



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Bruna de Paula Pereira

**Sentindo-se responsabilizada: a decisão da mulher sobre o uso de métodos  
contraceptivos e aborto inseguro**

Rio de Janeiro

2020

Bruna de Paula Pereira

**Sentindo-se responsabilizada: a decisão da mulher sobre o uso de métodos  
contraceptivos e aborto inseguro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

P436

Pereira, Bruna de Paula.

Sentindo-se responsabilizada : a decisão da mulher sobre o uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro / Bruna de Paula Pereira. – 2020. 99 f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Anticoncepção. 2. Aborto. 3. Gravidez não planejada. 4. Saúde da Mulher. 5. Interacionismo simbólico. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU

614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Bruna de Paula Pereira

**Sentindo-se responsabilizada: a decisão da mulher sobre o uso de métodos  
contraceptivos e aborto inseguro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 21 de agosto de 2020.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Marins Silva  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2020

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à mulher que venho constantemente me tornando.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, ao Criador, porque me permitiu chegar até aqui e me conduziu no caminho da verdadeira felicidade.

Aos meus pais, Leila e Jair, por todo apoio, ajuda e oração para realização dos meus sonhos.

Aos meus amigos, que são a minha rede de apoio incondicional.

Ao meu orientador, Prof. Octavio, por acreditar mais em mim do que eu mesma e por ter me dado à honra de ser sua última mestranda. Obrigada por toda compreensão nos últimos meses. Você merece todo descanso e felicidade do mundo. Aproveite muito esse novo tempo que virá!

A banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Carla Marins e Prof.<sup>a</sup> Adriana Lenho, pelas valiosas contribuições sugeridas ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Às mulheres participantes deste estudo, por se mostrarem disponíveis e interessadas pela temática. A vocês, toda a minha sincera gratidão.

Mestrado é tempo de mudança interior.

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Helena Garcia Penna*

## RESUMO

PEREIRA, Bruna de Paula. **Sentindo-se responsabilizada**: a decisão da mulher sobre o uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro. 2020. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, interpretativa, com abordagem qualitativa, utilizou-se da *Grounded Theory*, na perspectiva do Interacionismo Simbólico. Os objetivos do estudo foram identificar os significados de métodos contraceptivos e de prevenção de aborto inseguro atribuído por mulheres, e analisar a interação social de mulheres com o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos. O estudo foi realizado em uma primeira fase através de diários eletrônicos e posteriormente com o desenvolvimento de grupos focais presenciais. Participaram 23 mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, subdivididas em três grupos amostrais. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o parecer nº 3.450.251. A coleta e análise dos dados aconteceram no período de agosto a dezembro de 2019. Da análise comparativa constante dos dados emergiram três categorias que, em sua articulação, levaram à identificação da categoria central que norteia o modelo teórico explicativo como sendo: Sentindo-se responsabilizada: a decisão de submeter-se ao uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro. Evidenciou-se que ao darem sentido aos métodos contraceptivos e a prevenção de aborto inseguro, as mulheres mostram que se sentem responsabilizadas, contudo, não possuem acesso à informação sobre os métodos contraceptivos, aceitando, assim, os métodos oferecidos pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, elas também se sentem responsabilizadas pela prática do aborto inseguro, decorrente de uma gestação indesejada devido à falha e/ou não acesso aos métodos contraceptivos. Com isso, conclui-se que é necessário garantir às mulheres informações e tecnologias para o exercício de suas escolhas reprodutivas, além de envolver o homem no processo reprodutivo e reduzir as desigualdades de gênero para, assim, minimizar a culpa e responsabilização imposta às mulheres.

Palavras-chave: Anticoncepção. Aborto inseguro. Gravidez não planejada.

## ABSTRACT

PEREIRA, Bruna de Paula. **Feeling responsible**: women's decision on contraceptive use and unsafe abortion. 2020. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This is a descriptive, interpretative research with a qualitative approach, using Grounded Theory, in the perspective of Symbolic Interactionism. The objectives of the study were to identify the meanings of contraceptive methods and the prevention of unsafe abortion attributed by women, and to analyze the social interaction of women with the use of contraceptive methods as a strategy for the prevention of unsafe abortion, based on the meanings attributed by them. The study was carried out in a first phase through electronic diaries and later with the development of face-to-face focus groups. 23 women participated in the age group from 18 to 29 years old, subdivided into three sample groups. Project approved by the Research Ethics Committee of the State University of Rio de Janeiro, under opinion No. 3,450,251. Data collection and analysis took place from August to December 2019. From the comparative analysis of the data, three categories emerged that, in their articulation, led to the identification of the central category that guides the explanatory theoretical model as being: Feeling responsible: the decision to submit to the use of contraceptive methods and unsafe abortion. It was evidenced that by giving meaning to contraceptive methods and the prevention of unsafe abortion, women show that they feel responsible, however, they do not have access to information about contraceptive methods, thus accepting the methods offered by health professionals. In this sense, they also feel responsible for the practice of unsafe abortion, resulting from an unwanted pregnancy due to failure and / or non-access to contraceptive methods. Thus, it is concluded that it is necessary to guarantee women information and technologies for the exercise of their reproductive choices, in addition to involving men in the reproductive process and reducing gender inequalities, thus minimizing guilt and accountability imposed on women.

Keywords: Contraception. Unsafe abortion. Unwanted pregnancy.

## RESUMEN

PEREIRA, Bruna de Paula. **Sentirse responsable**: la decisión de la mujer sobre el uso de anticonceptivos y el aborto inseguro. 2020. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Una investigación descriptiva, interpretativa, con un enfoque cualitativo, utilizando la teoría fundamentada, en la perspectiva del interaccionismo simbólico. Los objetivos del estudio fueron identificar los significados de los métodos anticonceptivos y la prevención del aborto inseguro atribuido por las mujeres, y analizar la interacción social de las mujeres con el uso de métodos anticonceptivos como estrategia para la prevención del aborto inseguro, en base a los significados atribuidos por ellas. El estudio se llevó a cabo en una primera fase a través de diarios electrónicos y luego con el desarrollo de grupos focales cara a cara. 23 mujeres participaron en el grupo de edad de 18 a 29 años, subdividido en tres grupos de muestra. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, bajo la opinión No. 3,450,251. La recopilación y el análisis de datos tuvieron lugar de agosto a diciembre de 2019. Del análisis comparativo de los datos, surgieron tres categorías que, en su articulación, condujeron a la identificación de la categoría central que guía el modelo teórico explicativo como: Sentirse responsable: la decisión de someterse al uso de métodos anticonceptivos y aborto inseguro. Se evidenció que al dar sentido a los métodos anticonceptivos y la prevención del aborto inseguro, las mujeres muestran que se sienten responsables, sin embargo, no tienen acceso a la información sobre los métodos anticonceptivos, por lo que aceptan los métodos ofrecidos por los profesionales de la salud. En este sentido, también se sienten responsables de la práctica del aborto inseguro, como resultado de un embarazo no deseado debido al fracaso y / o la falta de acceso a métodos anticonceptivos. Por lo tanto, se concluye que es necesario garantizar la información y las tecnologías de las mujeres para el ejercicio de sus elecciones reproductivas, además de involucrar a los hombres en el proceso reproductivo y reducir las desigualdades de género, minimizando así la culpa y la responsabilidad impuestas a las mujeres.

