e institucionalizar a vigilância e o controle de óbitos maternos nos estados e municípios. Em 1999, a Portaria n.º 1.399 estabeleceu a vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna como de atribuição do município. Em 2003, segundo a Portaria nº 63, o óbito materno passou a ser considerado evento de notificação compulsória, sendo obrigatória a investigação de todas as mortes de mulheres em idade fértil. Em oito de março de 2006, o combate a morte materna alçou a condição de política do Estado, com o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

EPIDEMIOLOGIA APLICADA AO MONITORAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O interesse sobre sexualidade, reprodução e saúde nas políticas públicas vem aumentando, desde a década de 90, por influência das Conferências Internacionais sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, 1994, e sobre a Mulher, em Beijing, 1995 (Themis, 1997). Nesses foros, emergiram conceitos como direitos reprodutivos, direitos sexuais, saúde reprodutiva e saúde sexual, cujas definições encontram-se na Figura 52.2.

[Aqui entra a Figura 52.2]

Os países signatários dos documentos finais dessas Conferências, entre eles o Brasil, comprometeram-se a assegurar um conjunto de direitos, incluindo o atendimento à saúde sexual e reprodutiva, o que tem resultado em várias políticas e ações governamentais.

¹¹ O uso de nascidos vivos no numerador justifica-se pela impossibilidade de obtenção do número de mulheres que engravidaram no período.

Para monitorar os avanços dessas iniciativas, a seleção de indicadores comparáveis nacional e internacionalmente passou a ter prioridade (Cavenaghi, 2006). O detalhamento de indicadores de saúde sexual e reprodutiva, na perspectiva da equidade de gênero, tem sido empreendido por agências internacionais, instituições acadêmicas, organizações governamentais e não-governamentais, instâncias dos movimentos de mulheres e de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (WHO, 1998; WHO, 2006; VILELA, 2006). No Brasil, esses esforços resultaram na criação de Comitê Temático de Saúde Sexual e Reprodutiva na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)¹².

Na literatura internacional registram-se esforços de construção de indicadores sintéticos que reflitam as desigualdades de gênero. Cita-se o Índice de Desenvolvimento ajustado ao Gênero (IDG) (PNUD, 2002), inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que pretende expressar conquistas para a equidade de gênero, em três dimensões:

- Vida longa e saudável, medida pela esperança de vida ao nascer.
- Conhecimento, medido pela taxa de alfabetização de adultos e de escolarização bruta combinada do primário, secundário e superior.
- Nível de vida digno, medido pelo rendimento auferido estimado.

A amplitude do espectro dos indicadores depende da perspectiva conceitual, mas principalmente da disponibilidade de dados, sendo importante conhecer a abrangência e a periodicidade das fontes de informação. Há no país grandes bases de dados nacionais, sendo algumas de particular interesse para este campo temático (Figura 52.3).

[Aqui entra a Figura 52.3]

Inquéritos sobre fecundidade e comportamento sexual

Além de dados rotineiros, esforços para o controle da epidemia da AIDS e para implementar serviços de saúde sexual e reprodutiva têm motivado a realização de inquéritos populacionais sobre fecundidade e comportamento sexual, especialmente sobre práticas consideradas de risco para as DST/AIDS.

Pesquisas quantitativas sobre fecundidade e sexualidade não são exatamente novas em países europeus e nos EUA¹³. Ao final dos anos 1960 e início dos 1970, uma geração de pesquisas pretendeu investigar primeiras experiências sexuais de adolescentes e jovens e o uso de anticoncepção em casamentos adultos (Bozon, 2006).

No final dos anos 1980 e início dos 1990, as pesquisas passaram a refletir a preocupação com as conseqüências para a saúde de uma sexualidade de risco, em plena epidemia da AIDS. O interesse recaiu sobre a multiparceria, especialmente entre homossexuais, praticamente ausentes das pesquisas anteriores. As conseqüências “nocivas” da sexualidade também se expressavam na gravidez adolescente, tratada como problema social e de saúde (Heilborn et al, 2007).

