

SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA EM JOVENS NEGROS – HOMENS E MULHERES – DE SETORES POPULARES URBANOS EM CÁLI¹

Fernando Urrea Giraldo

Teodora Hurtado Saa

Mary Lilya Congolino Sinisterra

Hernán Darío Herrera

Fernando Murillo Cruz

Características sociodemográficas e socioeconômicas da população negra de setores populares e classes médias de Cáli

Do total da população colombiana – 43.035.394 habitantes, em 30 de junho de 2001, segundo projeções do Departamento Nacional de Estatística (Dane) –, os afro-colombianos representam entre 20 e 22% (8,5 – 9,0 milhões de pessoas). Já na população urbana, eles constituem 17,6% (5.417.612 de pessoas).² Podemos tomar essas cifras totais como estimativas conservadoras da população afro-colombiana, as quais, no entanto, têm um respaldo estatístico relativamente confiável, através de três levantamentos domiciliares especializados, dois realizados em Cáli e um nacional, nas 13 áreas metropolitanas mais importantes do país.³ Esses dados fazem com que a Colômbia e a Venezuela apareçam em segundo lugar na América Latina como os dois países com maior número de negros, depois do Brasil, com seus aproximadamente 75 milhões de afro-americanos (cerca de 50% do total da população).⁴

Os afro-colombianos, assim como o conjunto dos colombianos, são mais urbanos do

¹ Os cinco autores deste documento formam a equipe do Centro de Investigação e Documentação Socioeconômica da Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas da Universidad del Valle (CIDSE-ASHANTY), e da Organização Afro-colombiana Etnoeducativa Ashanty do Distrito de Aguablanca, Cáli, em estudos sobre a sexualidade e a saúde reprodutiva nas populações afro-colombianas.

² Urrea, Ramirez & Viáfara (2001).

³ Nessas 13 áreas metropolitanas do país, 17,9% da população são afro-colombianos, segundo os resultados do levantamento domiciliar do DANE, etapa 110, de dezembro de 2000 (Urrea, Ramirez & Viáfara, 2001).

⁴ Flórez, Medina & Urrea (2001).

que rurais: 70,5% da população afro-colombiana e 71,4% de toda a população colombiana em 2001 residiam em cidades. Dentre os afro-colombianos, 57,8% residem em concentrações urbanas, com áreas metropolitanas ou arredores próximos superiores a 700 mil habitantes. Respectivamente, conforme o tamanho da população afro-colombiana e em ordem decrescente, as cidades de maior concentração demográfica são: Cáli, Cartagena, Bogotá, Medellín, Barranquilla e Pereira.

De acordo com Urrea, Ramirez & Viáfara (2001), Cáli e sua região metropolitana ampliada são a área urbana de maior concentração da população negra no país, com pouco mais de 900 mil negros. Destes, uns 650 mil residem na cidade de Cáli, situando-se um pouco mais de 50% deles – 350 mil – na Zona Leste da cidade, formada por bairros populares muito heterogêneos, que vão de assentamentos de extrema pobreza, com urbanização sumamente precária, até áreas residenciais contíguas de classe média baixa, com serviços básicos completos de habitação.

Trata-se de uma zona urbana que concentra 55% de sua população nos dois primeiros quintis de renda⁵ (Ver Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da população de domicílios afro-colombianos e não-afro-colombianos, por quintis e zonas urbanas de Cáli (% col.)

QUINTIS	Zona Leste		Zona Centro-Leste		Zona das Encostas		Zona do Corredor		Total em Cáli	
	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro	Dom. afro	Dom. não-afro
Quintil 1	30.4	26.0	16.4	13.4	36.4	18.5	7.9	12.4	23.1	18.1
Quintil 2	30.5	23.0	17.9	14.4	24.0	32.8	10.3	9.7	22.9	18.2
% acumulada quintis 1 e 2	(60.9)	(49.0)	(34.3)	(27.8)	(60.4)	(51.3)	(18.2)	(22.1)	(46.0)	(36.3)
Quintil 3	22.8	22.6	21.2	19.9	21.0	20.8	22.3	14.2	22.2	19.1
Quintil 4	11.9	18.2	23.8	29.5	14.9	15.9	26.4	20.3	17.9	21.2
Quintil 5	4.4	10.2	20.7	22.9	3.7	11.6	33.1	43.4	13.9	23.4
% acumulada quintis 4 e 5	(16.3)	(28.4)	(44.5)	(52.4)	(18.6)	(27.5)	(59.5)	(63.7)	(31.8)	(44.6)
TOTAL em Cáli	100	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Levantamento do Banco Mundial-CIDSE/Univalle, Cáli, setembro de 1999

⁵ Segundo dados do levantamento do CIDSE-Banco Mundial, *Pobreza, cobertura y percepción de servicios sociales en Cali*, de setembro de 1999. Por outro lado, de acordo com a mesma pesquisa, 61% da população negra da zona leste da cidade concentram-se nos dois primeiros quintis, enquanto o índice é de 49% na população mestiça-branca.

Entretanto, como assinalam os próprios autores, não se pode desconhecer a existência, em cidades como Cáli, Medellín, Bogotá, Barranquilla etc., de uma classe média negra, formada por camadas de operários qualificados, técnicos e profissionais liberais – mulheres e homens – com relativa participação dos filhos no ensino superior, especialmente em algumas universidades públicas⁶ e numa série de universidades privadas com um índice considerável de matrículas estudantis de classes médias baixas.⁷ Não obstante, há que se alertar para o fato de que este e outros estudos assinalam, por sua vez, a dificuldade que existe nos processos de mobilidade social ascendente para as camadas médias negras (Barbary, 1999, 2000; Bruyneel & Ramírez, 1999; Quintín, Ramírez & Urrea, 2000). Numa cidade como Cáli, as citadas classes médias residem em bairros de classe média baixa e classe média média da Zona Centro-Leste, e também em bairros de classe média alta, embora sejam minoria neste último setor (Quintín, Ramírez & Urrea, 2000). Ainda assim, a grande maioria da população negra de Cáli reside em espaços de extrema pobreza e marginalidade social, na Zona Leste.

Numa cidade mestiça como Cáli, a população negra apresenta duas formas de distribuição geográfica urbana, conforme a posição socioespacial e conforme a classe social (Urrea, 1997, 1999; Urrea & Ortiz, 1999). Isso significa que, por um lado, a população negra apresenta padrões de segregação espacial, com uma alta concentração relativa nas áreas residenciais do leste da cidade, especialmente nos assentamentos de maior pobreza; por outro, registra-se uma dispersão residencial paulatina à medida que se vai chegando perto do centro da cidade, indo de leste para oeste, ao longo de bairros de classes médias muito heterogêneas. Isso revela que as áreas de maior povoamento de negros correspondem às zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21 (Zona Leste) e, em menor grau, às zonas distritais 4, 5, 8, 9, 10, 11 e 12, que constituem a Zona Centro-Leste de Cáli.

A Tabela 2 permite uma visão sintética da estrutura socioeconômica e demográfica da população de Cáli e das quatro grandes zonas geográficas da cidade: Leste (as zonas

⁶ A Universidad de Valle (Cáli), a Universidad de Antioquia (Medellín), a Universidad de Cartagena e a Universidad del Atlántico (Barranquilla) são as que mais se destacam.

⁷ Nesse caso, infelizmente, trata-se de universidades particulares de perfil acadêmico muito baixo.

distritais anteriormente enumeradas), Centro-Leste (idem), Encostas (zonas distritais 1, 18 e 20) e o corredor de classes médias abastadas e altas (zonas distritais 2, 17 e 19).

Tabela 2: Taxas de dependência juvenil (menores de 20 anos) e índices masculinos totais por zonas urbanas e tipos de domicílio (domicílios afro-colombianos e não-afro-colombianos⁸), Cáli, 1999

Taxas e índices	Leste: zonas distritais 6,7,13,14,15,16, 21		Centro-Leste: zonas distritais 3, 4,5,8,9,10,11 y 12		Encostas: zonas distritais 1, 18 y 20		Corredor: zonas distritais 2, 17 y 19		Total de Cáli (área urbana)		
	Tipo de domicílio (segundo a caracterização sociorracial dos membros do núcleo familiar primário pelo recenseador)										
	Afro	Não-afro.	Afro	Não-afro.	Afro	Não-afro.	Afro	Não-afro.	Afro	Não-afro.	Total de Cáli
Taxa de dependência juvenil (para < 20 anos)	0.91	0.74	0.57	0.55	0.79	0.65	0.60	0.48	0.75	0.60	0.65
Índice masculino total	0.85	0.90	0.77	0.82	1.04	1.0	0.81	0.85	0.84	0.88	0.86

Fonte: Levantamento do Banco Mundial-CIDSE/Univalle, setembro de 1999, Cáli

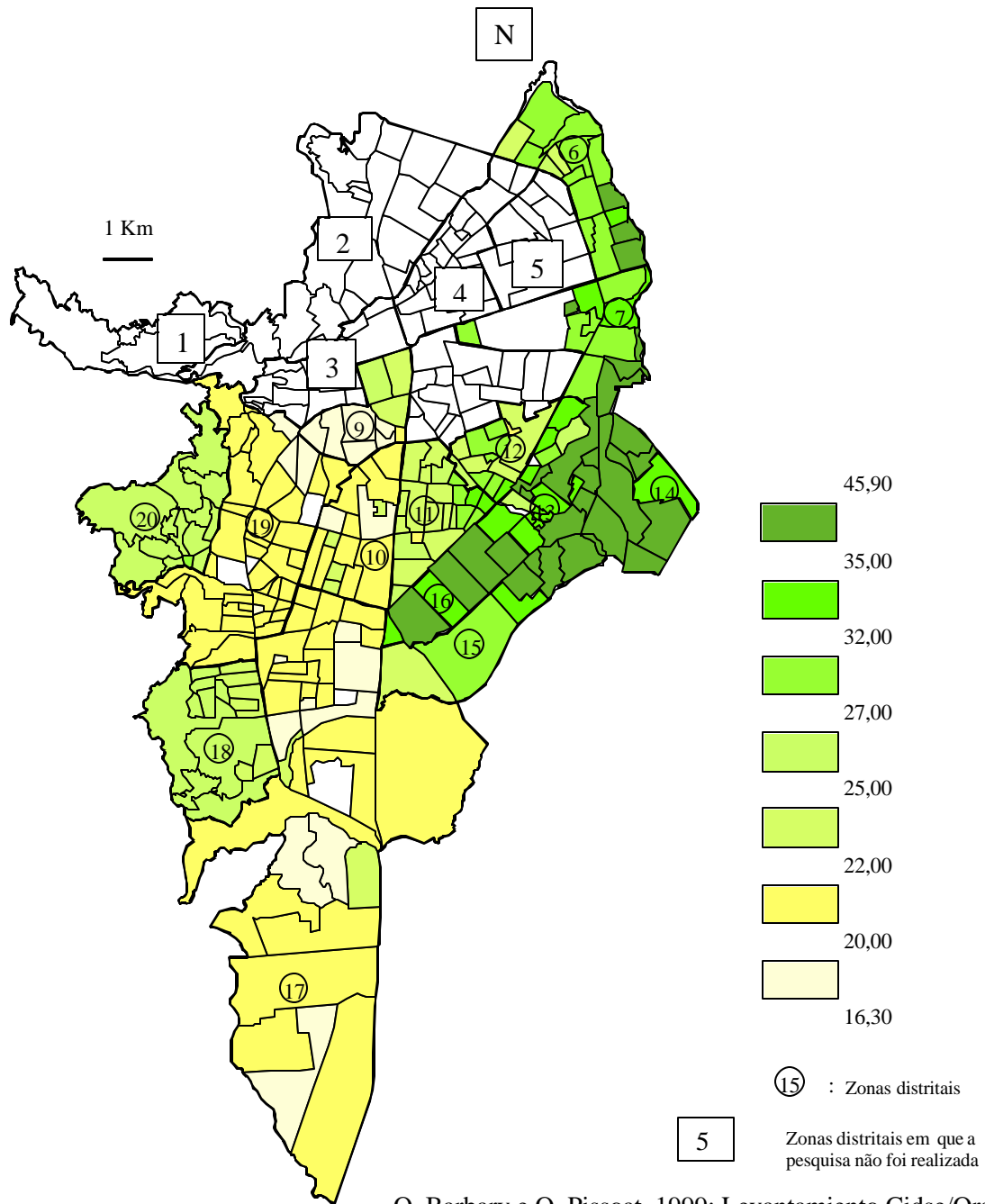
Essas características sociodemográficas das populações negras de Cáli revelam a existência de uma importante heterogeneidade social e residencial, com uma dinâmica espacial segregada para as camadas sociais mais pobres – poderíamos dizer, para os mais pobres dentre os pobres, no primeiro quintil de renda, a Zona Leste e a das encostas da cidade, e, para as classes médias negras em consolidação, uma distribuição residencial relativamente dispersa no Centro-Leste e no corredor urbano. A demografia da pobreza urbana manifesta-se, através de uma série de indicadores da Zona Leste (zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21), numa população mais jovem do que o conjunto da cidade, por isso

⁸ Nos levantamentos domiciliares especializados do CIDSE-IRD, realizados em maio-junho de 1998, e no do CIDSE-Banco Mundial, de setembro de 1999, ambos em Cáli, estabeleceu-se a seguinte classificação arbitrária: domicílio afro-colombiano – quando um ou mais membros do núcleo familiar primário do domicílio apresentam um fenótipo negro-mulato (excluem-se os membros não aparentados nessa classificação arbitrária); domicílio não-afro-colombiano – o inverso, caso não se apresente qualquer membro com esse fenótipo racial. Por essa razão, usaremos indistintamente neste artigo os termos ‘população negra’ e ‘população afro-colombiana’, tomando-os como equivalentes. Nesse sentido, o uso do termo ‘afro-colombiano’ não tem uma significação essencialista ‘étnica’, mas sim uma significação descritiva (ver Urrea, Ramírez & Viáfara, 2001).

mesmo com taxas de dependência juvenil e tamanho domiciliar médio maiores no primeiro quintil de renda. Associado a isso, há uma concentração da população negra de Cáli nos dois primeiros quintis da distribuição de renda, diferentemente da população mestiça/branca, embora também se registre uma participação importante nos quintis três e quatro, o que se refere, precisamente, a uma presença de classes médias negras (zonas distritais 4, 5, 8, 9, 10, 11 e 12) com padrões sociodemográficos de modernidade semelhantes ou maiores do que os das classes médias não-negras.