Palabras clave: Anticoncepción. Aborto inseguro. Embarazo no planificado.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação esquemática da ação humana na perspectiva interacionista .....	34
Figura 2 – Diagrama representativo: Dando sentido ao uso de métodos contraceptivos .....	52
Figura 3 – Diagrama representativo: Significando aborto inseguro como algo ruim para a mulher .....	54
Figura 4 – Diagrama representativo: Dando-se conta de que a responsabilidade/culpa recai sob a mulher .....	57
Figura 5 – Diagrama representativo do processo de interação social .....	59

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das mulheres participantes do estudo.....	38
Quadro 2 – Sistematização dos dados extraídos dos <i>Blogs</i> .....	40
Quadro 3 – Momentos-chave das sessões grupais.....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
1	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	21
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	28
2.1	<b>Interacionismo Simbólico</b> .....	28
2.1.1	<u>Sociedade</u> .....	29
2.1.2	<u>Símbolos</u> .....	30
2.1.3	<u>Self</u> .....	30
2.1.4	<u>Mente</u> .....	31
2.1.5	<u>Ação</u> .....	31
2.1.6	<u>Interação social</u> .....	31
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	35
3.1	<b>Caracterização do estudo</b> .....	35
3.2	<b>Cenários do estudo</b> .....	35
3.3	<b>Participantes do estudo</b> .....	36
3.4	<b>Estratégias de coleta dos dados</b> .....	39
3.4.1	<u>Primeira etapa</u> .....	39
3.4.2	<u>Segunda etapa</u> .....	40
3.5	<b>Análise dos dados</b> .....	43
3.6	<b>Aspectos éticos</b> .....	45
4	<b>RESULTADOS</b> .....	47
4.1	<b>Categoria 1: Dando sentido ao uso de métodos contraceptivos</b> .....	47
4.1.1	<u>Subcategoria 1 – Significando métodos contraceptivos a partir do senso comum</u> .....	47
4.1.2	<u>Subcategoria 2 – Não recebendo informação durante a consulta com o profissional de saúde</u> .....	49
4.1.3	<u>Subcategoria 3 – Percebendo que as mulheres não têm poder de escolha sobre os métodos contraceptivos: sendo induzida pelo profissional de saúde</u> .....	51
4.2	<b>Categoria 2: Significando aborto inseguro como algo ruim para a mulher</b> .....	53
4.3	<b>Categoria 3: Dando-se conta de que a responsabilidade/culpa recai sob a</b> .....	

	<b>mulher</b> .....	55
5	<b>INTERPRETANDO OS RESULTADOS À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO</b> .....	58
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	60
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80
	<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro semiestruturado (guia de temas) .....	91
	<b>APÊNDICE B</b> – Ficha de caracterização das participantes .....	92
	<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	93
	<b>APÊNDICE D</b> – Instrumento de extração de dados de <i>blogs</i> .....	94
	<b>APÊNDICE E</b> – Esquema didático do processo de análise dos dados .....	95
	<b>ANEXO</b> – Parecer do Cômite de Ética em Pesquisa .....	96



## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Trata-se de um estudo de dissertação de mestrado cujo objeto é “os significados atribuídos por mulheres jovens aos métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro”. A motivação para realização deste estudo surgiu a partir da prática assistencial como enfermeira obstétrica, ao prestar assistência às mulheres em situação de abortamento, muitas vezes em condições inseguras.

Após o término da graduação, tive a oportunidade em ingressar em um programa de residência em Enfermagem Obstétrica, no qual, ao longo de dois anos, pude vivenciar diversas experiências relacionadas ao uso de métodos contraceptivos e à assistência a mulheres em situação de abortamento, desde o desenvolvimento de grupos de planejamento reprodutivo e consultas de enfermagem, até o acolhimento e assistência propriamente dita, de mulheres que tiveram alguma complicação decorrente de um aborto inseguro e que necessitaram de assistência do serviço hospitalar.

O que percebi na prática assistencial é que ainda falta sensibilidade da equipe de saúde como um todo em lidar com situações que envolvam valores morais, legais, éticos e religiosos, quando, na verdade, nós profissionais só deveríamos focar nossa atuação em proporcionar uma assistência digna, respeitosa e de qualidade, livre de pré-conceitos.

Hoje, após o término da residência e enquanto enfermeira obstétrica atuando no serviço hospitalar, percebo o quanto ainda são frágeis e insuficientes os serviços de informação e acesso aos métodos contraceptivos, bem como a abordagem à sexualidade, e o quanto ainda precisa ser feito pelas mulheres em situação de abortamento inseguro, que se configuram em sua grande maioria por mulheres jovens, despertando neste público alvo, o interesse por buscar esta temática.

O Ministério da Saúde estabelece como abortamento a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação. O produto da concepção eliminado no processo de abortamento é chamado aborto, podendo este ser de origem natural, isto é, sem o intermédio de técnicas ou terceiros; provocado, ou seja, praticado por intervenções externas; ou legal, sendo realizado conforme a legislação de cada país (BRASIL, 2012).

De acordo com o Código Penal Brasileiro (1940), em seu artigo 124, o aborto provocado pela gestante ou a ação de consentir que terceiros o provoquem, é conceituado como crime sob pena de detenção que pode variar de um a três anos. Além disso, indica em

seu artigo 126 que o aborto provocado por terceiros, com o consentimento da gestante, se constitui em pena de reclusão de um a quatro anos. Ainda neste contexto, a legislação alega que as penas serão aumentadas em um terço, caso a gestante sofra alguma lesão corporal grave, e serão duplicadas caso a mesma venha a óbito.