As pesquisas vêm ampliando a concepção de sexualidade e sua relação com a saúde. A ênfase na noção de risco tem menos centralidade, buscando-se contextualizar os comportamentos e situá-los no curso de vida dos sujeitos (Bozon, 2006). O envelhecimento

¹² www.ripsa.org.br

¹³ Considera-se como marco os estudos de Kinsey em 1948 e em 1953, sobre a vida sexual de homens e mulheres (Bozon, 2006).

populacional vem postergando o exercício da sexualidade para etapas mais tardias da vida. As uniões conjugais são menos duradouras e os indivíduos constituem mais de um matrimônio ao longo da vida, além de manterem relacionamentos afetivo-sexuais sem estarem casados. Sob esta ótica, ganham relevância as relações de gênero modelando a interação sexual e emerge a preocupação com a negociação entre parceiros inclusive para a adoção de práticas de proteção. A relação entre saúde e sexualidade passa a ser entendida como influência recíproca, tanto o estado de saúde conformando (e mesmo limitando) a atividade sexual, quanto esta influenciando a saúde e o bem estar físico e mental.

No Brasil, as primeiras pesquisas em âmbito nacional foram realizadas pela BEMFAM, em parceria com a *Macro International* (Berquó, 2008) nas décadas de 1980 e 1990 (Figura 52.4). Posteriormente, o Ministério da Saúde assumiu a liderança na realização de inquéritos nacionais, tais como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006 (Brasil, 2009), as duas versões da pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira (Berquó et al, 2008) e da Pesquisa Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (Brasil, 2005).

[Aqui entra a Figura 52.4]

Resultados desses inquéritos permitem acompanhar tendências da fecundidade, dos comportamentos sexuais, da percepção de risco, do uso de contracepção e proteção para as DST/Aids.

É possível observar que o uso de contraceptivos por mulheres unidas vem aumentando de 65,8% em 1986 a 76,7% em 1996 e a 80,6% em 2006 (Brasil, 1987, 1997 e 2009). A esterilização feminina que vinha crescendo e passara de 26,9% em 1986 a 40,1% em 1996, caiu em 2006 para 29,1%, o que é ainda alto, mas reflete a ampliação da oferta de anticoncepcionais e a regulação legal que culminou com a Lei do Planejamento Familiar, nº 9.263, em 1996.

O uso de preservativos cresceu em todos os tipos de parcerias, mas foi maior entre as eventuais e particularmente entre os mais jovens (Berquó et al, 2008), orientando as prioridades de ação para grupos ainda vulneráveis como mulheres casadas e adultos com 60 anos e mais.

É possível constatar em 2006 a universalização do parto hospitalar (98,4%) e da atenção pré-natal (98,7%), mas persistem sérios problemas de qualidade, com 20% das gestantes sem cobertura de vacina antitetânica e cerca de 40% delas sem informações sobre a maternidade onde realizar o parto (Brasil, 2009). Alta proporção de partos cesáreos (43,8%) combina-se à permanência de práticas que deveriam estar abolidas, tais como a episiotomia (71,6%); e se apenas 30,4% das mulheres têm alívio da dor durante o parto, a presença de acompanhante só é assegurada para 16,3% das parturientes (Brasil, 2009).

COMENTÁRIOS FINAIS

O presente capítulo representa esforço inicial para preencher lacuna nos manuais didáticos da Epidemiologia, reunindo expressiva literatura sobre sexualidade, reprodução e saúde, que se encontra dispersa.

Propõe ampliar a visão do tema, superando a ênfase na dimensão biológica dos fenômenos. Ao incorporar a perspectiva da construção social da sexualidade e da reprodução, destaca a

necessidade de adotar o gênero como categoria de análise, ferramenta conceitual que enriquece as análises, evidencia desigualdades sociais e embasa a adoção de políticas de equidade e justiça social. Neste sentido, distingue-se do tratamento habitual de gênero como equivalente ao sexo e recusa a mera descrição de diferenças entre homens e mulheres para propor uma compreensão mais ampliada e complexa dos fenômenos em saúde.