Em termos demográficos, não há diferenças importantes entre a população negra e a não-negra em Cáli, exceto pelas que assinalam as condições de pobreza, e, por isso, as estruturas populacionais dos negros relacionam-se fundamentalmente com fatores de classe, e não culturais. Do mesmo modo, a população negra é afetada por fatores de desigualdade social em que o componente da cor da pele constitui um dispositivo de exclusão não-separável do de classe, mas sem que possa ser evitado ou ocultado. Isso significa que a ordem social da sociedade colombiana – sua estrutura de classes – é inseparável da cor da pele (Wade, 1997). Desse modo, tanto os setores populares negros mais pobres quanto as diversas camadas médias negras enfrentam uma situação de discriminação racial, mas com modalidades diferentes. Enquanto os setores populares residem em condições de segregação espacial, boa parte deles na pobreza extrema e com urbanização precária, as classes médias percebem fortes obstáculos à mobilidade social no mercado de trabalho e em diferentes âmbitos institucionais da vida social (nos campos da política, dos negócios, das forças armadas etc.), como mostram Quintín, Ramírez & Urrea (2000).

Mapa 1. População estimada de domicílios com população negra, por setor censitário, Cáli, 1998



O. Barbary e O. Pissoat, 1999: Levantamiento Cidse/Orstom, maio de 1998.

Antecedentes do problema: padrões de saúde reprodutiva nas áreas urbanas de Cáli com maior concentração da população negra

A partir do contexto sociodemográfico e socioeconômico anterior, procedeu-se a uma análise dos padrões da saúde reprodutiva nas áreas urbanas (zonas distritais e alguns bairros) com alta participação da população negra, particularmente no leste da cidade. Antes de iniciar a análise detalhada, é preciso lembrar que os indicadores epidemiológicos sobre a saúde sexual e reprodutiva foram extraídos de diversas fontes, entre as quais se encontram os registros da Secretaria de Saúde Pública Municipal de Santiago de Cáli, que só permitem uma aproximação indireta no tocante às áreas residenciais em que há uma alta presença de pessoas negras, numa escala infelizmente muito amontoadas – a zona distrital –, mas também com populações mestiça e branca pobres (no caso das áreas urbanas mais deprimidas); ou seja, trata-se de zonas urbanas racialmente miscigenadas, que em momento algum são espaços exclusivos da população negra pobre.

Além disso, nessas mesmas áreas pobres existe uma importante heterogeneidade social. Até os dados usados a partir do estudo de Urrea e Rojas sobre saúde reprodutiva e práticas da sexualidade no Distrito de Aguablanca, referentes a 1993 — que se concentram em três bairros dessa zona e no espaço coberto pelo Núcleo de Atendimento Primário em Saúde (NAP), Marroquín-Cauquita (zonas distritais 14 e 15) –, embora se refiram, em sua maior parte, a estudantes negros, incluem também jovens mestiços de ambos os sexos que residem nessa região da cidade.

Outro estudo mais recente, realizado por Urrea & Quintín (2000), que revela o comportamento sexual e as práticas de saúde reprodutiva de jovens negros dos subúrbios populares de Cáli, lança maiores dados sobre a incidência que podem ter os fenômenos políticos, socioculturais e econômicos na vida desses indivíduos e nas práticas de saúde sexual de homens e mulheres negros de setores populares, particularmente dos jovens residentes nos bairros de Charco Azul e Sardi, que apresentam uma alta concentração da população negra e menor mestiçagem racial.

Os dados obtidos dessas diversas fontes são sumamente valiosos para analisar os fenômenos socioculturais que se apresentam no exercício das práticas de saúde reprodutiva em jovens em condições de alto risco. Entretanto, somos moderados no uso e na apresentação desses dados, posto que boa parte dos indicadores epidemiológicos não permite uma análise mais decomposta a partir das características sociorraciais das pessoas, como alertamos anteriormente.

Iniciação e experiências sexuais de adolescentes de setores populares com alta participação de jovens negros em Cáli

De acordo com o estudo de Urrea e Rojas sobre os 194 estudantes (rapazes e moças) pesquisados,⁹ observa-se, ao analisar a experiência de uma relação sexual conforme o sexo e a estrutura etária (Tabela 3), uma clara diferença entre os adolescentes dos sexos masculino e feminino. Enquanto os adolescentes varões de 11-14 anos já apresentavam uma percentagem de 47% com experiência de uma relação sexual, as jovens adolescentes do primeiro grupo etário registravam 33%. A partir dos 15-19 anos, os rapazes tinham percentagens acima de 74,6%. As moças, ao contrário, registravam uma percentagem de 13,2% entre os 15 e 19 anos de idade. Em síntese, não só os estudantes adolescentes do sexo masculino haviam tido uma experiência sexual significativamente maior do que a das moças, como também já se registravam percentagens elevadas entre os menores de 15 anos, percentagens estas que aumentam consideravelmente depois dos 15 anos (Tabela 3). Essas constatações referentes à Cáli do início da década de 1990, numa área urbana de alta concentração de negros, enquadram-se nos resultados de diferentes estudos feitos em países em desenvolvimento. Pode-se ver, a esse respeito, os estudos internacionais de Barker (2000) e de Brown et al. (2001), o primeiro sobre a saúde e o desenvolvimento de rapazes adolescentes, o segundo sobre as relações sexuais entre adolescentes em países em desenvolvimento.

O estudo de Urrea e Rojas trouxe também uma informação quantitativa fundamental para se avaliar o uso efetivo de técnicas anticoncepcionais e de prevenção de doenças

⁹ Nessa amostra de estudantes, pelo menos 65% eram rapazes e moças negros e mulatos (126 dentre 194 alunos), residentes em bairros de classes muito baixas, classes baixas e classes médias baixas, por volta de 1992.

sexualmente transmissíveis (DST), assim como uma aproximação em escala micro de uma taxa de DST no grupo de estudantes da amostra. Dos adolescentes escolares que tinham mantido uma relação sexual com penetração em 1992 (72 de 111 rapazes, conforme a Tabela 3), apenas 33,3% (24) haviam utilizado métodos anticoncepcionais em alguma ocasião. Nesses 24 adolescentes, o método anticoncepcional mais usado foi o preservativo (camisinha), nos 15 casos que adotaram algum método. Em seguida, vinham os que haviam usado pílulas anticoncepcionais e/ou camisinha, somando quatro casos (rapazes que informaram haver pedido às moças que utilizassem a pílula, assim como haviam usado o preservativo). Dois rapazes adolescentes tinham procurado fazer com que as parceiras usassem a pílula e apenas uma moça a havia tomado. Outra relatou o uso de injeções, e dois rapazes disseram ter pedido que as moças as utilizassem. Assim, observou-se que, para alguns desses jovens estudantes, era a mulher quem devia assumir a responsabilidade pelo uso de métodos anticoncepcionais e pela prevenção das DST.

Tabela 3
Dados sobre ter ou não havido relações sexuais entre estudantes adolescentes,
conforme o sexo e o grupo etário (com experiência de penetração)

Idade	Rapazes						Moças					
	Uma	%	Nenhuma	%	Total	%	Uma	%	Nenhuma	%	Total	%
11-14	19	47,5	21	52,5	40	100,0	1	3,3	29	96,7	30	100,0
15-19	53	74,6	18	25,4	71	100,0	7	13,2	46	86,8	53	100,0
Total	72	64,9	39	35,1	111	100,0	8	9,6	75	90,4	83	100,0

Fonte: Urrea & Rojas (1993)

Todavia, o mais preocupante acerca desses adolescentes escolarizados da Zona Leste da cidade, no tocante à indagação sobre o uso de anticoncepcionais, é que 66% dos que haviam mantido relações sexuais disseram não ter usado qualquer tipo de método anticoncepcional. Indagados sobre seus conhecimentos acerca da prevenção de DST, apenas 22,7% (16 casos) mencionaram o preservativo; 17,5% (13 casos) disseram manter “uma relação estável”; 4,1% (três casos) informaram “não ter tido relações”; 7,2% (cinco casos) responderam “manter relações com pessoas asseadas”, como forma de prevenção dessas enfermidades; por último, 27,8% (20 casos) não responderam à pergunta, ou disseram não conhecer qualquer método para prevenir as DST.

Seja como for, as características desses jovens, em especial sua vinculação com o

projeto escolar nessa época, permitem-nos pensar que o exercício de sua sexualidade seria influenciado, aparentemente, pelo ensino escolar e pela expectativa de um projeto de mobilidade social, que retardaria a iniciação de sua vida sexual, particularmente no caso das adolescentes. Além disso, nestas últimas incidiriam fatores como o maior controle social exercido sobre elas e, supostamente, a perspectiva de repúdio e/ou assinalamento social ante uma eventual experiência de gravidez, que pode ser maior quando não existe uma união estável com o parceiro sexual. No caso dos estudantes adolescentes do sexo masculino, a situação parece ser bem diferente: eles colocam-se num grupo de alto risco que, de qualquer modo, afeta as moças como parceiras sexuais. Nesse sentido, especialmente nos rapazes escolarizados de setores populares com alta participação da população negra, a inserção escolar parece não ser suficiente para mudar o padrão de risco das práticas sexuais, como se pôde mostrar no estudo de Urrea e Rojas do início da década de 1990.

Padrões transversais de DST e HIV-Aids por zona distrital dos setores populares com alta participação da população negra e jovem, e tendências globais em Cáli

Ao analisar o comportamento das DST e do HIV-Aids, bem como a relação masculino/feminino de HIV/Aids nas diferentes zonas distritais da cidade de Cáli em 1999, mas concentrando-nos principalmente nos distritos com maior presença de uma população negra e jovem (ver Anexo 1), podemos mencionar as seguintes considerações.

Conquanto se possa supor um problema de sub-registro, chamam a atenção as altas taxas de incidência de DST e HIV-Aids masculinas, muito superiores às femininas, como seria esperável, dada a sua associação a um maior exercício da sexualidade entre os homens, como se verificou na população adolescente masculina. Certamente, isso também implica um maior exercício da sexualidade com risco de contágio de DST e HIV-Aids. Esses dados poderiam estar associados a práticas já assinaladas, como o início precoce da vida sexual masculina, as práticas inadequadas (com menor responsabilidade na vida reprodutiva), e uma menor estabilidade nas relações com os parceiros, o que envolve um número maior de companhias sexuais e o aumento do risco de contágio por DST e HIV-

Aids. Paralelamente, constata-se uma presença importante da prostituição feminina, que com certeza responderia por grande parte do registro de maiores taxas de incidência de DST nas mulheres. Isso não significa que se possa deixar de lado a prostituição masculina, sobretudo em adolescentes e adultos jovens, mas, apesar do fenômeno da prostituição feminina, as taxas referentes às mulheres são inferiores às masculinas.

Paradoxalmente, no entanto, nas zonas distritais 13, 14, 15 e 16, de alta concentração da população negra, as taxas femininas são superiores às masculinas, ou quase iguais a estas, como na zona distrital 16 (ver Anexo 1), à semelhança do que acontece na zona rural do município, onde as taxas de incidência feminina são muito mais altas do que as dos homens. Na zona rural, também há áreas de alta participação de negros, embora haja outras mais mestiçadas. Essa diferença leva, simplesmente, a suspeitar de um sub-registro significativo das DST e do HIV-Aids masculinos nas referidas zonas distritais e na zona rural, em decorrência da baixa cobertura dos serviços de saúde municipais. Faz-se essa inferência porque os diferentes tipos de dados quantitativos e qualitativos incluídos neste estudo apontam para uma tendência diferente. Mas esse sub-registro ocorre também no tocante às taxas femininas dessas zonas distritais, que talvez sejam maiores. Certamente, os dados mostram uma cobertura muito inadequada do sistema de saúde nesse tipo de morbidez/mortalidade entre os pobres e os negros urbanos. Por outro lado, se encontramos nessas zonas distritais taxas de atendimento de ocorrências de DST e HIV-Aids inferiores às da média da cidade, também é preciso considerar que esse fenômeno pode ser explicado pelo alto uso de práticas alternativas de atendimento sem registro, através da consulta a farmacêuticos ou da simples automedicação. Isso é igualmente válido noutros setores urbanos, mas suspeita-se que tenha um impacto maior na população dessas zonas distritais.

Analisando por grupos os registros epidemiológicos de DST, observa-se que as taxas masculinas de incidência mais alta são as de HIV-Aids (56,2 em cada 10 mil habitantes), seguidas pelas doenças gonocócicas do trato urogenital e, em terceiro lugar, por eventos distintos de sífilis. Consideradas as zonas distritais, essas DST e as ocorrências de HIV-Aids são dominantes na zona distrital 3, que tem as maiores taxas da HIV-Aids e sífilis. Nessa região, concentram-se bairros tradicionais de prostituição

feminina, com um aumento da prostituição masculina nos últimos 15 anos e uma frequência de trânsito sexual de pessoas da cidade inteira, por se tratar do centro tradicional de Cáli. Todavia, existe uma importante população residente nas áreas mais pobres dessa zona distrital (uns cinco bairros) que participa do mercado sexual, na condição de ofertante ou demandante de serviços sexuais. As outras zonas distritais com altas taxas de incidência masculina são, por ordem decrescente de importância, as de números 12, 9, 8, 4 e 7, com valores superiores a 200 eventos por cada 10 mil habitantes, chegando a registrar 403 casos. As quatro primeiras zonas distritais correspondem à vasta região urbana Centro-Leste, com importância mediana da população negra, depois da Zona Leste, majoritariamente composta por bairros de classe média baixa e média. Também nessas zonas distritais os casos de HIV-Aids são muito numerosos.

Como se pode perceber, há uma diferença significativa por zonas distritais na relação HIV-Aids entre homens e mulheres. Enquanto numa série de zonas distritais (2, 4, 5, 7, 17, 18, 19 e 21) não se registraram casos de mulheres infectadas, noutras a relação mostra-se preocupantemente reduzida: as zonas distritais 8, 11, 12, 13, 15, 16 e 20 e a zona rural de Cáli. Um terceiro grupo corresponde a zonas distritais que ainda têm uma proporção de um alto número de homens por mulher infectada: as zonas distritais 3, 6, 9, 10 e 14. É claro que essa relação estatística pode ser fluida ou mutável de um ano para outro, mas pode-se dizer que, entre as zonas distritais com uma relação muito reduzida de homens por mulheres infectadas, predominam as dos setores populares, algumas com alta participação da população negra (zonas distritais 11, 12, 13, 15, 16 e 20, esta com menor participação de negros); somente a zona distrital 8 corresponde mais a classes médias, com alta heterogeneidade racial. Esse fenômeno leva a crer que, nessas regiões, as mulheres estão correndo riscos elevados de infecção, diante do padrão cada vez mais frequente de comportamentos bissexuais em homens de setores populares que namoram ou vivem em relações conjugais, sem utilizar mecanismos de sexo seguro com outros homens nem com as próprias mulheres, para não falar na ocultação desses comportamentos perante as parceiras, o que as coloca numa situação de alto risco.