Por outro lado, essa mesma legislação consente a prática de aborto em situações às quais não há outro meio de salvar a gestante ou em caso de gravidez resultante de violência sexual (BRASIL, 1940). Além disso, no ano de 2012, o Supremo Tribunal Federal determinou que o aborto fosse permitido em caso de anencefalia fetal (NETO et al., 2016).

Diante disto, o aborto se configura como uma questão de saúde pública no Brasil, sobretudo quando relacionado à gravidez indesejada. O Brasil apresenta altos índices de realização de abortos inseguros, sendo constatado o quantitativo de 16.905.911 casos, com uma média anual de 994.465,6, tal realidade evidencia o grave problema gerado pelo risco de mortalidade materna devido à falta de segurança do processo (LIMA et al., 2017).

No cenário mundial, entre 2010 e 2014 ocorreram cerca de 25 milhões de abortos não seguros, sendo 97% destes em continentes em desenvolvimento como a África, Ásia e América (BRASIL, 2016). Em uma revisão sistemática de literatura, a taxa de mortalidade materna relacionada ao abortamento era de 37 óbitos na África Subsaariana, 23 na América Latina e 12 no sul da Ásia, por 100.000 nascidos vivos (LOI et al., 2015).

No Quênia, estima-se que aproximadamente 35% de mortes maternas estão relacionadas a abortos inseguros. O acesso ao aborto ainda é considerado altamente restrito no Quênia, e somente permitido, se, na opinião de um profissional de saúde treinado, a vida ou a saúde da mãe estiver em perigo, ou ainda, se for permitido por qualquer outra legislação do país (COTTER et al., 2020).

Destaca-se o fato de que o aborto é legalizado somente em alguns países da América do Norte, Europa e Ásia, locais onde a taxa de realização de aborto inseguro é praticamente insignificante, evidenciando assim que, em países que possuem acesso legal a estes serviços, as mortes relacionadas são quase inexistentes (LOI et al., 2015). Contudo, este cenário não reflete a realidade mundial, na qual a prática do aborto é realizada de maneira inapropriada e em ambientes insalubres, sendo a principal responsável pelas altas taxas de mortalidade materna em diversos países (LIMA et al., 2017).

Estima-se que aproximadamente 287.000 mortes maternas aconteceram no ano de 2010, e em consequência, a redução da mortalidade materna foi inserida na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). O

objetivo era que a razão de mortalidade materna fosse reduzida em 75% até 2015, contudo, os resultados alcançados não foram suficientes para atingir a meta na maioria dos países, sobretudo quando o obstáculo para redução da mortalidade materna por aborto é ainda maior, devido às situações de ilegalidade, insegurança e clandestinidade (MARTINS et al., 2017).

No Brasil, estima-se que uma mulher vem a óbito a cada dois dias em virtude de aborto inseguro. O aborto encontra-se entre as cinco principais causas de morte materna, e relaciona-se a cerca de 5% do total de óbitos maternos, evidenciando que ainda há muito a ser feito acerca do tema no que diz respeito a políticas públicas e assistência em saúde (MARTINS et al., 2017).

Em uma perspectiva histórica acerca da assistência de saúde à mulher, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), algumas políticas foram pensadas de modo a englobar alguns grupos populacionais e suas especificidades. Primeiramente, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), restrita às demandas referentes à gravidez e ao parto, traduzindo ainda uma visão limitada sobre a mulher (BRASIL, 2016).

Alguns anos depois, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na tentativa de uma nova e diferenciada abordagem no cuidado da mulher, aludindo temáticas até então pouco exploradas, como por exemplo, a assistência em caso de abortamento inseguro. Ademais, ao refletir em atenção integral à saúde da mulher, as políticas públicas passaram a dirigir o olhar para a questão da mortalidade materna, bem como os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2016).

De acordo com a PNAISM, as mulheres que sofrem algum tipo de complicação decorrente de um aborto inseguro, por uma gravidez indesejada, estão entre as pacientes mais negligenciadas nas unidades de saúde no que se refere à assistência obstétrica e promoção de saúde reprodutiva (BRASIL, 2016). Nesse contexto, deve ser promovido e garantido o direito à saúde sexual e reprodutiva, que inclui a realização de planejamento reprodutivo a fim de evitar gravidez indesejada.

No entanto, observa-se que muitos municípios no Brasil ainda possuem barreiras para implementação de estratégias adequadas de fornecimento de métodos contraceptivos, culminando em gestações não planejadas (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015). Observa-se que as gestações indesejadas e os abortos provocados são atribuídos, dentre outros fatores, ao uso inadequado de métodos contraceptivos e à falta de promoção de saúde sexual e reprodutiva (SANTOS et al., 2017).

Na ocorrência de gravidez não planejada, múltiplos fatores relacionam-se, como por exemplo, mulheres que cedem ao desejo do parceiro em tornar-se pai, descuido acerca do uso de contraceptivos, submissão ao parceiro em relações sexuais desprotegidas ou defrontação a dificuldades em ter acesso à informação e oferta de métodos contraceptivos pelos serviços de saúde (PARCER et al., 2017).

Dentre as ações do planejamento reprodutivo, encontra-se o acesso aos métodos contraceptivos. Estudos apontam que na faixa etária de 18 a 30 anos ou mais, o preservativo masculino é o método contraceptivo mais utilizado, seguido da pílula anticoncepcional (SARMENTO et al., 2018). Ao verificar os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), desenvolvida em 2006, observou-se uma redução da realização de laqueadura tubária entre mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos, em união conjugal. Todavia, a pílula oral continua sendo o método mais prevalente entre a população, seguido pelo preservativo masculino e contracepção de emergência (BRANDÃO, 2019).

Diante disto, o acesso e o uso de métodos contraceptivos têm efeitos favoráveis no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, uma vez que opera na prevenção de gestações não desejadas e, de modo consequente, na redução de morbimortalidade materna e abortos inseguros (GONZAGA et al., 2017).

Ao discutir sobre os direitos das mulheres, é necessário enfatizar que o planejamento reprodutivo deve realizar ações voltadas à saúde integral da mulher, não delimitando o seu papel social procriador, mas também compreendendo a prevenção de uma gestação não planejada, que, desta maneira, pode desencadear uma vivência de aborto inseguro (ANJOS et al., 2013). Diante disto, o abortamento inseguro no Brasil ocorre em resultado das necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo, no que compreende o déficit de informações acerca de métodos contraceptivos, uso inadequado ou irregular, dificuldade de acesso e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Sendo assim, apesar de terem ocorrido avanços em relação às políticas públicas voltadas à saúde da mulher, muito ainda precisa ser feito, sobretudo no que diz respeito às práticas relacionadas ao planejamento reprodutivo, envolvendo ações vinculadas a prevenção de aborto inseguro (BRASIL, 2016). Diante disto, a fim de conduzir e permitir a apropriação do objeto de estudo, foram delimitadas duas questões norteadoras para esta investigação:

- a) Quais significados são atribuídos aos métodos contraceptivos e à prevenção de aborto inseguro por mulheres jovens?