A busca de diálogo interdisciplinar para construir arcabouços teóricos e ferramentas metodológicas adequadas é valorizada com exemplos de abordagens inovadoras no tratamento de questões sensíveis e desafiadoras, onde os aspectos metodológicos estão profundamente imbricados aos aspectos éticos. Muitos tópicos abordados, embora diretamente relacionados à produção de conhecimentos, aplicam-se à reflexão no âmbito das políticas e dos serviços de saúde. Desse modo, pode ser útil para estudantes, pesquisadores, ativistas, gestores e profissionais de saúde que atuam ou têm interesse neste (novo) campo temático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C. C. O lugar dos homens na contracepção. In: SILVA, D.P.M. (Org.). *Novos Contornos no Espaço Social: gênero, geração e etnia*. Rio de Janeiro: UERJ; NAPE, 1999, p. 23-30.
2. ALMEIDA, M.C.; AQUINO, E.M. The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil. *Int Perspect. Sex Reprod Health*. 2009 Sep;35(3):139-46.
3. AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, Ago 2006, 40 (no. spe): 121-132.
4. AQUINO, E.M.L., ARAÚJO, M.J., ALMEIDA, M.C.C. Pesquisa Gravada: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. In: HEILBORN, M.L. et al (org.) *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006. Cap.3, pp.98-136.
5. ARILHA, M. Homens, Saúde Reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 455-67.
6. ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.G.; MEDRADO, B. (Org.) *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Editora 34, 2001. 2nd edição. 304 p.
7. AYRES, JR. *Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997. 327 p.
8. BAJOS, N.; FERRAND M. (Orgs). *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Inserm. 2002. (Questions en santé publique).
9. BARRETO DE ARAÚJO, T. V., 2002. Esterilização Feminina por Laqueadura Tubária e Histerectomia Subseqüente: A Experiência das Mulheres Usuárias dos Serviços Públicos de Saúde em Recife, Pernambuco. *Tese de Doutorado*, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
10. BARRETO, T, CAMPBELL, OMR, DAVIES, JL, FAUVEAU, V, et al. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. *Studies in Family Planning*, New York, 23 (3): 159-70, 1992.
11. BERQUO, E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. *Rev. bras. epidemiol.* 2008, 11 (suppl.1): 72-89.
12. BERQUO, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P.; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev. Saúde Pública*, 2008, vol.42, suppl.1: 34-44.
13. BERQUO, E.; BARBOSA, R.M.; GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Introdução. *Rev. Saúde Pública*. 2008, 42 (suppl.1): 7-11 .

14. BOZON, M. A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. *Horiz. antropol.* 2002, 8 (17): 93-100.
15. BOZON, M. Gênero, saúde e condições de vida: uma nova geração de pesquisas quantitativas em sexualidade. *Paper* apresentado no Painel "Pesquisas Quantitativas em Sexualidade" no XI Congresso Mundial de Saúde Pública / XIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO/WFPFA, 2006.
16. BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 172 p. 1ª edição (Série Família, geração e cultura)
17. BOZON, M.; HEILBORN, M.L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, ML et al (org.) *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006. Cap. 5, pp. 156-211.
18. BRASIL, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro Internacional Inc.; Março 1997.
19. BRASIL, Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM; dezembro 1987.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 2.ed. Brasília, 2002.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004* / Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 175 p
23. BRINTON LA, REEVES WC, BRENES MM, HERRERO R, GAITAN E, TENORIO F, DE BRITTON RC, GARCIA M, RAWLS WE. The male factor in the etiology of cervical cancer among sexually monogamous women. *Int J Cancer*. 1989 Aug 15;44(2):199-203.
24. BUCK, C. et al. (Org.) *El desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPAS, 3 reimpression 1994. [Publicacion Cientifica No. 505] 1077 p.
25. CAMPBELL, O; CLELAND, J; COLLUMBIEN, SOUTHWICK, K. *Social Science methods for research on reproductive health*. Geneva: World Health Organization, 1999 (WHO/RHR/HRP/SOC/99.1).p.15-29.
26. CAVENAGHI, S. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Bases de dados para o estudo da saúde sexual e reprodutiva. In: CAVENAGHI, S. (Org.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. p. 77-111.
27. COLEMAN, P K. & NELSON, E. S. Abortion Attitudes as Determinants of Perceptions Regarding Male Involvement in Abortion Decisions. *Journal of American College Health*, 47 (4): 174-1, 1999.
28. CORREA, S. Anticoncepcionais injetáveis na perspectiva feminista: o debate histórico e os novos desafios. In: ARILHA, M. e CITELI, M.T. (Orgs) *Políticas, mercado e ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Ed. 34; Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998. 136 p. pp. 25-42.
29. DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência Saúde Coletiva*, 2010. (aceito para publicação) Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5593. Capturado em 9 de junho de 2010.
30. DUNN John; FERRI, C. P. Epidemiological methods for research with drug misusers: review of methods for studying prevalence and morbidity. *Revista de Saúde Pública*, 33 (2): 206-15, 1999