Padrões de gravidez e aborto na população feminina adolescente do Leste da cidade

No estudo de Urrea e Rojas realizado entre 1992 e 1993, a respeito das práticas sexuais entre adolescentes de setores populares de Cáli, observou-se na zona distrital 14 (Distrito de Aguablanca) que, no período de 1991-1992, a população de grávidas pertencentes a todos os grupos etários, atendidas pelo Programa de Controle de Gravidez do NAP 14,¹⁰ apresentou uma estrutura etária pela qual se registrou claramente uma amostra representativa do alto peso da gravidez em adolescentes desses bairros (ver Tabelas 4 e 5).

O grupo de grávidas menores de 20 anos representava, em 1991-1992, 26,7% do total, ou seja, mais de 1/4 das grávidas, e se concentrava na faixa das jovens entre 15 e 19 anos (23,6%), embora não se deva deixar de assinalar a participação de algumas menores de 15 anos (3%). O grupo com maior participação entre as grávidas foi o da faixa de 20-24 anos (31,9%), o que também mostrou que, nesse grupo etário (20-24 anos), era possível encontrar um segmento de mulheres cuja gravidez havia ocorrido em idade inferior a 20 anos. Se aceitarmos esse registro como uma amostra representativa da gravidez adolescente nas zonas distritais 13, 14 e 15, por volta de meados do ano de 1992, chama a atenção que, em 1998, segundo o registro do Sistema Local de Saúde (Silos) 5, essa percentagem tenha sido de 30,5% (2.110 adolescentes entre 15 e 19 anos, num total de 4.035 mulheres, enquanto, em 1992, tinha havido 177 adolescentes abaixo de 20 anos em 664 mulheres dessa amostra aleatória).

Outro aspecto a ressaltar nos dados de 1992 é que 58,6% do total acumulado eram mulheres abaixo de 25 anos, que representavam 212 casos de gravidez, ou quase 60%, com o que podemos demonstrar a presença elevada de mães jovens no período descrito (Tabelas 4 e 5).

¹⁰ Colheram-se aleatoriamente 664 registros de moças residentes no bairro de Marroquín-Cauquita e outros bairros próximos, que fazem parte da área de influência do NAP, com as mesmas características socioculturais, entre 1991 e 1992 (Urrea & Rojas, 1993).

Tabela 4

Distribuição por grupos etários das grávidas que receberam atendimento do NAP de Marroquín-Cauquita entre setembro de 1991 e setembro de 1992

Idade	Freqüência	(%)	% acumulada
Entre 11 e 12 anos	2	.3	.3
Entre 13 e 14 anos	18	2.7	3.0
Entre 15 e 17 anos	80	12.0	15.1
Entre 18 e 19 anos	77	11.6	26.7
Entre 20 e 24 anos	212	31.9	58.6
Entre 25 e 29 anos	146	22.0	80.6
Entre 30 e 34 anos	89	13.4	94.0
Entre 35 e 39 anos	34	5.1	99.1
Entre 40 e 44 anos	5	0.8	99.8
45 anos ou mais	1	0.2	100.0
Total	664	100.0	

Fonte: Urrea e Rojas (1993)

Tabela 5

Taxa média de gestações por grupos etários de mulheres que receberam atendimento no NAP

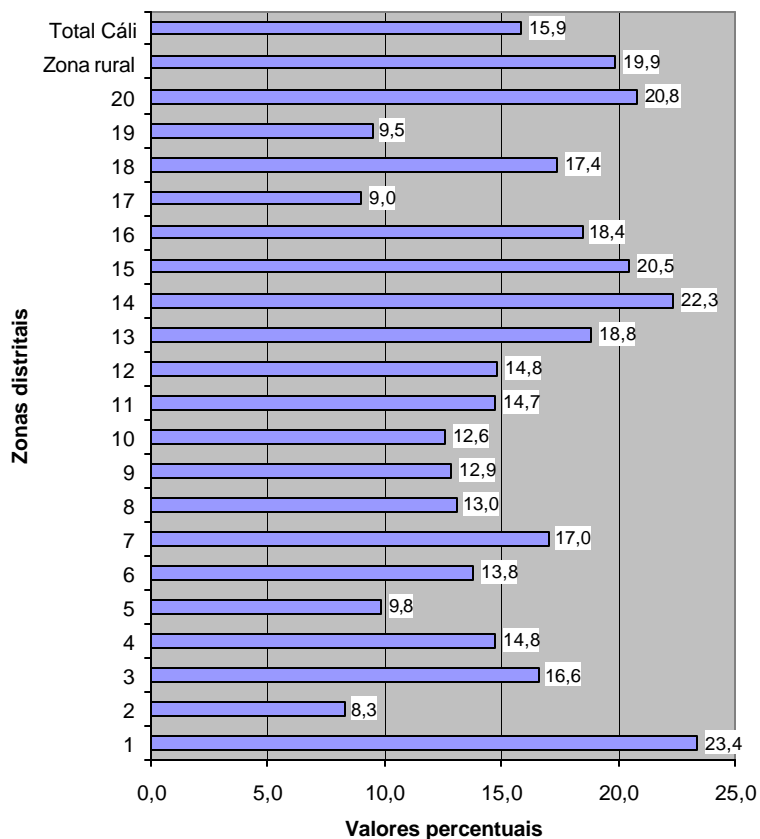
ANOS	TAXA MÉDIA
< 15 años	1.8
15 - 17	2.03
18 - 19	2.04
20 - 24	2.33
25 - 29	3.24
30 - 34	4.02
35 - 39	4.12
40 - 49	5.0

Taxa média global de gestações _____ 2.9 (*)
 Taxa aproximada de parturição _____ 2.5
 Taxa aproximada de fecundidade _____ 3.63
 (*) Ajustada de acordo com o índice de abortos e filhos natimortos
 Fonte: Urrea e Rojas (1993)

Na Tabela 1, ao observar a percentagem de mulheres entre 15 e 19 anos com filhos nascidos vivos em Cáli, em 1998, por zona distrital, constata-se que foram as seguintes as zonas distritais com valores percentuais muito acima da média urbana (15,9%): (a) as zonas distritais 1, 20 e 18 e a zona rural de Cáli, que configuram a região montanhosa da cidade; (b) as zonas distritais 14, 15, 13, 16 e 7, que compõem a Zona Leste da cidade e nas quais se apresenta, como já foi assinalado, a mais alta concentração de negros. A única exceção mostrada pelos dados é a zona distrital 6, que faz parte desse segundo grupo de zonas distritais com maior participação da população afro-colombiana e tem um valor percentual inferior ao de Cáli. Em outras palavras, no final da década de 1990, as zonas distritais do leste exibiam o maior número de mulheres adolescentes com filhos, se levarmos em conta que a população dessas zonas distritais atinge pouco mais de 40% da população de Cáli, enquanto as zonas distritais das encostas tinham uma participação

inferior a 25%. Este último dado reflete o fato de que a maior porcentagem de adolescentes inscritas no programa de atendimento materno da Secretaria de Saúde Municipal de Cáli, em 1998, correspondia ao Silos 5, que abrange as zonas distritais 13, 14, 15 e 21 (atualmente), com 30,5% de mulheres de 15-19 anos.¹¹

Gráfico 1: Percentagem de filhos de mulheres entre 15-19 anos em relação ao total de nascimentos por zonas distritais em Cáli, 1998



Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998

Quanto às experiências de aborto induzido, os registros obtidos desde 1992 (Tabelas 6 e 7) mostram dados importantes. Por exemplo, nas percentagens de mulheres com

¹¹ A média de Cáli está em 24,0%. Os valores relativos dos demais Silos foram os seguintes: Silos 1 (zonas distritais 1, 3, 19 e 20) – 24,4% de mulheres entre 15-19 anos; Silos 2 (zonas distritais 2, 4, 5, 6 e 7) – 9,4%; Silos 3 (zonas distritais 8, 9 e 12) – 27,3%; Silos 4 (zonas distritais 10, 11 e 16) – 25,4%; Silos 6 (zonas distritais 17 e 18) – 24,5%; Silos 7 (zona rural) – 17,5%. Tabela 71, “atividades de atendimento materno”, *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1998*, Secretaria de Salud Pública Municipal, 1999, p. 129.

experiência de aborto e nos índices de aborto em mulheres grávidas por faixa etária, dentre as atendidas no NAP de Marroquín-Cauquita, no Distrito de Aguablanca, ao contrário do que se poderia supor, não é o grupo de adolescentes que recorre com maior frequência à prática do aborto; quem pratica majoritariamente esse método são as mulheres com idades acima de 20 e 25 anos, certamente como forma de controle da natalidade. Isso fica ainda mais claro ao levarmos em conta que, nessa faixa etária, a maioria das mulheres é múltipara, ou seja, teve uma ou mais experiências de gravidez e parto.

Tabela 6

Percentagem de mulheres com experiência de aborto, conforme o grupo etário (entre as que receberam atendimento no NAP)

Idade (anos)	Numero de (1) gestações	Numero de (2) Abortos	(2) / (1) %
Taxa < 20	71	6	8,5
20 - 24	89	15	16,9
25 - 29	55	11	20,0
30 - 34	41	15	36,6
35 - 39	12	4	33,3
40 - 49	3	1	33,3
Totais	271	52	19,2

Fonte: Urrea & Rojas (1993)

Tabela 7

Índice de abortos em mulheres grávidas por faixa etária (entre as que receberam atendimento no NAP)

Idade (anos)	Numero de (1) gestações	Numero de (2) Abortos	(2) / (1) %
< 15	12	1	8,3
15 - 17	29	2	6,9
18 - 19	32	2	6,3
Taxa < 20	73	5	6,8
20 - 24	129	18	14,0
25 - 29	125	15	12,0
30 - 34	121	18	14,9
35 - 39	28	4	14,3
40 - 49	14	2	14,3
Totais	490	62	Índice global 12,7

Fonte: Urrea & Rojas (1993)

Zamudio (2000), em seu estudo sobre o aborto induzido na Colômbia, corroborou justamente os resultados da investigação de Urrea e Rojas, de 1993, sobre mulheres dos setores populares da cidade de Cáli com alta concentração da população negra, e confirmou que essa tendência se verifica no âmbito das grandes cidades colombianas. De acordo com essa autora:

no conjunto de grupos de risco de aborto induzido destacam-se dois: as jovens abaixo de 20 anos, seguidas pelas de 20 a 25 anos e pelas mulheres de qualquer estado civil e qualquer idade que tenham mais de três filhos ou quatro gestações. Das que se encontram abaixo de 25 anos, 26,5% tiveram pelo menos

uma gravidez e, destas, 44,5%, ou praticamente a metade, fizeram um ou mais abortos. No grupo seguinte, de 20 a 24 anos, 32,4% – o que também é uma proporção altíssima – fizeram pelo menos um aborto. Se considerarmos o aumento já assinalado nessas idades nos últimos dez anos, fica claro que o grupo de menores de 20 anos é um grupo especial de risco. (Zamudio, 2000: 107-108)

A percentagem de mulheres abaixo de 20 anos que recorreram a essa prática é de apenas 8,5%, com um índice de 6,8% de gestações interrompidas, comparada a uma percentagem de 36,6% no grupo de 30 a 34 anos, cujo índice é de 14,0%, e de 33,3% no grupo de 35 a 39 anos, com um índice de 14,3%. O menor índice de abortos em mulheres abaixo de 20 anos, nos dados processados, é compatível com as informações verbais fornecidas pela equipe do NAP de Marroquín-Cauquita a propósito das gestações interrompidas entre as adolescentes. Segundo a equipe de saúde, as adolescentes não recorrem ao aborto com a frequência que se poderia supor e, ao contrário, preferem assumir as conseqüências de ter um filho na condição de mães solteiras, às vezes apoiadas pelos pais, às vezes com o apoio dos pais do parceiro sexual (Urrea & Rojas, 1993).

Por último, cabe assinalar que o observado na cidade de Cáli, com as altas taxas de gravidez na adolescência, bem como em mulheres de 20 a 24 anos, em particular nas zonas distritais dos setores populares, é um fenômeno que já foi observado em escala nacional, conforme alertaram algumas análises recentes:

os investigadores sociais assistiram ao aumento da fecundidade de adolescentes e mulheres jovens do país. Apesar das reduções observadas na taxa global de fecundidade nas últimas três décadas, a mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada pelo Profamilia em 1995, já mostrava sinais preocupantes, que permitiam prever que essa queda poderia deter-se ou até ser revertida, em virtude do aumento da fecundidade de menores de 24 anos, que começou a se fazer notar a partir dos anos noventa. Segundo um estudo do Departamento Nacional de Planejamento (DNP), publicado com o título *Salud Reproductiva entre 1990 y 1995*, o número de nascimentos por cada

mil mulheres do grupo de 15 a 19 anos aumentou mais de 25%, enquanto subiu 4% entre as de 20 a 24 anos. (revista *Cambio*, 358, 1-8 de maio de 2000, p. 20-21)

Na mesma direção encontram-se os resultados dos estudos sobre gravidez na adolescência e aumento das taxas de fecundidade das mulheres abaixo de 20 anos, especialmente das adolescentes de setores populares, nos casos do México (Stern & Medina, 2000) e do Brasil (Calasanz, 2000). A revista *Cambio* anota mais adiante:

Em conseqüência do aumento do exercício da sexualidade pelas mulheres nas primeiras etapas do período fértil, bem como do volume de homens e mulheres em idade reprodutiva (aproximadamente 1/3 da população colombiana está abaixo de 25 anos), existe a possibilidade de que, a médio prazo, o país apresente um retrocesso na diminuição da fecundidade. Como resultado, a população continuará a aumentar [...]. Uma tendência vegetativa da população [é] que o grupo que mais cresce seja o adolescente. Mas o aumento de sua fecundidade poderia ser evitado, se as condições sociais e de prestação de serviços houvessem continuado no ritmo em que vinham. O que elas fizeram, no entanto, foi decair. (idem, p. 21-22).

Padrões de uso dos métodos anticoncepcionais por zonas distritais de setores populares do leste da cidade, com presença de população negra

Por outro lado, e na mesma direção dos casos de aborto como método de controle da natalidade, ao se analisar por zonas distritais o uso de métodos de planejamento familiar, chama a atenção a altíssima participação da ligadura de trompas, de acordo com os registros da Secretaria de Saúde Municipal. No Silos 5, nas zonas distritais 13, 14, 15 e 21, área de concentração da população negra na Zona Leste da cidade, apresentam-se as maiores percentagens de procedimentos cirúrgicos: quase 60% das ligaduras em Cáli são feitas ali, sob os auspícios do sistema municipal de saúde. O Silos 2 tem a segunda maior

percentagem de ligaduras de trompas (28%), levando em conta que há nesse Silos duas zonas distritais com alta participação de negros (as zonas 6 e 7, na região leste da cidade, com setores de pobreza muito elevados). Nos demais Silos, a ligadura é menos importante.