- b) Como se dá a interação social de mulheres jovens com o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos a esses objetos sociais?

Para responder a estas perguntas, sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, e partindo do princípio que o significado de algo pode ser modificado ou ressignificado pela mulher, a partir de sua interação com o mesmo e com seu grupo social mais próximo, permitindo a construção de novas experiências e assim, novas interpretações, os objetivos deste estudo são:

- a) Identificar os significados de métodos contraceptivos e de aborto inseguro atribuído por mulheres;
- b) Analisar a interação de mulheres com o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos.

A pesquisa Nacional de Aborto (2016) revelou que a prática do aborto é comum entre as mulheres brasileiras, evidenciando que ocorre no período de maior atividade sexual das mulheres, observando-se maior frequência de aborto decorrente de uma gravidez indesejada entre as mulheres jovens, o qual 29% sucedem na faixa etária de 12 a 19 anos, 28% entre os 20 e os 24 anos e 13% a partir dos 25 anos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Nesse sentido, o uso inconsistente, incorreto ou a ausência de métodos contraceptivos pode levar à gravidez não desejada, podendo resultar em uma situação de aborto, em sua maioria insegura (QUERIDO et al., 2018).

Diante desse contexto, em busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores e palavras-chave “anticoncepção”, “aborto inseguro” e “gravidez não planejada” na categoria “título, resumo e assunto”, filtrando os textos disponíveis dos últimos 5 anos e nos idiomas inglês, português e espanhol, foram identificadas 1.846 publicações para o descritor “anticoncepção”, 36 para o descritor “aborto inseguro” e 718 para o descritor “gravidez não planejada”.

Vale ressaltar que a palavra-chave “aborto inseguro” foi utilizada para encontrar estudos relacionados ao objeto de estudo, uma vez que a mesma não está cadastrada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Ao realizar busca avançada e utilizando os mesmos filtros, foram encontradas 3 publicações para “anticoncepção” AND “aborto inseguro”, 3 para “aborto inseguro” AND “gravidez não planejada” e somente 1 publicação para “anticoncepção” AND “aborto

inseguro” AND “gravidez não planejada”. Retirando os filtros, por fim, foram encontradas 3 publicações para “anticoncepção” AND “gravidez não planejada” AND “aborto inseguro”.

Vale destacar que a maioria dos estudos encontrados aborda sobre gravidez indesejada, e os autores relacionam este fenômeno com a faixa etária da adolescência, além da deficiência do Sistema de Saúde em oferecer estratégias eficientes de adesão aos métodos contraceptivos para este grupo populacional (FERRERA et al., 2019; BARROS; SANTOS, 2017; OLSEN et al., 2018).

No que se referem ao aborto inseguro, as publicações encontradas revelam que são realizados de maneira precária, através de clínicas clandestinas, medicações ou objetos. Em sua maioria, por mulheres em situação de vulnerabilidade, como moradoras em situação de rua, com condição socioeconômica desfavorável e baixo nível de escolaridade, sendo muitas vezes influenciadas e/ou coagidas pelos parceiros ou familiares a praticarem tal ato, mesmo contra sua vontade (ADESSE et al., 2016; ARAÚJO et al., 2016; ROMIO et al., 2015).

Utilizando os mesmos descritores na Biblioteca Virtual de Saúde - Enfermagem, na categoria “título, resumo e assunto”, filtrando as publicações disponíveis dos últimos 5 anos e nos idiomas inglês, português e espanhol, foram encontradas 702 publicações para o descritor “anticoncepção”, 245 publicações para “gravidez não planejada” e 18 para “aborto inseguro”. Retirando os filtros, foram encontradas 218 publicações para “anticoncepção” AND “gravidez não planejada”, 7 publicações para “anticoncepção” AND “aborto inseguro” e 3 publicações para “anticoncepção” AND “aborto inseguro” AND “gravidez não planejada”.

Ao realizar estas buscas, percebeu-se novamente que a temática de gravidez indesejada se encontra intimamente relacionada às adolescentes e mulheres jovens. Notou-se que muitos estudos fazem referência à anticoncepção na Atenção Básica de Saúde, de modo a buscar estratégias para aumentar a efetividade na escolha e utilização dos métodos contraceptivos, sobretudo entre as adolescentes. Somente um estudo abordou especificamente sobre a temática do aborto, sob a perspectiva do acesso ao aborto seguro (GONÇALVES et al., 2019; RAMOS et al., 2018; SILVA et al., 2017).

Neste contexto, foi realizada busca bibliográfica na base de dados *Science Direct*, fazendo uso dos mesmos filtros e em acesso aberto, foram encontradas 1.053 publicações para o descritor “*contraception*”, 132 para “*unsafe abortion*” e 375 publicações para “*unwanted pregnancy*”. Ao verificar em busca avançada, foram encontrados 48 estudos para “*unsafe abortion AND unwanted pregnancy*”, 70 para “*unsafe abortion AND contraception*”, 105 para

“*contraception AND unwanted pregnancy*”, e por fim, 33 publicações para “*unsafe abortion AND unwanted pregnancy AND contraception*”.

Diante disto, após a leitura dos títulos e resumos dos estudos compatíveis com a temática a ser estudada, pode-se observar que no cenário mundial, em países nos quais o aborto é legalizado, como por exemplo, no Nepal, as taxas de morte materna ou complicações relacionadas ao aborto são menores e os serviços de planejamento reprodutivo são cada vez mais expansivos. Além disso, evidencia-se a questão do acesso aos métodos contraceptivos como um fator que contribui para a queda dos índices de aborto inseguro (ROGERS et al., 2019; GANATRA et al., 2017; CLEEVE et al., 2016).

Tendo em vista de tratar-se de uma temática que provoca discussões e reflexões no meio científico e social, esta pesquisa justifica-se pelo fato de que no Brasil existem muitos casos de aborto inseguro, ou seja, fora das condições de assistência à saúde, o que acaba por tornar-se um problema de saúde pública. Ademais, propõe-se a analisar o processo de interação social envolvido sobre métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro, atribuídos por mulheres jovens, que possui baixa produção científica.