31. FAERSTEIN,E., AQUINO,E.M.L., RIBEIRO,D.C.S. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil. In: Labra,E. (Org.) *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989. pp. 163-83.
32. GARCÍA-ENGUÍDANOS A, CALLE ME, VALERO J, LUNA S, DOMÍNGUEZ-ROJAS V. Risk factors in miscarriage: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;102(2):111-9.
33. GONDIM,R.C.; KERR,L.R.F.S.; WERNECK,G.L.; MACENA,R.H.M.; PONTES,M.K.; KENDALL,C. Práticas sexuais de risco de homens que fazem sexo com homens no Nordeste do Brasil: resultados de quatro inquéritos seqüenciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1390-98, jun, 2009
34. GRAHAM W, BRASS W, SNOW RW. Indirect estimation of maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning*, 20(3):125-35, 1989.
35. GRECO, D.B; SIMÃO, M. Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenges and perspectives. *AIDS*, Volume 21(Suppl 4): S37–S45. July 2007.
36. HAIG, D. The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles. *Arch Sexual Behavior*. 2004; 33: 87-96.
37. HECKATHORN, D.D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 44 (2): 174-99 (May, 1997).
38. HEILBORN ML, SORJ B. Estudos de gênero no Brasil. In: Miceli S, organizador. *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré/ANPOCS; 1999. p. 183-221.
39. HEILBORN, M.L; BRANDÃO, E.R. ; CABRAL, C.S. (2007). Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 9 (Supl. 4): 403-14.
40. HEILBORN, Maria Luiza e BRANDÃO, Elaine Reis. “Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade”, in: HEILBORN, Maria Luiza (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p. 7-17.
41. HEILBORN, ML; AQUINO, E.M.L.; BOZON,M.; KNAUTH, D.R. (org.) *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Garamond, 2006.
42. HEILBORN,M.L. (org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
43. INFERTILITY revisited: the state of the art today and tomorrow. The ESHRE Capri Workshop. European Society for Human Reproduction and Embryology. *Hum Reprod*. 1996 Aug; 11(8): 1779-807.
44. INHORN, M. C.; WHITTLE, K.L. Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science & Medicine*, 53: 553-67, 2001.
45. ISLAM M, YOSHIDA S. Women are still deprived of access to lifesaving essential and emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 Aug;106(2): 120-4.
46. KÄLLÉN,B. *Epidemiology of Human Reproduction*. Florida: CRC Press, 1991. 197 p.
47. KAUFMANN, J.C. *Sociologie du couple*. Paris: Presses Universitaires de France, 2007. [Que sais-je? 2787] 128 p.
48. KENDALL C, KERR LR, GONDIM RC, WERNECK GL, MACENA RH, PONTES MK, JOHNSTON LG, SABIN K, MCFARLAND W. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*. 2008 Jul; 12(4 Suppl): S97-104.
49. KHAN, K.S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GÜLMEZOGLU, A.M.; VAN LOOK, P.F.A. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review *Lancet* 2006; 367: 1066–74
50. KUH, D.; HARDY,R. A life course approach to women’s health: does the past predict the present? In: KUH, D.; HARDY,R. (Ed.) *A life course approach to women’s health*. New York: Oxford University Press, 2003. Pp.3-20.