Isso significa um uso perverso da ligadura de trompas nas mulheres negras e pobres, que, embora possam ter altas taxas de fecundidade ao chegarem a Cáli – por exemplo, no caso das mulheres migrantes da costa do Pacífico, com menos de cinco anos de residência em Cáli e um número já elevado de filhos (mais de três ou quatro) –, estão sendo condicionadas a optar predominantemente por esse método, inclusive com uma orientação quase obsessiva por parte dos funcionários dos setores de saúde públicos e privados¹² segundo essa perspectiva, até mesmo para as negras adolescentes ou adultas jovens com apenas um ou dois filhos.¹³ Numa época em que esse tipo de programa anticoncepcional é praticado de maneira autoritária, não há condições jurídicas nem políticas para implementar a alternativa do aborto gratuito, em condições de assepsia e com apoio psicossocial para as mulheres pobres da cidade, embora, na realidade, como já vimos, o aborto seja um fator de mortalidade materna, em decorrência de sua repetição em condições de alto risco para a mulher.

É claro que outros métodos também são muito importantes no Silos 5, entre eles as injeções de hormônio e o dispositivo intra-uterino (DIU) (ver Anexo 2), com altas percentagens de utilização. Este último, aliás, é o mais utilizado nesse Silos (39%), mas ainda falta muito, por parte das autoridades sanitárias, para impulsionar de maneira mais decisiva as outras alternativas de anticoncepção à ligadura de trompas, nas mulheres pobres e negras da cidade. Sem dúvida, entre essas alternativas também seria preciso considerar o aborto, já que, como assinalou Zamudio (2000), ele também tem tido na Colômbia uma incidência importante na diminuição da fecundidade.

Na totalidade de Cáli, o método anticoncepcional mais generalizado, a partir do sistema público de saúde, é o DIU, com 40,5%, seguido pelo procedimento cirúrgico

¹² Por exemplo, o programa de planejamento familiar do Profamilia (Planificação Familiar Saúde Reprodutiva), entidade privada de âmbito nacional que, já se vão 30 anos, lidera as atividades de anticoncepção na Colômbia, ou as próprias empresas promotoras de saúde (EPS) para setores populares, surgidas a partir da Lei n.º. 100, de 1993.

¹³ Informações fornecidas em caráter não-oficial e com precauções, dado o seu sigilo, por funcionários do setor de saúde municipal, bem como pelo testemunho de mulheres negras.

(ligadura de trompas), com 20,6%, e, em terceiro e quarto lugares, o uso de hormônios orais ou da camisinha. Os outros métodos têm baixa participação. Por outro lado, o Silos 5 (zonas distritais 13, 14, 15 e 21) é o que registra, com 39%, a maior utilização de todos os tipos de métodos, seguido pelo Silos 2 (zonas distritais 2, 4, 5, 6 e 7), com 25,3%; o terceiro é o Silos 1 (zonas distritais 1, 3, 19 e 20), com 17,2%. Os outros Silos têm baixas participações, inferiores a 10%.

Construção de sexo/gênero, práticas de sexualidade e saúde reprodutiva em jovens de setores populares da periferia¹⁴

No estudo de Urrea & Quintín (2000) aparece uma série de personagens, homens e mulheres negros abaixo de 25 anos em seus cenários de subúrbios pobres, através dos quais eles configuram suas imagens e seus papéis masculinos/femininos, seus papéis ou roteiros sexuais (sobre esse conceito e seu uso, ver Barker, 2000) e suas práticas de sexualidade e saúde reprodutiva, que se movem numa lógica complexa de relações desiguais de sexo/gênero, polarizadas em condições de pobreza e desigualdade social. A utilidade dessa incursão em torno do núcleo analítico da construção do sexo/gênero, aplicada no texto de Urrea e Quintín ao estudo das masculinidades, é a vantagem de poder captar elementos das práticas concretas e dos roteiros sexuais representados, ao lado das narrativas de práticas de saúde reprodutiva desenvolvidas pelos personagens, por seus parceiros e por outros agentes sociais com quem eles mantêm interações. Assim, os relatos que aparecem a seguir reforçam as constatações e os registros anteriormente citados e nos permitem ver, de maneira específica, as dinâmicas sociais em torno das quais se desenvolve a realidade dos jovens dos setores populares.

Iniciação sexual sem responsabilidade e estereótipos sexuais entre homens e mulheres

Julio Cesar Oviedo é um jovem negro de 18 anos, nascido em Cáli. Estudou até a oitava série e passou a maior parte de sua vida no bairro de Charco Azul. Para Julio, a

¹⁴ Nesta seção, beneficiamo -nos de diferentes trechos do estudo de Fernando Urrea & Pedro Quintín (2000).

iniciação sexual ocorreu em idade precoce, entre os nove e dez anos, quando ele manteve relações com uma menina da mesma idade, impelido pelo desafio que lhe fora feito pelos amigos que já haviam superado essa etapa: *“lá na minha casa, com uma garota aqui do Charco, [...] antes, a gente meio que botava a cabecinha em cima dela e isso já era bimbar. Eu disse a ela pra gente ir bimbar, porque era assim que se dizia antigamente, vamos bimbar”*. Desde então, ele teve uma vida sexual muito ativa, da qual se ufana exageradamente. Diz, por exemplo, que *“acredita ter atualmente três garotas grávidas”* (coisa que outros amigos põem em dúvida).

Para Julio, o exercício da sexualidade com as mulheres é a maneira mais importante de demonstrar sua virilidade, razão pela qual ele não pode permitir que seus atributos pessoais sejam postos em dúvida na frente dos outros, pois o que fica em perigo é sua masculinidade, sua imagem de homem; e, ainda por cima, ele pode ser pichado como ‘maricas’. Existe o temor de que uma mulher duvide de sua virilidade: *“Aqui diziam que tinha um que era frouxo dos ovos?” “De gozação, não, nunca vieram com esse comentário, foi um vaca filha-da-puta quem disse isso [...] eu meto a mão nela, por que como é que ela sai por aí dizendo (essas) coisas?”*

A procura sexual: entre a macheza e as práticas homoeróticas

Diego Biloncho, um negro solteiro de 24 anos, nasceu em Tumaco (Río Timbilí) e vive há 12 anos em Cáli. Mora em Sardi há seis anos, só estudou até a segunda série do Primeiro Grau e trabalhou como operário não-qualificado na construção civil e como aprendiz de operário. Teve práticas homoeróticas num esquema de prostituição informal em cinemas pornô do centro da cidade, em geral com homens adultos de mais de 30-35 anos, brancos e mestiços, com os quais buscava a obtenção de renda: *“Sim, já saí com niches (homens negros) e brancos, mas a maioria foi de brancos, principalmente no cinema Oro, que antes eu freqüentava muito”*. Ele também informa haver mantido relações especialmente com homossexuais mais velhos.

Segundo o entrevistado, fazer amor com outro homem não lhe tira a masculinidade, e o problema, antes, é de quem se deixa submeter, ou seja, o passivo é a mulher: *“Se o*

sujeito está fazendo amor com outro homem, tudo bem, já quem deixa que o outro faça com ele é mulher". Diego esclarece haver homens que se deitam com outros homens e têm suas famílias, e diz ter saído com homens assim, que lhe pediram que os possuísse. A iniciação sexual e a vida erótica e amorosa do entrevistado foram mais intensas com homens do que com mulheres, desde os 13e anos; aparentemente, saiu-se melhor com eles do que com as mulheres: *"Eu não me viro assim (quando outros homens pedem), mas teve uma época que as coisas andavam mal com as mulheres, e aí eu saía muito, sim, quer dizer, eu sou um cara quente, e um cara me dava uma olhada qualquer e me levava pra casa, e às vezes, pra me satisfazer, eu ia"*.

Agora, ele comenta que está há algum tempo sem recorrer à prostituição informal, por causa do risco de contrair Aids: *"É, mas agora já estou me isolando, agora o cara tem que se cuidar, por causa da Aids e tudo o mais"*. Mesmo assim, ele justifica os encontros ocasionais: *"É claro, quando a pessoa é de confiança, tudo bem, mas só dá para comer se for de confiança, o cara tem que se cuidar"*. Isso chegava ao ponto de ele concordar em penetrar homens 'de confiança' sem preservativo: *"É, mas já não ando confiando muito; o que me assustou foi a Aids, porque eu trabalhei numa instituição com doentes de Aids, e é duro ver as pessoas daquele jeito, e isso me fez pensar que eu precisava me cuidar"*.

Diego não teve qualquer relação amorosa com mulheres, mas apenas, como ele diz, *"vacilos"* (aventuras passageiras). Atualmente, tem uma 'namorada' mais velha. Assinala que não há razão para ela se inteirar de suas atividades eróticas com outros homens e que, no momento, dedica-se apenas a ela. Segundo o entrevistado, *"não, eu não sei dançar, mas sigo o ritmo delas (as mulheres), mamãe me criou noutra ambiente"*. Diego nunca dançou com homens.

Relações desiguais de sexo/gênero sexual: a violência sexual contra a mulher

Diana Sánchez é uma negra de 19 anos com instrução secundária. Mora em Charco Azul. Gera sua renda graças ao desempenho do ofício de cabeleireira. Diana é uma jovem que teceu laços de amizade com jovens negros de nível universitário, que residem noutros bairros com um perfil de classe média baixa e média. Diz ela que, até hoje, não viveu

qualquer situação de violência (pancadas ou estupro) com homens, mas que algumas de suas amigas sofreram casos de estupro em alguns bairros circunvizinhos e no próprio Charco Azul, por parte de rapazes do mesmo setor. *“Sim, tinha uma que morava em Marroquín (bairro limítrofe), e um cara que chamavam de ‘Tumaco’, porque já o mataram, a agarrou e a violentou; outra garota de Sanin (bairro limítrofe), com quem quase já não saio, uns caras daqui, meio perversos, também a violentaram.”* Para a entrevistada, os estupradores não são ‘homens’, e ela desconhece a razão por que algumas meninas preferem os rapazes das patotas: *“Eles são o que pode haver de pior na vida; não são homens, são animais”*.

A sexualidade entre o idealismo e o pragmatismo

Carmen é uma negra de 16 anos que mora em Sardi, cursa a oitava série e, por ocasião da entrevista, provavelmente estava em seu primeiro mês de gestação, embora esse acontecimento não tenha surgido na conversa. Carmen teve sua primeira relação sexual quando ia completar 15 anos, fazia relativamente pouco tempo. Explicou que a relação havia ocorrido nesse momento, e não antes, porque *“sempre me deu medo... ainda me dá medo! Ou seja, os namorados que eu tinha antes dos 15 anos... nunca me falaram disso. Que é que eu ia pensar? Eu não sabia nada disso. É, mas, sabe, a minha mãe, sim, ela falava comigo, e aí um dia estávamos assim e conversamos, e aconteceu o que aconteceu, mas eu nunca tinha pensado nisso”*. A mãe lhe *“dizia que isso trazia uns riscos muito sérios, é, mas eu não pensava nisso”*.

Ademais, a virgindade tinha (e tem) importância para ela, porque, *“por mim, eu digo que sim. Pra mim, ter a virgindade é muito importante porque, quer dizer... como é que eu vou lhe dizer?... É que não estou achando a palavra certa... Quando eu tinha a minha, eu me sentia como se fosse mais, melhor. Dizem que quando a gente não tem isso, a gente se sente livre, mas não é verdade. É melhor ter a sua: eu sei que o pessoal aprova, e a gente também se deixa levar pelas idéias dos outros. Quando não se tem mais [a virgindade], o pessoal marca a gente como uma pessoa qualquer, uma ordinária. Isso é uma coisa muito importante”*. Carmen prossegue: *“Eu me arrependo, mas não tanto com a pessoa que me*

tocou... Queria chegar à igreja... eu gostaria de me casar na igreja”.

Vítimas ou algozes? As mulheres ‘prejudicam’ os homens

Ana Hilma Aguirre tem 18 anos e cursa a nona série. Está com quatro meses de gravidez de um jovem negro de Charco Azul, que é estudante e tem também a mesma idade, cursando a décima série. Embora conviva com a experiência próxima da violação de sua irmã (Estrella, que esteve presa na penitenciária feminina El Buen Pastor pelo assassinato do homem que tentou estuprá-la), a qual ela interpreta como uma experiência “*feia, pavorosa*”, Ana acha que, em certas ocasiões, as mulheres é que se expõem a ser estupradas, por manterem mais de um relacionamento amoroso. “*Às vezes, a culpa é das mulheres, por exemplo, num minuto ela está com o namorado, e depois, com o amante, e às vezes o namorado também ajuda a praticar o estupro.*” Dessa maneira, Ana também explica por que os violadores “*são uns prejudicados*”. Para Ana, a condição de “*assanhadas*” das moças é que motivaria os homens a “*se prejudicar*”, isto é, a se transformar em estupradores.

Aprendendo a ‘planejar’ sem planejar

A mãe e a irmã de Ana, em suas conversas sobre sexo, ensinaram-lhe que o “*planejamento*” (termo usado pela entrevistada) tem suas vantagens e desvantagens na fertilidade da mulher: “*É que às vezes é bom planejar, e às vezes não, porque quando a pessoa planeja tanto, muito, às vezes ela fica estéril*”. Desse modo, ensinaram-lhe que o melhor método de planejamento seria, supostamente, o “*ritmo*”, que consistiria em, “*quando a gente (a mulher) termina de ter relações, a gente pára, pega um copo d’água com limão e vira goela abaixo*”, o que, segundo ela relata, teria sido eficaz no caso de sua mãe e sua irmã. Entre outros métodos anticoncepcionais, ela diz conhecer o T (DIU) e as ‘pastilhas’ (pílulas). Antes de engravidar, confessa não ter usado qualquer método de planejamento.

Para a entrevistada, as mulheres que abortam não se “*valorizam*”, uma vez que acha

que é a falta de planejamento (nas mulheres) que leva à gravidez. Indagada sobre a razão de sua gravidez, ela responde que foi “*porque isso lhe nasceu,¹⁵ porque ela quis*”. Embora seja ainda muito jovem para ter filhos, ela diz que a gravidez é bem-vinda quando há um acordo mútuo entre o pai e a mãe, e dá a impressão de ter sido esse o seu caso. Sem nunca ter usado um preservativo, Ana diz não gostar deles e, quando fala de métodos de planejamento com seu companheiro, sugere a “*injeção*” como a melhor alternativa. Curiosamente, Ana começou a ter relações sexuais aos 18 anos¹⁶ e, durante seu breve período de iniciação, diz não haver usado qualquer tipo de preservativo ou anticoncepcional.

Ela reconhece existirem vários lugares (casas) em Charco Azul onde se cobra para praticar abortos nas moças do bairro, entre as quais se encontram amigas suas, que acabaram hospitalizadas em decorrência de complicações causadas por abortos mal praticados, em condições de alto risco. Por outro lado, diz Ana que “*não é a mesma coisa ter um filho e abortar*”, para expressar a idéia de que a segunda alternativa é perigosa. Até o momento, durante seu período de gravidez, Ana diz não ter recebido de suas amigas a sugestão de abortar; ao contrário, elas lhe sugeriram que tenha o filho.