O estudo torna-se relevante para a área de enfermagem, sobretudo para a enfermagem obstétrica, uma vez que as situações de abortamento inseguro estão presentes continuamente na prática assistencial, em especial nos grupos de mulheres jovens. E ao mesmo tempo, constitui-se na categoria profissional que encontra-se diretamente ligada às questões de planejamento reprodutivo, como por exemplo, através da Atenção Primária em Saúde tanto em práticas individuais quanto coletivas.

Deste modo, o estudo pode contribuir na assistência à mulher, ao proporcionar discussões acerca do uso de métodos contraceptivos e sua relação com o abortamento inseguro, visando desenvolver ações de saúde voltadas às particularidades de cada mulher, compreendendo o contexto em que a mesma está inserida. Além disso, esta pesquisa poderá estimular o profissional de saúde a praticar uma assistência em saúde voltada à integralidade no âmbito das questões reprodutivas.

O estudo pode também auxiliar na formação de futuras enfermeiras obstétricas apontando questões primordiais para atender às demandas da prática assistencial obstétrica brasileira. Por fim, considera-se que o estudo trará benefícios para a reflexão de políticas públicas relacionadas ao aborto, assim como o aprimoramento de políticas voltadas à saúde da mulher, no que se refere aos métodos contraceptivos.

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O planejamento reprodutivo ou familiar é um conjunto de ações que possibilitam à mulher, ao homem ou ao casal, o controle de sua reprodução. O termo mais utilizado atualmente é o que faz referência ao reprodutivo, uma vez que o mesmo não demonstra uma limitação, pois não é necessariamente preciso ter parceiros ou parceiras fixas para gerar um filho (NOGUEIRA et al., 2018).

O planejamento reprodutivo está garantido pela Constituição Federal de 1988 como um direito de cidadania, reconhecido pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. O Ministério da Saúde, influenciado por recomendações internacionais, como por exemplo, a Conferência Mundial de Direitos Humanos em 1993 e a Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995, definiu o planejamento reprodutivo como o direito que todas as pessoas possuem à informação e de alcance aos recursos que lhes possibilitem planejar sua reprodução, através do conhecimento sobre métodos contraceptivos (FLORES; LANDERDAH; CORTES, 2017).

Um dos primeiros avanços para a saúde reprodutiva no Brasil ocorreu em 1984, com a criação do PAISM, o qual incluía o planejamento reprodutivo como uma das atividades mínimas voltadas à saúde da mulher (GREIN et al., 2017). A partir deste marco, o planejamento reprodutivo passa a ser concebido na saúde sexual e reprodutiva, contemplando que cada indivíduo tem o direito de decidir sobre sua reprodução e relações afetivo-sexuais (BRASIL, 2013).

Alguns anos depois, mais precisamente em 2004, a PNAISM preconizou, dentre seus objetivos, o incentivo à realização de uma assistência voltada ao planejamento reprodutivo para mulheres, homens, casais e adolescentes, em uma perspectiva integral à saúde. Além disso, incluiu a assistência à infertilidade, oferta de métodos contraceptivos, garantia de acesso à informação e estímulo da participação masculina (FLORES; LANDERDAH; CORTES, 2017).

Vale ressaltar que, historicamente, as questões relacionadas à reprodução encontraram-se por muito tempo voltadas ao público feminino, sendo delimitadas ao âmbito da maternidade, do lar e tarefas familiares. O homem, por sua vez, por apresentar um comportamento incutido da ideia de ser invulnerável e viril, quase sempre não reconhece a

necessidade de procurar os serviços de saúde (COELHO; PEREIRA; NEPOMUCENO, 2016).

Contudo, a Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Capítulo VII - Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso no § 7º do artigo 226, expõe que o planejamento reprodutivo é de livre arbítrio do casal, sendo dever do Estado disponibilizar recursos educacionais e científicos para assegurar o exercício desse direito, à medida que se configura como um dos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (BRASIL, 1988).

Ao analisar a evolução das políticas públicas relacionadas à mulher, percebe-se o deslocamento do enfoque restrito à reprodução, para a compreensão da mulher em seu contexto social, cultural, econômico e histórico, ampliando a assistência em contracepção (MEDEIROS et al., 2016). Assim, as ações de aconselhamento, avaliação clínica, orientação e acompanhamento de saúde são primordiais para que cada mulher se sinta amparada em suas escolhas e obtenha acesso aos métodos contraceptivos em tempo oportuno (BRANDÃO, 2019).

Entretanto, a questão do planejamento reprodutivo tem sido uma temática bastante delicada e controversa no Brasil, sobretudo quando relacionada à ocorrência de uma gestação indesejada. Um país onde o aborto continua sendo interdito às mulheres, embora seja uma prática bastante frequente e realizada em condições inseguras (BRANDÃO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como o procedimento utilizado para interrupção da gestação, realizado por pessoas não habilitadas ou em cenários inadequados. Alguns autores conceituam aborto como o término de uma gravidez antes da idade gestacional, que permita viabilidade fetal, definida até entre 20 e 22 semanas. Independentemente de sua causa, o aborto é o ato de descontinuar a gravidez, podendo ser de maneira voluntária, médica ou espontânea (SANTOS, 2016; MAYOR, 2016; OMS, 2013).

Em uma perspectiva histórica, as origens da prática do aborto são tão antigas quanto a nossa própria civilização, no entanto, a sua abordagem tem sofrido mudanças resultantes do desenvolvimento do contexto científico, ético, jurídico, social e político das sociedades atuais (PALMA, 2017).

A prática do aborto se encontra presente nos mais diversos momentos históricos das sociedades, há registros do uso de ervas abortivas em distintas regiões europeias a partir do segundo milênio, assim como de métodos cirúrgicos. Cabe pontuar, que o uso de métodos

cirúrgicos com finalidade de abortamento utilizados na época, já ofereciam grandes riscos à saúde das mulheres (COSTA, 2018).

Em uma perspectiva global, a primeira legislação que contempla a temática do aborto no Reino Unido surgiu em 1803, a qual previa punições como multa, prisões, chicotadas e exposição pública a quem o praticasse. Já na Índia, a prática do aborto era proibida até o ano de 1971, quando o parlamento regulou e definiu as possibilidades de aborto em território indiano. Vale ressaltar que, a proibição do aborto legal na Índia provocou uma grande quantidade de óbitos de mulheres, que se submeteram ao aborto clandestino quando diante de uma gravidez indesejada (COSTA, 2018).