51. LAURENTI, R. MELLO-Jorge, MHP; GOTILEB, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004, 7 (4): 449-60.
52. LAURENTI, Ruy. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Rev. Saúde Pública*, 1988, 22 (6): 507-12.
53. LE VAN, C. Les Grossesses Adolescentes: drame réel ou incongruité sociale? *Mana: Revue de Sociologie et d'Anthropologie*, 3: 139-67, 1997.
54. LEUNG, W.C.; KUNG, F.; LAM, J.; LEUNG, T.W.; HO, P.C. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int. J. Gynecol. Obstetrics*, 79 (2):93-194.
55. LILIENFELD, ABRAHAM M.; LILIENFELD, DAVID E. *Foundations of Epidemiology* 2nd edition 375 pages, illustrated. New York: Oxford University Press, 1980.
56. LOPES, C. S. ; RODRIGUES L C ; SCHIERI, R. . The lack of selection bias in a snowball sampled case-control study on drug abuse.. *Int. J. Epidemiol.*, 25: 1267-70, 1996.
57. LUDERMIR, A.B.; MACHADO, KMM, COSTA, AM, ALVES, SV; ARAÚJO TVB. Tubal ligation regret and related risk factors: findings from a case-control study in Pernambuco State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(6): 1361-8.
58. MACMAHON,B.; PUGH,T.F. *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little Brown and Company: 1970.
59. MAGNANI RJ, GAFFIKIN L, DE AQUINO EM, SEIBER EE, ALMEIDA MC, LIPOVSEK V. Impact of an integrated adolescent reproductive health program in Brazil. *Stud Fam Plann.* 2001 Sep; 32(3):230-43.
60. MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L.; SILVA, D. O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad. Saúde Pública* 2006, 22(7): 1431-46
61. MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009, vol.25, suppl.2, pp. s193-s204 .
62. MERRILL, R.M. *Reproductive Epidemiology: principles and methods*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2010. 366 p.
63. MISHRA, G. D.; COOPER, R.; KUH, D. A life course approach to reproductive health: Theory and methods. *Maturitas*, 2010; 65 (2): 92-7.
64. MORAES FILHO,O.B.; ALBUQUERQUE,R.M.; PACHECO,A.J.C.; RIBEIRO,R.H.; CECATTI,J.G.; WELKOVIC,S. Misoprostol sublingual versus vaginal para indução do parto a termo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(1): 24-31.
65. MURRAY,C.J.L.; LÓPEZ,A.D. (Ed.) *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organization / World Bank, 1998. 580 p. [Global burden of disease and injury series. Vol. III]
66. NUNES,S.A.B A Medicina Social e a questão da mulher. *Physis (UERJ)*, 1 (1): 49-76. 1991.
67. OKIE, S. Fighting HIV - Lessons from Brazil. *The New England Journal of Medicine*. 354 (19),11 May 2006: 1977-81.
68. OLINTO, M. T. A.; MOREIRA FILHO, D.C. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev. Panam. Salud. Pública*, Washington, 15 (5): 331-36, 2004.
69. PARKER, R. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia. *Physis*, 1995; 5 (1): 85-98.
70. PLATT,L; WALL,M.; RHODES,T.; JUDD,A.; HICKMAN,M.; JOHNSTON,L.G.; RENTON, A.; BOBROVA,N.; SARANG,S. Methods to Recruit Hard-to-Reach Groups: Comparing Two Chain Referral Sampling Methods of Recruiting Injecting Drug Users Across Nine Studies in Russia and Estonia. *Journal of Urban Health*, Nov. 2006; 83 (supl.1): 39-53.
71. PNUD. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2002: aprofundar a democracia num mundo fragmentado*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2002. Cap. 22. Índice de

desenvolvimento ajustado ao gênero. pp. 222. Disponível em <http://www.pnud.org.br/rdh/integras/index.php?lay=inst&id=fuld#rdh2002>, capturado em 9 de junho de 2010.