Homoerotismo feminino no bairro

Diferentemente de Carmen e Diana, Ana reconhece a existência de lésbicas no bairro, dentre as quais tem algumas amigas – mas diz nunca haver recebido propostas eróticas de suas amigas lésbicas. Para Ana, as mulheres lésbicas surgiram porque “*os pais as estragam*” ou “*porque elas gostam de ser assim*”. Diz também conhecer casos em que, depois de uma temporada na penitenciária feminina do Bom Pastor, suas amigas “*começaram a gostar de mulheres e ficaram assim*”, segundo suas palavras. Ela comenta ter uma amiga que mantém relações sexuais com outras mulheres. Enquanto esteve na Bom Pastor, a irmã de Ana fez amizade com muitas detentas, mas, depois de sair (faz oito meses), não as visitou.

¹⁵ Porque foi sua vontade própria, sua opção pessoal.

¹⁶ Isso chama a atenção porque, no contexto dos bairros pobres de periferia, essa é uma idade tardia para as mulheres iniciarem as relações sexuais.

Percepções de negras e negros universitários sobre sexualidade, aspectos da saúde reprodutiva e projetos de vida

Interessados em confrontar as afirmações feitas por jovens de ambos os sexos, abaixo de 25 anos, residentes em setores populares, com baixa escolaridade e com um projeto de vida por definir, introduzimos na análise as opiniões de um grupo de estudantes universitários negros, rapazes e moças, com idades entre 20 e 25 anos, através das quais é possível discernir as diferenças ou semelhanças entre seus comportamentos sexuais e de saúde reprodutiva, suas expectativas e experiências frente a suas relações de sexo/gênero sexual, seus modelos de masculinidade/feminilidade e seus padrões de maternidade/paternidade. Inclui-se também nesse segmento um componente adicional de importância significativa, que é o dos estereótipos raciais e da relevância do imaginário sociocultural na construção das identidades sexuais, das condutas erótico-amorosas e do exercício e uso dos atributos físicos no desempenho de práticas de sedução entre pessoas de diversos grupos raciais.

Realizou-se um primeiro encontro entre quatro estudantes negras da Universidad del Valle: Stela, de 20 anos, é solteira e está cursando o primeiro período da licenciatura em Ciências Sociais; Sandra, de 20 anos, cursa o primeiro período de Sociologia; Clara é solteira, tem 24 anos e cursa o segundo período de Economia; e Mónica, de 24 anos, é aluna do décimo período de Ciências Sociais, solteira e mãe de um menino de cinco anos. Das quatro mulheres, três residem em bairros de classe média baixa e muito baixa, em condições muito semelhantes às das mulheres entrevistadas da seção anterior, que discorreu sobre os jovens negros de setores populares da periferia. Nesse sentido, elas são mulheres que, através do sistema escolar, evitando abandonar os estudos e com um capital patrimonial tão escasso ou reduzido quanto o de outros jovens da periferia, conseguiram ingressar na universidade pública.

A vida sexual na universidade

Ante o tema da sexualidade no âmbito universitário, para Sandra, *“em geral, sou procurada por (homens) indiozinhos, que me dizem palavras decorosas, agradáveis”*. Diz Clara: *“Eu, por exemplo, um dia fui abordada por um senhor branco aqui na universidade e ele me disse: ‘Ui, preta! Que boca provocante!’ , e gostei de ouvir isso de um homem branco, mas, definitivamente, há diferenças dos homens lá do bairro. Aqui, sim, eles se aproximam de um jeito distinto; o pessoal dos setores populares chega dizendo ‘ei! vamos logo dar uma saída!’ ; aqui, pelo menos, não é essa a intenção que se mostra primeiro”*. Novamente, Sandra: *“Ultimamente, tenho visto vários negros com mulheres arrumadas, eles já tendem a procurar mais branqueiras do que negras, tendem a procurar namoradas brancas, e também tenho visto que os rapazes brancos procuram negras, e às vezes se ouvem os comentários de que eles as procuram porque as negras são muito fofas, muito exóticas, e dizem assim: ‘quem não se derreteria com os movimentos delas? É o que elas têm no sangue”*”.

Clara dá sua opinião: *“Acho que os negros estão sempre buscando essa parte sexual, e supõe-se que isso seja muito importante; os mestiços e os brancos, ao contrário, não medem os relacionamentos pelo modo como se dão na cama com uma mulher; creio que aí existem diferenças, isso é o que eu acho”*. Diz Stela: *“Os homens negros são muito atirados no desejo, enquanto os outros, ao contrário, pensam mais nos sentimentos, em como a gente se sente, como está”*. Mônica: *“Acho que há muitos estereótipos e mitos de que os negros e as negras são diferentes no plano sexual, são mais bem-dotados”*. Sandra: *“Eu tenho uma inquietação, que me surge um pouco quando olho as coisas no meu bairro, quer dizer, por que os homens negros têm tantos filhos? E sei que não foram relações só por afeto, mas para se divertir, pela satisfação do momento, e às vezes a raça branca não, e aí há menos filhos, menos relações, e então, bom, eu pergunto... que é que acontece? Não sei, não acho que eu prefira um negro a um branco, embora, ultimamente, esteja tendendo mais para os brancos”*.

Há uma concordância que a formação dos casais deve estar mais relacionada com a busca de satisfação, do sentir-se à vontade com a outra pessoa, e que as características

raciais passariam para o segundo plano, ou seja, os encontros devem ser mais bem pensados e estabelecer, em princípio, um compromisso de cada um com a outra pessoa, acima da cor da pele.

A maternidade na universidade

As estudantes concordam que a maternidade é quase incompatível com a vida universitária. Consideram que, com o passar do tempo, foram mudando de postura a respeito de serem mães e do número de filhos que querem ter, a ponto de pensarem em não conseguir ter nenhum, ou em não chegar a tê-los.

Clara: *“Tenho uma postura muito radical em relação à gravidez; gosto muito de crianças, elas me parecem umas gracinhas e eu as adoro, mas, definitivamente, se eu puder evitar ter filhos por toda a vida, evitarei, porque, decididamente, acho que eles são um fardo muito pesado; acho que um filho praticamente tira a vida da gente; na verdade, acho que não terei filhos”*. Mónica declara que a experiência de ser mãe foi muito dura, por ela ter que relacionar sua vida universitária com a maternidade. Considera não haver assumido bem o seu papel diante do filho, talvez por ele não ter sido uma escolha, mas uma obrigação: *“Bem, coube a mim ser mãe, isso é muito triste, mas é verdade, é uma coisa de obrigação e cabe a mim corresponder, e foi por eu não haver planejado, por não ter decidido, num dado momento, que eu queria tê-lo; esse é um duelo que tenho de travar com a liberdade de ser solteira; passaram-se cinco anos e acho que não elaborei isso”*. Stela: *“Antes eu pensava em ter dois filhos, depois, um, e agora que entrei na universidade, estou pensando primeiro em terminar minha carreira, preparar-me psicologicamente e ficar bem no plano econômico, e depois, sim, vou pensar nisso.”*

A corporeidade e os estereótipos raciais

As estudantes consideram que seus atributos físicos são uma vantagem em relação às mulheres mestiças, índias ou brancas, no momento de seduzir e chamar a atenção.

Clara: *“Nós, negras, temos por natureza o traseiro bem feito, e acho que os negros*

gostavam disso; bem, isso mudou um pouco, mas eles gostam de mulheres com bundas muito grandes, apesar de os estereótipos de beleza terem mudado muito”. Stela: “Sim, acho que, por si só, o que caracteriza as negras é o corpo! Tive um namorado que me dizia: ‘mas você não parece negra, não tem muita bunda’. É, as mulheres da raça negra são as que têm os seios melhores, o melhor traseiro e o corpo definido”. Clara se expressa na terceira pessoa, curiosamente, para se referir às negras: “Enfim, acho que é justamente isso que faz com que também nos vejam apenas como mulheres para o sexo, porque se supõe que seja isso que os atrai, uma bunda bem-feita, uma bunda bem grande, porque são elas as necessárias para o sexo. Por um lado, nós nos achamos muito bonitas com as nossas bundas, mas, por outro, somos um alvo perfeito para que nos procurem para praticar o sexo”.

Quatro homens de classe média

Esse segundo grupo foi constituído por quatro alunos da Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas que cursam os últimos períodos de suas carreiras. César, de 27 anos, está no último período de Sociologia. Camilo, de 21, está no oitavo período de Economia. Carlos é estudante de Sociologia, e Andrés, de 24 anos, estuda Economia.

Sobre o uso do preservativo

Disse César: *“Usei uma camisinha pela primeira vez aos 22 anos, já estando aqui na universidade. Foi aqui que tomei consciência”*. Camilo, que conhecia desde o curso médio os métodos de planejamento familiar, considera que o preservativo é o principal método contraceptivo e que as doenças sexualmente transmissíveis são um risco. Ele recebeu informações em seminários educativos. Costuma usar o preservativo em suas relações sexuais, embora não o fizesse no começo, por considerá-lo incômodo: *“Realmente, agora uso sempre a camisinha, virou uma espécie de hábito para mim; no começo, não, usá-la me incomodava e, além disso, eu não encontrava meu tamanho, achava que todo o mundo as fazia muito pequenas, que elas me asfixiavam; mas agora,*

não, descobri qual devo comprar e ela tira os riscos de cima de mim, não só de doenças, mas também da paternidade”.

Relações sexuais inter-raciais

César: *“Tive uma namorada mestiça em Bogotá, há muito tempo, mas, aqui na universidade, percebe-se que há uma prevenção nas pessoas, como uma resistência visual a ver casais formados por afros e mestiços”*. Carlos: *“Eu diria que, em certos níveis, a relação é igual às que se poderia ter com pessoas afro, para falar do espaço acadêmico, mas, quando se passa para o plano sentimental, definitivamente há resistências, como mencionou o César”*. Andrés enfatiza que, segundo sua experiência na universidade, as relações entre afros e mestiços não são vistas com naturalidade por nenhum dos dois grupos, por causa da presença da discriminação: *“No meu caso, quando chego a Cáli, sinto a discriminação; antes, eu nunca havia interiorizado isso; na minha sala, inclusive, a única pessoa afro era eu; fui logo me aproximando de outras pessoas negras no espaço do ‘chicote’¹⁷ Esse espaço converteu-se num ponto de referência importante para as pessoas afro, e era um espaço predominantemente masculino”*. Andrés: *“Tive uma relação com uma garota mestiça aqui na universidade, mas foi muito curta, durou uns seis meses; além de fazer sexo, dividíamos outros espaços”*.

Para Camilo, na cidade de Cáli, a dinâmica de seus contatos sexuais tem sido limitada, por ele não ter uma parceira estável. Em geral, ele se relaciona com mulheres mestiças e negras, mas seus encontros se dão fora da relação amorosa: *“Surge a oportunidade e se tem a relação [sexual]; dá-se mais tempo à pessoa por quem se sente alguma coisa, mais do que a outra com quem se sente menos”*. Disse ele ainda: *“Considero que há diferenças entre elas. Na cama, a mulher negra é um pouco mais impetuosa, menos reprimida – em nossos termos, muito quente; a mulher branca se*

¹⁷ *El Chuzo* [O Chicote] foi uma cafeteria dentro da Universidad del Valle cujo proprietário era um negro (Marcos) que fizera estudos de química. Funcionou desde o final da década de 1980 até 1997. Durante vários anos, ela se transformou num ponto de encontro para alunos negros, que se reuniam em grupos e faziam debates sobre temas e vídeos de perspectiva étnica e racial, que eram projetados no local.

reprime mais, ou seja, nota-se a diferença, e assim, embora ela [a mulher branca] procure ser melhor, a negra é sempre diferente”.

Os estudantes afirmam que, em termos gerais, a maioria das relações que estabelecem ocorrem com mulheres negras, tanto na universidade quanto fora dela; mas isso tem muito a ver com as pessoas com quem eles mantêm alguma relação de amizade. Isso significa que, aparentemente, não lhes interessa a busca de encontros sexuais com mulheres que estejam fora do círculo de amizades. Dois dos alunos socializam-se mais no plano inter-racial, enquanto os outros dois convivem mais com pessoas com a mesma cor da pele.

Gravidez e paternidade

Disse Carlos: *“Aqui na universidade, há uma espécie de acordo no sentido de que, enquanto se está estudando, a proposta é: gravidez, não!!”*. César: *“Conceber um filho não é só dedicar-lhe um a seis anos da minha vida, mas acontece também que o custo é muito alto em termos de tempo”*. Andrés: *“Isso também passa pelos projetos de vida, porque a gente pensa em ter um nível mínimo de estabilidade antes dos filhos”*. Com respeito à paternidade e à maternidade, Camilo é de opinião que *“a paternidade se converteria num obstáculo de certa magnitude neste momento. Quanto aos filhos, creio que eles se entrosariam com a minha vida, mas quando houvesse uma adequação econômica, e acho que eu gostaria de ter dois”*.

Homossexualismo masculino

Disse César: *“Diante do homossexualismo, há certos níveis de tolerância, certos padrões éticos de respeito, mas, na universidade... a coisa é pesada. Não há uma postura homofóbica, mas, por causa da situação cultural, há uma certa resistência ao homossexualismo nas pessoas afro”*. Andrés: *“Essa situação não é semelhante para homens e mulheres. Ao que parece, aceita-se mais que uma pessoa não-afro seja homossexual”*. Carlos: *“Fora da universidade, há uma persistência dos estereótipos, o*

homossexualismo nos afros é visto como uma aberração, e, na universidade, continua a haver uma certa repulsa”. Camilo comentou: “Minha maneira de pensar sobre o homossexualismo é que essa é uma forma de vida, acho que eles encontram certo prazer nisso, e eu os tolero e respeito sempre, desde que não me sinta pressionado; mas eles estão no seu direito de se insinuar”. E prosseguiu Camilo: “Não tive experiências homossexuais, mas, no batalhão, tive uma aproximação com um companheiro que sempre se insinuava a nós; mas nunca houve relação sexual, porque eu tinha saídas regulares, porque prestei o serviço militar aqui na cidade”.

Estereótipos raciais e papéis sexuais

Carlos afirmou: *“Bem, em termos gerais, considero que nos enquadram num determinado papel e, se a gente está noutra espaço, não acreditam em nós, põem em dúvida a nossa capacidade”*. César: *“De minha parte, fui abordado por mulheres brancas, na universidade, que diziam querer saber como fazemos sexo; ou seja, consideram o sujeito como um objeto, e há os mitos de que os negros têm o pênis grande. A gente procura esvaziar isso... mas... é mesmo, dão muita credibilidade a isso, sim! Como se o sujeito fosse um objeto!”*. Camilo: *“Geralmente, ouve-se as pessoas dizerem que os negros têm o negócio grande e, por exemplo, alguns de meus colegas negros da universidade dizem às mulheres que os negros podem ser especiais, por causa do tamanho, e no futebol também se diz que o sujeito é bom jogador por ser negro... Algumas mulheres, depois da relação, falam que é com razão que dizem que os negros transam muito gostoso, mas não sei se foi por isso que se aproximaram, no começo. Não tenho certeza”*.