Nos últimos 40 anos, ainda no século XX, a questão do aborto apontou para discussões de cunho político na sociedade ocidental, sobretudo na Europa. Dos anos de 1960 a 1980, a temática do aborto emergiu como sendo uma questão de mulheres, impulsionada pela evolução dos direitos sexuais e posicionamento da mulher na sociedade, corroborando para mudanças nas legislações vigentes e pretendendo a descriminalização do aborto na Europa central e ocidental (TORRES, 2012; GAMANHO, 2011).

No Brasil, a legalidade do aborto passou por diversos contextos históricos. Em 1830, no Código Penal do Império, foi estabelecida pena de até cinco anos de prisão para quem provocasse ou fornecesse meios para sua realização. Em 1890, no primeiro Código Penal da República, a interrupção da gestação era punida com cinco anos de prisão para a mulher que o cometesse. Já em 1940, com o surgimento do novo Código Penal, o aborto passou a ser permitido em casos específicos, como por exemplo, em decorrência de estupro. No entanto, vale ressaltar que somente em 1989, no município de São Paulo, foi inaugurado o primeiro serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (COSTA, 2018).

Em um cenário mundial, estima-se que a cada ano, 208 milhões de mulheres ficam grávidas, e deste total, aproximadamente 123 milhões possuem uma gestação planejada ou desejada, resultando em nascimento com vida, abortamento espontâneo ou morte intrauterina. Contudo, ainda existem 85 milhões de mulheres que vivenciam uma gestação indesejada, vivenciando situações de aborto voluntário, em sua maioria, realizado em contextos inseguros (OMS, 2013; SEDGH et al., 2016).

O tema tem sido amplamente acolhido e discutido no campo da saúde pública e dos direitos humanos, principalmente apoiados no entendimento de que a realização de um aborto inseguro representa grandes riscos para a vida e a saúde das mulheres (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018). Dados evidenciam que a cada ano, são realizados 22 milhões de abortos

inseguros, sendo sua maioria em países em desenvolvimento, resultando em 47 mil mortes por complicações derivadas de procedimentos clandestinos (OMS, 2013).

No Brasil, uma pesquisa de abrangência nacional estimou que no ano de 2010, aproximadamente uma em cada cinco mulheres já havia realizado, no mínimo, um aborto. Em 2016, esta mesma pesquisa demonstrou que estas estimativas não se modificaram de forma significativa, ou seja, a temática do aborto chama atenção não só por sua magnitude, assim como por sua prevalência (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Sendo assim, o aborto representa a primeira ou segunda causa de morte materna na Argentina, evidenciando que mulheres pobres foram e continuam sendo aquelas que mais sofrem com a prática do aborto inseguro (MATÍA et al., 2016). Nos Estados Unidos, cerca de 40% das gestações não planejadas terminam em aborto, e os mesmos resultados são observados em outros países (OMS, 2013; ENGSTRAND; KALLNER, 2018).

Na Suécia, o quantitativo de gestações não desejadas e abortos continuam altos para mulheres em faixa etária de 25 a 29 anos, com uma relação de aproximadamente 29,9 abortos para cada 1000 mulheres (ENGSTRAND; KALLNER, 2018). Virgo e Sear (2016) também abordam que as mulheres jovens estão mais inclinadas a abortar, uma vez que estas possuem mais possibilidades de conceber uma nova gestação, devido ao período reprodutivo em que se encontram.

Nesta perspectiva, um estudo realizado na Etiópia evidenciou que as adolescentes sexualmente ativas têm a maior taxa de aborto dentre as demais faixas etárias (SULLY et al., 2018). Nesse contexto, também nos Estados Unidos e na Ucrânia aproximadamente 43% da população adolescente em situação de rua já passou pela experiência do aborto induzido (SILVA et al., 2018; ZAPATA et al., 2011).

Diante deste cenário, o aborto vem sendo mundialmente reconhecido como um problema de saúde pública. Sendo discutido desde 1994, com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, devido às consequências geradas para a saúde das mulheres, sobretudo quando realizado em condições inseguras (SELL et al., 2015).

O abortamento inseguro reflete cerca de 13% de mortes maternas, e a cada ano, em torno de 47.000 mulheres vão à óbito devido a complicações e cerca de 5 milhões sofrem com disfunções permanentes ou temporárias, englobando a esterilidade (OMS, 2013). Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) revelam que no Brasil, até 28% de mulheres que abortaram, necessitaram de hospitalização por complicações. Em Uganda, mais de 93.000 mulheres precisaram ser hospitalizadas por complicações decorrentes de aborto induzido, no ano de

2013, e mais de 10% de mortes maternas neste país podem ser relacionadas a prática de aborto inseguro (SULLY et al., 2018).

A prática de aborto em condições inseguras engloba abortos incompletos ou com complicações, os quais exigem que mulheres sejam assistidas pelos serviços de ginecologia e obstetrícia das instituições de saúde (DROVETTA, 2012). Assim, estima-se que a cada ano cerca de cinco milhões de mulheres sejam hospitalizadas por complicações derivadas de aborto inseguro, evidenciando que as mulheres jovens, solteiras e com idade gestacional mais elevada representam maior risco de óbito (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Em estudo realizado por Duarte, Moraes e Andrade (2018) com 13 mulheres, o uso de medicações via vaginal foi relatado como o principal método abortivo, sendo precedido pelo uso de chás e ervas, finalizando o processo em ambiente hospitalar para realização de curetagem, devido a complicações.

As complicações físicas do abortamento inseguro compreendem a hemorragia, sepse, traumatismo dos órgãos abdominais e pélvicos, dentre outras. Aproximadamente de 20% a 30% dos abortamentos inseguros provocam algum tipo de infecção do sistema reprodutor feminino, uma vez que uma em cada quatro mulheres que passam pelo processo de aborto em condições inseguras, provavelmente irá requerer atenção hospitalar oportuna (OMS, 2013).

No contexto hospitalar, em situações de abortamento inseguro, as mulheres são submetidas a uma assistência pautada no desrespeito, discriminação e culpabilização, vivenciando atitudes de violência emocional, física, moral e institucional, suportando uma assistência em saúde de baixa qualidade (GUIMARÃES; RAMOS, 2017).