72. POPULATION REFERENCE BUREAU. *La Actividad Sexual y la Maternidad entre Adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y Consecuencias*. Washington, DC: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 1992.
73. ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina do século XIX. In: Grando, J.C. (Org.) *A (des)construção do corpo*. Blumenau: Edifyrb, 2001.
74. SALEM, T. O princípio do anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD): das tensões entre natureza e cultura. *Physis*, 1995; 5 (1): 33-68.
75. SCHIENBINGER, Londa. *O Feminismo Mudou a Ciência?* Bauru/SP: EDUSC, 2001. 382 p.
76. SCHRAIBER, LB; GOMES, R; COUTO, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* 2005, 10 (1): 7-17.
77. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007, 41 (5): 797-807.
78. SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas e COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*. 2009, 25 (supl.2): s205-s216.
79. SEMAAN, S.; LAUBY, J.; LIEBMAN, J. Street and Network Sampling in Evaluation Studies of HIV Risk-Reduction Interventions. *AIDS Rev* 2002; 4: 213-23.
80. SILVA, R. S. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev. Bras. Estudos Pop.*, 10 (1/2): 41-56, 1993.
81. SILVA, R. S., MORELL, M. G. G. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., Ouro Preto/MG). *Anais...* Belo Horizonte: ABEP, 2002.
82. STOLK, R.P.; HUTTER, I.; WITTEK, R.P. M.. Population ageing research: a family of disciplines. *Eur J Epidemiol*. 2009 November; 24(11): 715-8.
83. THEMIS. Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. *Direitos Sexuais e Reprodutivos. Instrumentos Internacionais de Proteção*. Porto Alegre: THEMIS, 1997. 141p.
84. TUN, W.; MELLO, M.; PINHO, A.; CHINAGLIA, M.; DIAZ, J. Sexual risk behaviours and HIV seroprevalence among male sex workers who have sex with men and non-sex workers in Campinas, Brazil. *Sex Transm Infect* 2008; 84: 455-7.
85. VALONGUEIRO, SA; ANTUNES, MBC. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: Como classificá-las? *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (3): 743-64, 2009.
86. VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis* (Revista de Saúde Coletiva), 1995; 5 (1): 7-31.
87. VILELA, W. Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva. In: CAVENAGHI, S. (Org.) *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. p.63-76.
88. VILLARINHO, Luciana et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Rev. Saúde Pública*. 2002, 36 (4, suppl): 61-7.
89. WEINBERG, C.R.; WILCOX, A.J. Reproductive Epidemiology. In: ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 2nd ed. Chap. 29, pp 585-608.
90. WHARTON, A.S. *The Sociology of gender: an introduction to theory and research*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005. 261 p.

91. WINGO,P.A.; HIGGINS,J.E.; RUBIN, G.L.; ZAHNISER,S.C. (Ed.) *Epidemiología aplicada a la salud reproductiva*. Atlanta, Georgia; Research Triangle Park, North Carolina; Ginebra: Centros de Control y Prevención de Enfermedades; Salud Familiar Internacional; Organización Mundial de la Salud, 1991. 478 p.
92. WINGOOD, G.M.; DICLEMENTE,R.J. *Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2002. 473 p. [Issues in Women's Health]
93. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*; 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.
94. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*, Geneva: WHO, 2006. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html. Capturado em 20 de junho de 2010.
95. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Reproductive Health Indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. 1998. p.40. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/RHT_98_28/en/index.html Acesso em: 24 de julho de 2009
96. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization, 2005. Chapter 3, p. 23