Programas de saúde reprodutiva entre adolescentes negros de setores populares na cidade de Cáli

O tema da saúde sexual e reprodutiva tem sido abordado por instituições de saúde como a Secretaria de Saúde Pública Municipal, pelo setor privado, especialmente a partir do Profamilia e de algumas organizações não-governamentais, e pelas organizações locais

que desenvolvem um trabalho em diferentes bairros da cidade. As que nos interessam em particular são as que operam em alguns bairros das zonas distritais 13, 14 e 15 do Distrito de Aguablanca, assim como em outras áreas da Zona Leste da cidade. Nesta seção, procuramos fazer um esboço das principais características de alguns desses programas nas zonas distritais citadas e problematizar suas limitações, sem por isso ter a pretensão de realizar uma avaliação de impacto.

A Secretaria de Saúde Pública Municipal envidou esforços importantes para abordar o tema da saúde sexual e reprodutiva, através de programas de divulgação e prevenção criados pela Lei nº. 100, de 1993, e regulamentados pela Resolução 412 do Ministério da Saúde e pela Resolução 3.318 do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde. Seguindo essas diretrizes, a Secretaria de Saúde Pública Municipal vem desenvolvendo, desde o começo da década de 1990, o atendimento de adolescentes e adultos jovens, compreendidos entre 10 e 24 anos de idade. Esses programas visam à identificação precoce das ‘alterações do adolescente e do adulto jovem’ (identificar patologias e fatores psicossociais que possam afetar a saúde dos adolescentes e adultos jovens), através de ações de prevenção de maus-tratos, de planejamento familiar e de controle pré-natal.

Dentro dessa perspectiva, embora a Secretaria de Saúde tenha concentrado seus esforços em alguns dos setores mais pobres da cidade, no que se refere ao caso particular dos bairros da Zona Leste situados nas zonas distritais 6, 7, 13, 14, 15, 16 e 21, bem como nas das encostas (zonas distritais 1, 18 e 20), ela não tem levado em conta fatores como a exclusão social, a discriminação racial, as condições de escolaridade e a perspectiva do gênero sexual. Não obstante, é preciso reconhecer que, de certa maneira, nos últimos cinco anos, procurou-se diminuir essas limitações, no intuito de construir propostas de intervenção com elementos que ultrapassem o componente clínico. Isso se reflete no Programa de Atendimento Integral do Adolescente e em outras iniciativas de caráter interinstitucional, como a rede de promoção de boa conduta e projetos com organizações privadas e locais.

A ausência da perspectiva de classe, raça e gênero sexual nos programas de atendimento reflete-se no tratamento que as usuárias e os usuários dizem receber do pessoal de saúde, no qual, em certa medida, seus comportamentos e suas práticas de saúde

reprodutiva são recriminados e valorizados de maneira depreciativa. Isso também se reflete nas campanhas institucionalmente realizadas em associação com o Profamilia nas quais se faz uma referência destacada aos métodos de esterilização das mulheres, mas não dos homens, enfatizando-se particularmente as mulheres negras. Essa situação é demonstrada no relatório epidemiológico no qual constatamos que o método cirúrgico aparece como a primeira alternativa para as zonas distritais de maior concentração de negros. Embora a proposta dos métodos de esterilização seja um elemento importante para as mulheres multíparas, seria recomendável que também se enfatizasse outros meios anticoncepcionais para as mulheres e os homens, com conteúdos educativos no planejamento da vida, incluindo a opção do aborto seguro, mediado pela legalização jurídica dessa prática.

A tendência a priorizar o método anticoncepcional cirúrgico para as negras de setores populares de diferentes grupos etários, inclusive adolescentes com um ou dois filhos, reduziu, por sua vez, as outras alternativas para as mulheres negras da Zona Leste da cidade, como se, no imaginário compartilhado pelos funcionários de saúde e pelas mulheres, somente esse método fosse valorizado. Por essa razão, as vasectomias raramente são divulgadas e promovidas, assim como outras opções anticoncepcionais femininas, mediante o argumento da maior eficácia e de menores custos da ligadura de trompas. Essa tendência tem como correlato incidental a ampliação das desigualdades para as negras jovens e adultas em idade fértil, em termos de sua vida reprodutiva e do desenvolvimento de sua sexualidade.

Essa política pública, por sua vez, fomenta o estereótipo da maior fecundidade das negras e se apóia nele para não elaborar programas com outras alternativas, os quais incluiriam, necessariamente, um componente de equidade entre os gêneros e de auto-estima racial. Nesse sentido, para as negras jovens dos setores populares, a principal escolha de método anticoncepcional continua a ser, infelizmente, a opção cirúrgica, desde que elas tenham tido uma gestação, sem que haja maiores estímulos, por parte dos órgãos públicos e privados que executam os programas de planejamento familiar, para outras formas de exercício da sexualidade sem risco de gravidez. Pelo que já foi exposto, paradoxalmente, também se poderia sugerir, a título de hipótese, que de fato existe uma

política anticoncepcional pública e privada com uma ênfase racial, mas discriminatória, que afeta negativamente as mulheres negras dos setores populares no livre exercício de sua sexualidade e sua maternidade.

Por outro lado, associando-se às carências manifestas, constatamos que a intervenção sanitária de caráter social e os próprios programas de atendimento básico têm sido afetados pela grave crise fiscal que o município atravessa, chegando ao extremo de diminuir as coberturas já baixas de atendimento, em decorrência do desligamento de um bom número de funcionários que trabalhavam em diferentes programas, quer na condição de pessoal dos projetos, quer como contratados. Entre os programas mais afetados estão os das DST e do HIV-Aids, agudizando-se até a cobertura dos próprios registros epidemiológicos nas zonas distritais mais pobres da Zona Leste e das encostas de Cáli. Mas a situação é ainda mais grave, devido ao fechamento de uma série de centros e postos de saúde públicos em bairros populares, a pretexto de racionalizar os gastos públicos com a saúde. Isso tem levado à deterioração da cobertura básica de saúde para a população mais pobre e à desarticulação de alguns programas de atendimento dentro do modelo de focalização dos serviços, particularmente na saúde, como o Sistema de Seleção de Beneficiários de Programas Sociais (Sisben), supostamente voltado para as camadas socioeconômicas 1 e 2 da população e em funcionamento a partir da década de 1990. Nesse contexto, os recursos para os programas de sexualidade e saúde reprodutiva, com exceção dos de esterilização feminina, têm sofrido cortes dramáticos.

As atividades de organizações privadas como a Fundação de Apoio a Programas de Saúde (Fundaps), realizadas nos moldes da perspectiva anterior, contemplam particularmente uma visão do jovem como “sujeito atuante em sua comunidade, capaz de interagir com ela e de construir o futuro”. Todavia, tal como no já citado caso da Secretaria de Saúde, constatamos nos objetivos e programas operacionais uma falta de consideração das perspectivas de gênero, raça e classe, bem como das condições de segregação sociorracial.

Entre as organizações locais de jovens negros, duas podem ser mencionadas em particular: uma delas é a Mulheres Ativas para um Mundo Melhor (Mafum), grupo formado por negras com nível de escolaridade secundário e pós-secundário, as quais

residem e atuam nas zonas distritais 13, 14 e 15 no desenvolvimento de processos de educação sexual para estudantes jovens (de ambos os sexos), em sua maioria negros. Essa organização apareceu na década de 1990, através do impulso de dinâmicas geradas por outras organizações de auto-estima racial, baseadas em políticas culturais vinculadas à música entre os negros jovens do Distrito de Aguablanca, em particular o grupo Ashanty (Associação Etnoeducativa Afro-colombiana Ashanty), que gera um processo organizativo dos jovens negros de diversos bairros da zona distrital 13. Recentemente, surgiu um segundo grupo local que trabalha a problemática da sexualidade adolescente: o Missão Mista, que se desvinculou do Mafum, com uma frente de trabalho em aspectos da saúde reprodutiva no bairro de Belisario, na zona distrital 13.

Os recursos dessas organizações locais sempre foram escassos, com uma capacidade técnica reduzida, sobretudo quanto ao pessoal médico da área de saúde, e com uma cobertura e uma incidência desconhecidas, já que não existem avaliações a esse respeito. É possível que o impacto dessas organizações nos comportamentos de saúde reprodutiva de crianças e adolescentes não tenha podido consolidar-se, em decorrência da dispersão dos esforços e das atividades em frentes diversas, visando a sua sobrevivência, embora grande parte das atividades tenha se realizado no meio escolar. Essa tem sido, particularmente, a experiência do Mafum. Seja como for, essas organizações apresentam uma abertura para as dimensões de equidade dos gêneros sexuais, auto-estima racial e descoberta de novos comportamentos e papéis masculinos e femininos, além de terem grande sensibilidade para a problemática da pobreza e da exclusão social, relacionadas com as formas concretas pelas quais os jovens vivem a sexualidade e a saúde reprodutiva nos bairros populares.

Continuidades e discontinuidades, entre os jovens negros da periferia¹⁸ e das classes médias universitárias, nas práticas da sexualidade e da saúde reprodutiva, num contexto mutável de relações de gênero

Sobre as tendências sociodemográficas e os padrões de saúde reprodutiva na

¹⁸ Nesta seção, retomamos novamente uma parte substancial do estudo de Urrea e Quintín sobre as formas de masculinidade dos jovens da periferia, realizado para a Fundação Carlos Chagas.

população negra de Cáli

Os diferentes indicadores referentes à saúde reprodutiva permitiram ampliar a análise da dimensão sociodemográfica dos setores populares com alta participação da população negra, e quase que observar, com certo nível de detalhe, alguns aspectos que incidem na própria estrutura populacional jovem (por exemplo, o alto número de gestações na adolescência e, por isso mesmo, o alto risco associado de as adolescentes engravidarem). Permitiram, também, observar os vínculos entre uma série de episódios de DST e HIV-Aids e aspectos referentes à baixa cobertura dos registros nas zonas distritais pobres com alta concentração de negros, e, portanto, a baixa atenção da saúde pública para a população negra pobre da cidade, em diferentes campos de morbidez e mortalidade. Ao mesmo tempo, analisou-se o uso reduzido de métodos anticoncepcionais, com exceção da esterilização de mulheres negras, inclusive adolescentes com um ou dois filhos, e, assim, os riscos de gravidez precoce, DST e HIV-Aids em função do baixo uso de preservativos, seja por força de informações reduzidas ou incompletas, seja, acima de tudo, pelos modelos masculinos hegemônicos que predominam nas regiões muito pobres, os quais enfatizam a virilidade e a subordinação da mulher.

Com respeito às classes médias negras e aos universitários entrevistados, alguns deles – três mulheres –, embora procedentes de setores da periferia, à semelhança de nossos entrevistados que abandonaram os estudos, supostamente apresentam uma alternativa em suas práticas de sexualidade e saúde reprodutiva. Na realidade, seus padrões reprodutivos tenderiam mais a se relacionar com o futuro, pelo que mostram os dados demográficos dos indicadores relativos ao segundo, terceiro e quarto quintis: tamanho médio menor das famílias, aumento percentual de famílias nucleares completas e, eventualmente, de domicílios unipessoais, quase todos com indivíduos de profissões liberais. Em todos esses casos, a educação universitária parece desempenhar um papel-chave nas mudanças dos padrões de saúde reprodutiva, em virtude do efeito do projeto de vida profissional.

Por outro lado, vale a pena ressaltar que os processos sociodemográficos e de saúde reprodutiva observados na população negra dos setores populares de Cáli, particularmente

no que concerne aos adolescentes e adultos jovens, não são atípicos, mas, ao contrário, fazem parte de tendências gerais dos países latino-americanos e de outras sociedades: trata-se de populações jovens urbanas, como assinalamos em diferentes referências a estudos de diversas partes do mundo.

O dilema do sistema sexo/gênero e as relações de gênero

Em termos da identidade do gênero sexual, o modelo hegemônico (sistema de sexo-gênero) que parece predominar entre os jovens varões das zonas muito pobres é rígido, no sentido de não admitir situações ambíguas: as mulheres ‘igualadas’ são repelidas, da mesma forma que são reiteradas as expressões discursivas homofóbicas. A proximidade de indivíduos de cuja masculinidade se duvide é tida como perigosa: persiste o temor de o rapaz vir a ser socialmente identificado com eles. Pois bem, existem certas possibilidades de jogo com esse modelo: até os jovens mais ‘durões’ admitiriam manter relações homoeróticas, desde que elas não implicassem ser ‘penetrados’, especialmente no caso das relações que envolvem dinheiro, nem assumir a posição passiva, percebida como a posição feminina; já o sujeito que penetra continua a manter o lugar dominante na relação homossexual.

Nos universitários de ambos os sexos, aparentemente haveria uma mudança significativa em relação ao grupo anterior, no que concerne à construção das relações homem-mulher e à formação de casais heterossexuais. Poderíamos pensar, com um otimismo moderado, que há uma empatia a propósito das relações de casal, com alguns indícios de equidade de gênero. No mesmo sentido, haveria uma aparente abertura e flexibilidade na articulação das relações sexo/gênero, manifesta numa atitude tolerante para com os comportamentos homoeróticos, desde que, bem entendido, estes não os impliquem nem os comprometam num jogo amoroso.¹⁹ Por outro lado, os universitários reconhecem a associação étnica entre homossexualismo e homem ou mulher negros e, embora não necessariamente a compartilhem, têm que aceitá-la ‘oficialmente’.

Em linhas gerais, ao avaliar boa parte de nossos depoimentos, relatos de

¹⁹ Pelo menos tal como manifesto na vida pública, diante do grupo de pares.

personagens com masculinidades hegemônicas e intermediárias, e até marginais, concordamos com Viveros & Cañón (1997: 137), quando eles dizem em suas conclusões:

[...] a análise dos eixos narrativos, dos ritos de iniciação e das provas de virilidade dos homens entrevistados deixa claro que, nesse grupo étnico [não devemos esquecer que, no estudo desses autores, trata-se de homens com mais de 40 anos], a masculinidade constrói-se unicamente em referência à competência, à rivalidade e à possibilidade de conflito com outros homens. As mulheres só estão presentes em suas narrativas como seres a quem é preciso proteger, ou como objetos de prazer. Em sua subjetividade, as mulheres não lhes são equivalentes, razão por que o lugar destinado a elas em seus relatos tem como efeito confirmar a supremacia masculina e manter as mulheres numa posição subalterna e desvalorizada [...] os depoimentos colhidos mostram que o imaginário desses varões, no que concerne à masculinidade, atribui um lugar preponderante à exibição da potência e do rendimento sexuais e à apresentação deles como seres eminentemente sexuais.