Estudos evidenciam que atitudes negativas ou julgamentos, podem influenciar na decisão da mulher em revelar ou não a prática do aborto, e até mesmo em postergar ou evitar cuidados de saúde. Em pesquisa realizada em hospitais públicos do Piauí, com 26 mulheres, foram identificadas práticas de julgamentos moral, hostilidades e falta de assistência por parte dos profissionais de saúde em relação às situações de aborto induzido (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Contudo, o comportamento violento e desrespeitoso dos profissionais de saúde é compreendido por algumas mulheres como uma “boa intenção” ou “necessário”, uma vez que a intenção do profissional de saúde nunca é causar malefícios. Tal realidade evidencia a presença do modelo biomédico na assistência à saúde, em que as mulheres passaram a tratar de forma natural o exercício da autoridade profissional (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Diante disto, nota-se que existe uma relação direta sobre a prática do abortamento inseguro e suas repercussões para a mulher como uma causa importante de mortalidade materna e/ou complicações, podendo ser minimizado, dentre outras ações, mediante práticas de expansão e acesso a medidas de planejamento reprodutivo (OMS, 2013).

A ausência de informações sobre planejamento reprodutivo e a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos corrobora para o aumento das gestações indesejadas e, conseqüentemente, para o aumento do número de abortos em condições inseguras (SELL et al., 2015). Deste modo, há necessidade de incluir políticas públicas que contemplem a saúde reprodutiva para redução de mortalidade materna por aborto inseguro (ADESSE et al., 2016).

A saúde reprodutiva demanda que as pessoas possam ter uma vida sexual segura, além de promover autonomia para decidir quando engravidar e quantas vezes desejarem. Nesse sentido, as repercussões do abortamento praticado em condições inseguras devem ser analisadas, tanto da perspectiva sanitária quanto dos direitos sexuais e reprodutivos, para que as mulheres possam usufruir plenamente desses direitos (DROVETTA, 2012; PRESADO; PALMA; CARDOSO, 2018).

Os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos em documentos e leis internacionais, não implicando somente na oferta de métodos e técnicas de concepção e anticoncepção, mas também em acompanhamento e oferta de informações eficazes que possibilitem um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013).

É relevante pontuar que o planejamento reprodutivo, o conhecimento e o acesso aos métodos contraceptivos, são ações preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher desde 1984. E em 2005, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, possibilitando ainda mais a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e o incentivo às atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

De acordo com a OMS, o uso de métodos contraceptivos gerou uma redução significativa nos números de abortos induzidos, até mesmo em locais onde o aborto encontra-se disponível legalmente e sem restrições. Estudos realizados nos Estados Unidos, e em outros países da Europa oriental e Ásia, demonstraram que quando o uso de métodos contraceptivos é alto, a incidência de aborto induzido é baixa. (OMS, 2013).

Vale destacar ainda, que em países com leis restritivas, a incidência de abortos induzidos é maior quando comparado a países favoráveis a esta prática, onde há incentivo às práticas de planejamento reprodutivo. Evidenciando que, em locais que possuem leis mais

restritivas de aborto voluntário e acesso ineficaz aos métodos contraceptivos, as taxas de aborto induzido tendem a ser maiores (SEDGH et al., 2016).

É por este motivo que alguns países, sobretudo da América do Sul, registram elevados números de abortos ilegais, enquanto em outros, como Portugal, evidenciam uma diminuição devido ao aumento da utilização e acesso a métodos contraceptivos (PALMA, 2017).

A taxa de gestações não planejadas diminuiu em todo o mundo devido ao aumento do uso de métodos anticoncepcionais (OMS, 2013). No entanto, Águas, Bombas e Silva (2016), discorrem que ainda ocorrem gestações não planejadas que estão relacionadas ao uso incorreto dos métodos contraceptivos, baixa frequência nas consultas de planejamento familiar e a falta de informação adequada acerca dos métodos contraceptivos. Nesta perspectiva, estima-se que nos Estados Unidos 41% das gestações não planejadas ocorreram devido ao uso inseguro ou incorreto dos métodos contraceptivos, e apenas 5% das mulheres utilizariam os métodos contraceptivos de maneira consciente (ENGSTRAND; KALLNER, 2018).

Deste modo, o uso de métodos contraceptivos de maneira eficaz sofre influência de diversos fatores, que devem ser considerados na elaboração de políticas e programas acerca da saúde reprodutiva e sexual, incluindo acesso universal a consultas e métodos contraceptivos, como uma forma de minimizar as taxas de gestações indesejadas (SANTOS; FERREIRA; FERREIRA, 2018).

À vista disso, se faz necessário responder às demandas de planejamento reprodutivo como uma medida eficaz de cuidado em saúde para evitar gravidez indesejada, e por consequência, o abortamento induzido realizado de forma insegura (OMS, 2013). Sendo assim, as questões envolvidas na prática do aborto em condições inseguras e sua relação com o uso de métodos contraceptivos, se encontram compreendidas nos direitos sexuais e reprodutivos, e devem estar contempladas no âmbito das políticas públicas, pautadas na perspectiva da integralidade como norteadoras das práticas assistenciais de saúde (TELO; WITT, 2018).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico mostrou-se como um referencial que melhor conseguiu auxiliar no processo de compreensão dos significados atribuídos por mulheres jovens aos métodos contraceptivos e aborto inseguro, uma vez que se trata de uma perspectiva teórica que trabalha o significado de algo na concepção de um indivíduo, a partir do resultado de sua interação social. Assim, suas ações serão determinadas a partir do contexto social no qual está inserido, bem como suas experiências e significados atribuídos por ele (BLUMER, 1969; HAGUETTE, 1992).

Esta perspectiva permite que o ser humano aprenda a se relacionar com o grupo a seu redor, ou seja, possibilita a socialização. Isto se torna relevante uma vez que será o grupo ao seu redor que conduzirá suas ações (CHARON, 1985). Esta teoria é apontada para investigar processos de interações sociais e comportamentais, a partir da interpretação de como o indivíduo age em relação às situações de acordo com o que ele mesmo as significa (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

O Interacionismo Simbólico é uma perspectiva da psicologia social, originada no fim do século XIX e possui como principal contribuinte de sua fundamentação George Herbert Mead, professor da Universidade de Chicago. No ano de 1937, Herbert Blumer adotou o termo “interacionismo simbólico” nos pressupostos de sua abordagem, apoiado na linha de pensamento de Mead (HAGUETTE, 1992).

Segundo Blumer (1969), o Interacionismo Simbólico encontra-se fundamentado em três premissas:

- a) As pessoas agem de acordo com o significado e sentido que as coisas têm para elas;
- b) Esses significados surgem a partir de processos de interações sociais.