Haveria uma diferença significativa em relação à descrição anterior, que tem a ver com fatores de classe social e, certamente, de extrema exclusão das figuras masculinas entre os jovens dos bairros pobres populares. No caso dos jovens universitários, é possível que estejam surgindo mudanças importantes nas novas gerações de homens de classe média, com certa perda da importância dos referenciais trazidos por Viveros e Cañón, hoje em dia, para uma geração que talvez seja a dos pais dos atuais universitários negros.

Os relatos que colhemos de jovens da periferia (homens e mulheres) permitem-nos definir, nos setores populares, uma imagem masculina protetora da mulher, no sentido da demanda que ela faz em sua percepção do homem. Contrariando isso, as mulheres são espancadas²⁰ e submetidas à violência psicológica e simbólica, bem como a outros tipos de

²⁰ A violência entre os gêneros nas classes populares, na qual as mulheres quase sempre levam a pior, também deve ser relacionada com a violência intergeracional. A esse respeito, são úteis as observações de Fuller (2000) sobre o recurso ao castigo físico e seu uso mais freqüente nos setores populares do que nas classes médias. Isso é importante, porque tanto os homens quanto as mulheres, entre nossos entrevistados, informaram sobre a relativa freqüência com que os

abusos (estupro), por parte de alguns jovens. De resto, há amplas semelhanças nos relatos que apresentamos, assim como nos dados do estudo de Urrea e Rojas sobre abusos sexuais e violência. Neste caso, devemos recordar que parte dos abusos sexuais que envolvem a violência foi vivida por adolescentes do sexo masculino.

Masculinidade e paternidade adolescente: fatores cumulativos da exclusão versus opções de mobilidade social nas classes médias

Um elemento que não se pode deixar de lado é a incapacidade de exercer o papel de provedor econômico entre nossos homens jovens dos bairros muito pobres. Presume-se que isso seja consequência das precárias condições de vida de suas famílias e, em geral, de toda a periferia, sem que por isso eles percam sua ‘hombridade’. O próprio Olavarría (2000: 159, 161) assinalou que:

um paradoxo no campo da paternidade da masculinidade hegemônica é ter um filho e não exercer a função paterna nem sentir-se pai. A paternidade patriarcal que se nutre desse modelo não só permite que os homens tenham filhos e não sejam pais, como também, além disso, dá-lhes argumentos, provê os sentidos subjetivos e os socializa em suas práticas [...]. Nessas situações, o homem, muitas vezes adolescente ou adulto jovem, tende a não se sentir comprometido com a parceira e menos ainda com o possível filho. Por isso, não vê razões para corresponder a uma paternidade que sente como incerta e difusa. Todavia, desinteressar-se de um filho que se teve na adolescência não implica que isso não tenha consequências posteriores no varão.

De acordo com o que foi relatado antes, poder-se-ia dizer que a ‘irresponsabilidade’ faz parte dos jogos amorosos e eróticos entre mulheres e homens. O discurso masculino

dominante é que “*elas se deixam engravidar*”, “*elas não se cuidam*”, ou, “*se não querem ficar grávidas, por que elas não se cuidam?*”.

Por outro lado, Viveros & Cañón (1997: 403) afirmam, a partir de seu estudo com homens negros de classe média em Quibdó:

[...] a necessidade de ir modificando esse lugar de pai ausente que foi destinado ao homem negro na Colômbia. Também existem famílias, como a santanderiana, nas quais a ideologia da virilidade é muito forte e a honra e a virgindade são temas importantes. Em contrapartida, esses mesmos temas têm pouco valor nas culturas caribenhas e do Pacífico.²¹ A zona andina, por seu turno, tem suas próprias particularidades. Esses exemplos mostram que, efetivamente, **as formas familiares têm uma relação direta com a construção social da paternidade e da masculinidade.** (grifos nossos)

Apoiados, precisamente, nos modelos das famílias a que pertencem e na influência que elas exercem na construção da paternidade/maternidade e da masculinidade/feminilidade, os jovens universitários de ambos os sexos, entrevistados neste estudo, estariam numa situação diferente, que reavalia o estereótipo formulado por Viveros e Cañón em seu estudo. Esses jovens questionam o modelo e o exercício de paternidade ausente de seus pais e avós, com relação ao número de filhos gerados e ao vínculo afetivo que se estabelece com a prole; por isso, o modelo se perpetua ou é reavaliado, de acordo com a valoração positiva ou negativa que se faça dele.

Com base nos testemunhos dos rapazes universitários, a virilidade não está associada ao número de namoros e de filhos que se possa ter, mas a um projeto de família planejado, que abarque a estabilidade econômica e profissional. Frente ao modelo de paternidade, eles aspiram a ter uma participação significativa como pais na criação dos

²¹ A virilidade é um componente básico da masculinidade dos jovens negros entrevistados que vivem na periferia, e que compartilham o modelo das masculinidades hegemônicas (‘machões’ versus ‘sadios’), mas também foi observada nos relatos das mulheres dos bairros muito pobres em sua representação dos homens, com exceção de Diana. Inversamente, para as mulheres negras universitárias, inclusive as que moram nos mesmos bairros populares, a virilidade não constitui um atrativo nos homens, podendo até ser um elemento negativo.

filhos.

Em segundo lugar, como afirma Viveros (2000: 193):

a cada momento do ciclo de vida, os homens (da Colômbia) são, a um tempo, transgressores (os ‘cavalos’, no linguajar de nossos personagens) e cumpridores. Ou seja, faz-se presente o exercício da responsabilidade, bem como o desejo do risco e de exibir as proezas sexuais. Todavia, à medida que se avança no ciclo de vida, vemos que se privilegia mais o papel de cumpridores, que está relacionado com a responsabilidade, e menos o das proezas sexuais.
[grifos nossos]

Matizando os ciclos de vida e as condições socioeconômicas entre os jovens dos setores populares e os estudantes universitários, isso significa, no nosso caso, que, no exercício da masculinidade, para cada um desses grupos, estariam sendo privilegiadas etapas diferentes – a etapa de ‘transgressores’, entre os primeiros, e a de ‘cumpridores’, entre os últimos.

Os jovens da periferia popular, em virtude dos problemas da violência e das práticas de sobrevivência associadas à busca ilícita de recursos e às condições de marginalidade social de que eles padecem, têm expectativas de vida²² muito menores do que os adolescentes de outras classes sociais e contam apenas com uma possibilidade precária de inserção social. Essa situação influenciaria os padrões de paternidade, de modo que a prole seria a forma de assegurar a continuidade, a ‘semente’ através da qual o adolescente se perpetuaria nos filhos que tivesse com as parceiras conquistadas. Mais uma vez, cabe julgar aqui o componente de virilidade de uma sociedade hipermasculina, num contexto de forte exclusão social e segregação urbana. Não só existe um risco maior de morte violenta para esses jovens, como há também o de contrair DST ou de ser infectado pelo HIV-Aids, além da gravidez.

Contudo, ao situarmos o tema da paternidade adolescente em nossos entrevistados dos bairros miseráveis (homens e mulheres), observamos que o enorme risco da gravidez

²² Nos dois sentidos, em termos demográficos e em termos de expectativa como percepção do futuro. O que nos interessa neste ponto é a segunda consideração, embora esteja claro que ela se apóia na dimensão demográfica objetiva.

adolescente – na lógica do ‘cavalo’ ou ‘transgressor’ – deve espelhar-se numa perspectiva relacional. Com o formulou adequadamente Olavarría (2000: 211):

atualmente, se não fizermos estudos relacionais, não poderemos conhecer algumas situações, como o problema da maternidade e da paternidade adolescentes. Nestes, os problemas da identidade de gênero e da relação de gênero são fundamentais, porque esse é o lugar mais desenfreado, uma vez que os jovens vêm-se compelidos a corresponder ao modelo hegemônico, que define sua sexualidade como incontrolável, e as mulheres identificam-se muito com a necessidade de satisfazer, de dar prazer aos varões.

Métodos de planejamento e de prevenção de DST

Outro elemento que chama a atenção de maneira indistinta, entre os homens e as mulheres da periferia, é a preponderância do repúdio ao uso do preservativo como mecanismo profilático contra as DST, o HIV-Aids e as gestações indesejadas. Esse dispositivo é considerado um elemento inibidor da sensibilidade e do êxito na relação, tal como se enuncia por experiência ou por preconceito. Em certos espaços, os jovens dizem que “*com a camisinha não se sente a mesma coisa*”. Por conseguinte, privilegiam o prazer, o contato da pele e o gozo, mais do que o sexo seguro.

Pois bem, os jovens universitários entrevistados assumem, ao que parece, um comportamento diferenciado a respeito do uso da camisinha, sejam eles homens ou mulheres. Neles, os depoimentos privilegiam o fator de risco, principalmente de gravidez e, em menor grau, de DST e HIV-Aids.

É possível afirmar que a não-utilização do preservativo, além de estar ligada à percepção do prazer na relação sexual, obedece a limitações em relação ao conhecimento adequado do tema, uma vez que as primeiras informações divulgadas em torno do flagelo da Aids continuam a se relacionar, de maneira quase exclusiva, com práticas de prostituição. Portanto, mesmo passados vários anos, essa informação sonogada permanece no imaginário dos jovens e adultos de diferentes camadas sociais, que associam a

enfermidade com a orientação sexual, as condições socioeconômicas ou o aspecto físico da parceira sexual.

Figuras femininas subalternas: o par ‘cachorra’/‘pura’ versus a mulher ‘igualada’ nos bairros populares e nas práticas da sexualidade

Vejam os casos das imagens das mulheres que reproduzem, num plano de subordinação, os pólos e as contradições dos homens. A dicotomia da imagem que os homens têm das mulheres parece reproduzir a lógica com que se organizam as imagens feitas sobre os diferentes tipos de homens. O par ‘cachorra’/‘pura’ seria equivalente a figuras que fazem parte do bairro, e é preciso interpretá-lo num contexto socioantropológico mais amplo. Talvez valha a pena lembrar a referência de Norma Fuller (1997) ao caso dos homens das classes médias peruanas – especialmente os socializados nos anos 1970 e, em menor grau, nos 1980 –, entre os quais a autora estabelece três grandes tipos de relações com as mulheres: de namoro com a amada (da mesma hierarquia de classe/raça), de sedução com as amantes e das conquistas provisórias (de hierarquia inferior) e instrumentais com as prostitutas (marginais quase externas à hierarquia). Entretanto, só a primeira dá origem a uma tensão e uma competição com o grupo de pares. As outras duas formas de relações inserem-se facilmente nas atividades do grupo: as conquistas dão lugar a fanfarronadas e à demonstração das habilidades e dos dotes pessoais dos jovens. Já as prostitutas fazem parte da etapa de iniciação sexual, atividade esta que costuma ser realizada em companhia dos amigos.

As mulheres ‘igualadas’ (expressão usada pelos jovens da periferia) referem-se àquelas que pretendem se comportar como homens em diversos planos: no trabalho (atividades ‘masculinas’ agora exercidas por mulheres, enquanto os homens realizam trabalhos ‘femininos’), na tomada de decisões domésticas (a mulher como chefe da família, mesmo havendo um homem presente) e nas iniciativas eróticas e no cortejar sedutor do homem (com a mulher desempenhando o papel ativo no amor e no erotismo), que são um desafio à capacidade amorosa e erótica masculina (a mulher exige do parceiro sexual que ele a faça sentir prazer na relação) – atividades tidas como exclusivas dos

homens, como no caso da sedução e da conquista, são agora assumidas pelas mulheres.

Essa caracterização, feita pelos homens jovens da periferia sobre o desafio representado pelas mulheres, o que lhes aponta um alto risco de perda de poder dentro do sistema dominante do gênero sexual, pode ser interpretada como uma nova imagem subversiva da masculinidade hegemônica. Mas também ronda entre os jovens o temor de que as mulheres os desmascarem, dentro do grupo de pares, no que tange às suas aventuras amorosas, ao desafiá-los em sua capacidade amorosa e erótica. Os ‘vacilos’ constituem uma forma de relacionamento entre homens e mulheres pela qual a dominação masculina é questionada, apesar dos discursos manipulados pelos jovens sobre seu comportamento de ‘cavalos’ (ou ‘transgressores’, cf. Viveros & Cañón, 1997).

Para os homens e adultos jovens dos bairros muito pobres, as figuras masculinas são hegemônicas e inquebrantáveis, de tal forma que a autoridade da mulher não supera a do homem, mesmo que seja ela quem sustenta a família (como no caso de Julio César). Na família desses personagens, existe um modelo de homem representado pela figura e pela autoridade paterna, que está ligado ao pai, ao padrasto, a um tio, a um irmão mais velho ou a um avô, cuja hierarquia não deve ser questionada nem mesmo pela mãe. As mulheres da casa devem assumir uma postura de subordinação e obediência frente ao homem.

As mulheres são representadas por duas figuras: a das mulheres ‘puras’ ou as ‘garotas’ de casa, estudiosas e respeitadoras da autoridade masculina, e as mulheres bandidas, ‘garotas’ que mantêm relações amorosas com mais de um rapaz. Por isso, tais mulheres são percebidas como ‘igualadas’, por subverterem e questionarem a autoridade masculina, a que os homens reagem agredindo-as física e psicologicamente. Um dos aspectos fundamentais dessa relação entre os gêneros é que a mulher, apesar de sua condição desigual, segundo os jovens, desafia a dominação do homem, recorrendo a diferentes práticas, pondo-o à prova no exercício da sexualidade, questionando-o publicamente em sua capacidade amorosa/erótica, ou participando de atividades de trabalho consideradas tipicamente masculinas. Nas diferentes situações, também no caso das ‘igualadas’, as mulheres enfrentam riscos de gravidez, DST ou HIV-Aids.

As imagens da mulher ‘cachorra’/‘pura’, que, por sua vez, também perpassam o imaginário das classes médias, como bem mostrou Fuller (1997), têm, entretanto, uma

intensidade maior nas camadas populares, assim como os pares ‘machão’/‘sadio’ e ‘gomoso’ (em certos setores populares, fala-se de ‘gomosas’ com referência às mulheres). Essas são figuras de tipo subalterno, que fazem parte de uma sexualidade na qual é o homem quem impõe as regras do jogo e a mulher só as aceita porque, do contrário, perde o homem, ou, pelo menos, é submetida a maus-tratos físicos e psicológicos, com os riscos inerentes para sua saúde reprodutiva (gravidez, DST, HIV-Aids etc.). A respeito da mulher ‘igualada’, ainda é difícil dizer se, com essa nova imagem, estariam surgindo comportamentos diferentes no exercício da sexualidade e no tocante à saúde reprodutiva. É bastante viável que ainda se mantenham práticas de risco, porque o desafio feito ao homem pela mulher adolescente não necessariamente garante uma vivência segura da sexualidade, como se percebeu no parágrafo anterior. Isso porque, como manifestaram as próprias negras (Diana, Clara, Sandra e Stela), não haveria no bairro homens negros com quem elas pudessem interagir em termos eróticos e afetivos. Elas simplesmente não encontram uma opção masculina na periferia e, por isso, privilegiam outros espaços externos.

Desigualdades de gênero, exercício da sexualidade e saúde reprodutiva entre jovens negros da periferia

Por último, convém assinalar que se evidencia uma informação precária e uma má utilização dos métodos anticoncepcionais por parte das mulheres entrevistadas da periferia (devendo-se excluir desse grupo as universitárias que residem em bairros populares semelhantes aos das mulheres de baixo nível de instrução, uma vez que elas dão depoimentos bem diferentes), o que estaria associado ao desinteresse masculino pelo controle dos riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Além da violência, esse talvez seja um dos fatores de maior vulnerabilidade enfrentado pelas mulheres da periferia popular. É claro que elas receberam uma ou outra informação e que algumas organizações até implementaram programas de ‘educação sexual’ para adolescentes de ambos os sexos, em alguns espaços do Distrito de Aguablanca. Entretanto, a julgar pelos resultados, esses programas deixam muito a desejar. Sua eficácia é muito

reduzida. A lógica das práticas sexuais parece não ter sido afetada pelas campanhas realizadas até agora. Uma das hipóteses seria que a estrutura de dominação de gênero na periferia, apesar dos crescentes desafios das mulheres jovens, não permite modificar de maneira eficaz as práticas cotidianas da sexualidade entre homens e mulheres.

Anexo 1: Taxas de incidência de casos de DST registrados pelo sistema municipal de saúde de Cáli em 1999 (por 100 mil habitantes) e relação entre homens e mulheres portadores de HIV/Aids

ZONAS DISTRITAIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Zona Rural	S.I.	Cáli
DST. homens																								
Outras uretrites não-gonocócicas	3.7	10.0	64.4	43.6	17.9	14.5	43.9	4.2	7.6	1.9	2.1	30.8	8.3	1.4	5.3	0.0	0.0	4.6	2.2	0.0	11.3	0.0	0.0	10.6
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	11.1	25.1	292.4	114.1	43.4	39.5	68.3	162.7	121.4	59.7	72.8	196.1	23.7	20.7	21.4	45.3	2.2	18.5	17.8	35.9	48.8	4.9	0.0	56.2
Herpes genital	0.0	12.5	14.9	20.1	10.2	2.6	36.6	44.4	64.5	7.7	0.0	14.0	1.2	11.0	12.5	10.3	0.0	16.2	2.2	3.3	3.8	19.4	0.1	12.3
Doenças gonocócicas do aparelho urogenital	88.5	15.0	29.7	70.5	25.5	60.6	63.4	46.5	83.4	46.2	27.0	100.8	29.7	34.5	30.3	41.1	6.6	50.9	0.0	29.4	7.5	53.4	0.3	41.1
Sífilis (diferentes tipos)	14.8	15.0	138.7	43.6	23.0	22.4	46.3	95.1	98.6	30.8	18.7	53.2	19.0	13.8	12.5	28.8	2.2	34.7	8.9	19.6	41.3	34.0	0.1	31.7
Outras(*)	55.3	5.0	19.8	26.9	12.8	5.3	9.8	10.6	15.2	5.8	6.2	8.4	16.6	4.1	16.0	28.8	4.4	18.5	0.0	3.3	7.5	48.5	0.0	12.8
TOTAL DOS HOMENS, CÁLI	173.4	82.7	559.9	318.9	132.8	144.9	268.3	363.5	390.7	152.2	126.8	403.3	98.5	85.5	98.0	154.3	15.4	143.5	31.2	91.4	120.0	135.8	0.5	164.7
DST. mulheres																								
Infecções gonocócicas do aparelho urogenital	10.1	1.8	12.6	11.7	2.2	10.6	17.1	20.6	32.8	6.7	1.8	32.5	14.0	11.8	8.0	12.9	1.7	8.5	1.6	12.3	0.0	23.7	0.0	10.5
Doenças relacionadas com o HIV/Aids	3.4	0.0	12.6	0.0	0.0	2.3	0.0	51.5	6.6	3.3	14.5	60.0	5.4	1.3	12.9	29.6	0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	9.5	0.6	9.7
Herpes genital	0.0	1.8	0.0	5.8	4.3	9.4	10.7	20.6	49.3	5.0	3.6	17.5	3.2	6.6	8.0	0.0	0.0	4.3	1.6	0.0	3.2	9.5	0.0	6.6
Tricomoníase urogenital	16.8	10.6	59.0	20.4	2.2	11.7	23.5	48.9	65.7	25.0	23.5	27.5	62.6	38.2	45.0	86.9	3.4	17.0	0.0	9.3	9.5	113.6	0.0	30.8
Sífilis (diferentes tipos)	53.8	7.0	164.3	32.0	19.4	29.3	57.6	61.8	72.3	23.4	10.8	57.5	32.4	36.8	27.3	18.5	6.7	40.5	8.0	30.8	12.7	18.9	0.5	32.8
Outras(*)	33.6	0.0	12.6	8.7	2.2	3.5	2.1	0.0	3.3	5.0	3.6	7.5	2.2	7.9	4.8	3.7	0.0	17.0	0.0	3.1	0.0	42.6	0.0	5.6
TOTAL DAS MULHERES, CÁLI	117.6	21.1	261.3	78.7	30.3	66.9	111.0	203.4	229.9	68.4	57.8	202.5	119.7	94.7	106.0	151.6	11.8	87.3	11.3	70.9	25.4	217.7	1.0	95.9

(*) Outras: cancro mole, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, hepatite viral, pediculose pubiana, infecções gonocócicas oculares.

Proporção de Homens/Mulheres com HIV/Aids 3.0 0.0 19.7 0.0 0.0 15.0 0.0 3.9 16.0 15.5 4.4 2.9 4.0 15.0 1.5 1.4 0.0 0.0 0.0 2.2 0.0 0.5 S.I. 5.1

Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998

Anexo 2. Distribuição percentual conforme o uso de métodos anticoncepcionais (% col. e % fil.) em Cáli, de acordo com os Silos (*), 1998

Tipo de anticoncepcional	Silos 1 zonas distritais 1, 3, 19, 20		Silos 2 zonas distritais 2,4,5,6, 7		Silos 3 zonas distritais 8,9,12		Silos 4 zonas distritais 10,11,16		Silos 5 zonas distritais 13,14,15,21		Silos 6 zonas distritais 17,18		Silos 7 zona rural		Total % fil	Número de observações	Total % col
	% col	% fil	% col	% fil	% col	% fil	% col	% fil	% col	% fil	% col	% fil	% col	% fil			
Cirúrgico	4.0	3.3	22.6	27.7	1.1	0.3	14.3	6.2	31.2	58.6	18.9	2.1	21.6	1.8	100.0	2324	20.6
DIU	31.7	13.5	37.9	23.6	75.3	10.8	52.2	11.5	38.5	36.8	45.9	2.6	26.8	1.1	100.0	4563	40.5
Outros (tabela, óvulos)	2.6	12.1	10.8	72.8	0.8	1.2	0.0	0.0	0.8	8.0	0.0	0.0	12.9	5.9	100.0	423	3.8
Preservativo	39.2	65.1	3.9	9.6	0.6	0.3	15.0	13.0	1.9	7.1	21.6	4.8	0.5	0.1	100.0	1170	10.4
Hormonal injetável	8.2	26.4	0.9	4.1	4.1	4.5	4.9	8.1	7.7	55.6	0.0	0.0	4.1	1.3	100.0	606	5.4
Hormonal Oral	14.3	12.7	23.9	31.1	18.1	5.4	13.7	6.3	20.0	39.9	13.5	1.6	34.0	3.0	100.0	2178	19.3
Acumulado	100.0	17.2	100.0	25.3	100.0	5.8	100.0	9.0	100.0	38.8	100.0	2.3	100.0	1.7	100.0	100	0.9
Número de observações	1942		2847		652		1010		4369		259		194		100.0	11273	100.0

(*) Sistemas Locais de Saúde, que agrupam as unidades de saúde pública municipal por conjunto de zonas distritais.

Fonte: Salud en Cifras, Santiago de Cali, Secretaria de Saúde Pública Municipal, 1998

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBARY, O. Afrocolombianos en Cali: ¿Cuántos son, dónde viven, de dónde vienen?
In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali. Estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cáli: Universidad del Valle: 1999.
- BARBARY, O., e O. PISSOAT, mapas de Cáli sobre a distribuição da população afro-colombiana e taxas de fecundidade, 1999.
- BARBARY, O. *Mesure et Réalité de la Segmentation Sócio-raciale: Une enquête sur les ménages afrocolombiens à Cali*. Inédito. Marselha: 2000.
- BARKER, G. *¿Qué Ocorre con los Muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Organização Mundial de Saúde (OMS), Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente, documento oficial WHO/FCH/CAH/00.7, Genebra, 2000.
- BROWN, A. et al. *Sexual Relations Among Young People in Developing Countries: evidence from WHO case studies*. Occasional Paper 4, Organização Mundial de Saúde (OMS), Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Saúde Familiar e Comunitária, WHO/RHR/01.8, Genebra, 2001.
- BRUYNEEL, S. & RAMIREZ, H. F. Comparación de indicadores de condición de vida de los hogares afrocolombianos y no afrocolombianos en Cali. In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali. Estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cáli: Universidad del Valle, 1999.
- CALASANZ, G. Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). *Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil e México.*, Campinas: Consórcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 2000.
- FLOREZ, C. E., MEDINA, C. A. & URREA, F. *Understanding the Cost of Social Exclusion Due to Race or Ethnic Background in Latin American and Caribbean Countries*. Documento preparado para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Bogotá, 2001.
- FULLER, N. *Identities Masculinas. Varones de clase media en el Peru*. Lima:

- Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997.
- FULLER, N. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. In: FULLER, N. (Org.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.
- OLAVARRÍA, J. Ser padre en Santiago de Chile. In: FULLER, N. (Org.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.
- QUINTÍN, P., RAMIREZ, H. F. & URREA, F. *Relaciones Interraciales, Sociabilidades Masculinas Juveniles y Segregación Laboral de la Población Afrocolombiana en Cali*. Documento de trabalho n. 49, CIDSE-IRD. Cáli: Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica (CIDSE), 2000.
- REVISTA CAMBIO. “Explosión. Después de ser líder continental en esta materia, Colombia está perdiendo la guerra contra la explosión demográfica en un proceso que puede traer más miseria y violência”, 358: 19-27, 2000.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1996*. Cáli, 1997.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1997*. Cáli, 1998.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. *Salud en cifras, Santiago de Cali, 1998*. Cáli, 1999.
- STERN, C. & MEDINA, G. Adolescencia y salud en México. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). *Cultura, Adolescencia e Saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas: Consórcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP, 2000.
- URREA, F. & ROJAS, A. *Representaciones y prácticas de sexualidad entre adolescentes de sectores populares en Cali: comuna 14 (Distrito de Aguablanca)*. Estudio realizado para a Secretaria de Saúde Departamental do Vale de Cauca, dentro do convênio do Centro Universitário de Ciências Sociais e Saúde (CEUCSA) da Universidad del Valle com essa Secretaria, no primeiro semestre de 1992, período no qual se levantou a maior parte das informações aqui analisadas. A análise

aperfeiçoada da informação e a discussão de alguns de seus resultados, a partir de uma reflexão sobre o gênero, foram realizadas no Centro de Estudos do Gênero, Mulher e Sociedade, da mesma universidade, como parte de um de seus projetos de pesquisa, com apoio da Fundação para a Educação Superior (FES). Documento não publicado. Cáli, 1993.

URREA, F. Dinámica sociodemográfica, mercado laboral y pobreza urbana en Cali durante las décadas de los años 80 y 90. *Coyuntura social*, 17: 105-164, nov. 1997.

URREA, F. Algunas características sociodemográficas de los individuos y hogares afrocolombianos en Cali. In: *Afrocolombianos en el Área Metropolitana de Cali. Estudios sociodemográficos*. Documento de trabalho n. 38, CIDSE-IRD. Cáli: Universidad del Valle, 1999.

URREA, F. & ORTIZ, C. H. *Patrones Sociodemográficos, Pobreza y Mercado Laboral en Cali*. Documento de trabalho para o Banco Mundial. Cáli, nov. 1999.

URREA, F. & QUINTÍN, P. *Jóvenes Negros de Barriadas Populares en Cali: Entre masculinidades hegemónicas y marginales*. Relatório final do projeto CIDSE-UNIVALLE apresentado à Fundação Carlos Chagas, “La construcción social de las masculinidades entre jóvenes negros de sectores populares de la ciudad de Cali” **relatório final**, elaborado por Fernando Urrea Giraldo e Pedro Quintín Quílez, Cáli, ago. 2000.

URREA, F., RAMIREZ, H. F. & VIÁFARA, C. *Perfiles sociodemográficos de la población afrocolombiana en contextos urbano-regionales del país a comienzos del siglo XXI*. Texto apresentado por ocasião dos 25 anos do Centro de Investigación y Documentación Socioeconómica (CIDSE), no evento Una Mirada al País Desde la Región, CIDSE, Faculdade de Ciências Sociais e Econômicas, Universidad del Valle. Cáli, set. 2001

VIVEROS, M. & CAÑÓN D., W. Pa’Bravo... yo soy candela, palo y piedra. Los Quibdoseños. In: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (Orgs.). *Masculinidad/es. Poder y Crisis*. Santiago: Ediciones de las mujeres, 1997.

VIVEROS, M. Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas. In: FULLER, N. (Org.). *Paternidades en América*

Latina. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2000.

WADE, P. *Blackness and Race Mixture: The dynamics of racial identity in Colombia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.

ZAMUDIO, L. El aborto inducido en Colômbia. In: PANTELIDES, E. A. & BOTT, S. (Orgs.). *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2000.

Outras fontes:

CIDSE/UNIVALLE – BANCO MUNDIAL, pesquisa *Pobreza, cobertura y percepción de servicios sociales en Cali*, set. 1999.

CIDSE/UNIVALLE – IRD, pesquisa *Movilidad y urbanización de las poblaciones afrocolombianas en Cali*, maio-jun. 1998.

Departamento Nacional de Estadística (DANE), *Proyecciones de Población 1993-2015*, Bogotá, 2000.

Fundación de Apoyo a Programas de Salud (FUNDAPS), documento interno, sem data de publicação.

PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995*, Cáli, 1997.

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, Registros epidemiológicos de DST e HIV/Aids por zonas distritais e zona rural, para homens e mulheres, Cáli, 2001, várias páginas.

Tradução: Vera Ribeiro

Rio de Janeiro, fevereiro/2004