Tais significados ao serem empregados em suas interações, através de suas interpretações e objetivando lidar com as coisas que encontra, são manipulados e modificados pelo próprio indivíduo.

Deste modo, com base nas premissas de Blumer (1969), apresentaram-se como pressupostos do estudo:

- a) As mulheres jovens agem em relação aos métodos contraceptivos como estratégia para prevenção do aborto inseguro, a partir do significado que esses métodos têm para elas;
- b) Os significados de métodos contraceptivos e a sua relação com a prevenção do aborto inseguro surgem a partir de interações que as mulheres jovens estabelecem com seu meio social, tendo influência direta do grupo social mais próximo na construção destes significados;
- c) Os significados de métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro podem ser ressignificados ou modificados pela mulher, a partir do processo de interação social. Sendo assim, as mulheres jovens podem construir novas interpretações/significados a partir de novas interações com seu meio social.

Diante disto, o entendimento de alguns conceitos fundamentais, tais como sociedade, símbolos, *self*, mente, ação e interação social, torna-se indispensável para que haja uma melhor compreensão da base teórica acerca do Interacionismo Simbólico.

### 2.1.1 Sociedade

Trata-se de um processo dinâmico em que os indivíduos se relacionam entre si, estando em uma condição de mudança contínua dependendo do tipo de interação que esteja ocorrendo. Assim, os indivíduos direcionam suas ações segundo o posicionamento do outro (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A sociedade pode ser compreendida como o grupo social em que as mulheres estão inseridas e que são fortemente influenciadas pela ação do outro, pertencente ao mesmo grupo. Deste modo, os significados que as mulheres jovens atribuem a métodos contraceptivos e

aborto inseguro, serão baseados e influenciados a partir do posicionamento do outro que também pertence ao mesmo grupo.

### 2.1.2 Símbolos

São objetos sociais que sem os quais não se pode haver interação entre os indivíduos e são utilizados para representar algo, podendo ser objetos físicos, ações ou palavras. No entanto, só podem ser significados pelo fato de poderem ser traduzidos por palavras. Os indivíduos, ao interagirem entre si, interpretam a ação dos outros e não somente reagem a ela, mas também o resultado desta interação será baseado no significado que o indivíduo atribuiu a ela. Além disso, tal significado pode diferir entre os indivíduos que encaram a mesma interação. Portanto, a interação entre os indivíduos é feita por intermédio dos símbolos, tornando-se passíveis de serem interpretados (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Por este ângulo, a perspectiva dos métodos contraceptivos e aborto inseguro serão definidos a partir do significado que a mulher atribui aos mesmos. Tendo em vista que cada mulher pode atribuir um significado diferente, logo, linhas de ações diferentes podem ser traçadas.

### 2.1.3 Self

Assim como o indivíduo interage com o seu grupo social, ele também interage consigo mesmo. O *self* envolve duas fases, a primeira é constituída pelo “eu”, que representa a iniciação espontânea de uma ação humana. A segunda é o “mim”, que se refere à organização da ação a partir do que é comum ao grupo social. As ações são iniciadas pelo “eu” e direcionadas pelo “mim”. Vale ressaltar que é um processo dinâmico, no qual o *self* pode se modificar a partir de novos significados que possam ser atribuídos às interações sociais, e tais interações podem ser tanto com o grupo quanto com si mesmo (HAGUETTE, 1992).

Sendo assim, no contexto deste estudo, a auto interação, consistindo em um conjunto da ação espontânea com a ação esperada pelo grupo, influenciará nos significados que serão atribuídos aos métodos contraceptivos e aborto inseguro.

#### 2.1.4 Mente

É um processo que resulta da interação do indivíduo com si mesmo utilizando símbolos significantes. Desta forma, a mente é considerada como social em origem e função, pois surge através de interações sociais. A partir dela, o indivíduo define o significado para si e direciona suas ações em relação aos objetos (HAGUETTE, 1992; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Desta maneira, por meio da atividade da mente, interagindo com ela mesma e a partir dos significados atribuídos a métodos contraceptivos, a mulher jovem traça sua linha de ação em relação à prevenção de aborto inseguro.

#### 2.1.5 Ação

A ação é resultante da interação consigo mesmo e com os outros. É uma construção de uma linha de ação a partir da percepção e interpretação de uma situação específica. A ação grupal consiste na definição da decisão segundo o significado das ações de outros (BLUMER, 1969).

Deste modo, a mulher irá significar métodos contraceptivos a partir do resultado de sua interação com si mesma e de sua interação com o outro. Assim, a linha de ação da mulher em relação à prevenção de aborto inseguro é construída a partir das interações sociais envolvidas no processo.

#### 2.1.6 Interação social

É uma consequência da ação social, que por sua vez, consiste no direcionamento da ação a partir de como o outro age na mesma situação. Assim, como há interação com o outro,

este é considerado objeto social. Vale pontuar que quando interagimos, nos tornamos objetos sociais uns para os outros e, neste contexto, há uma tomada de decisões, mudanças de direcionamento, compartilhamento de perspectivas e experiências, definição da realidade e da situação que contribuem para que assumamos o papel do outro (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

À vista disso, pode-se entender que dentro do contexto do objeto de estudo, as mulheres agem com base no significado que atribuem aos métodos contraceptivos e estas interações, por sua vez, irão determinar sua relação com a prevenção de aborto inseguro.

Em suma, sintetizando as ideias centrais do Interacionismo Simbólico, a sociedade é uma instituição composta por pessoas e grupos em constante interação. Esta interação tem como alicerce o compartilhamento de significados sob a forma de compreensões e interpretações comuns. Este processo interativo é dinâmico, variando de acordo com as diferentes situações que são enfrentadas. Estas situações são percebidas de forma seletiva, de acordo com as necessidades, que por sua vez, são definidas a partir dos sentidos que as coisas têm para as pessoas, sendo derivadas de sua interação (HAGUETTE, 1992).

Esta teoria aborda as concepções da sociedade, considerando que estas se interrelacionam com os processos do indivíduo, considerando ainda, os aspectos subjetivos do comportamento humano como parte essencial no processo de formação e manutenção dinâmica do *self* e do grupo social (VARGENS, 1997; DUPAS, 1997).

De acordo com esta concepção, o indivíduo nunca é passivo nos processos e ações. Ele é ativo, pois modifica o grupo social ao qual pertence e o grupo exerce influência no processo de modificação deste indivíduo (CHARON, 1989; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; HAGUETTE, 1992).

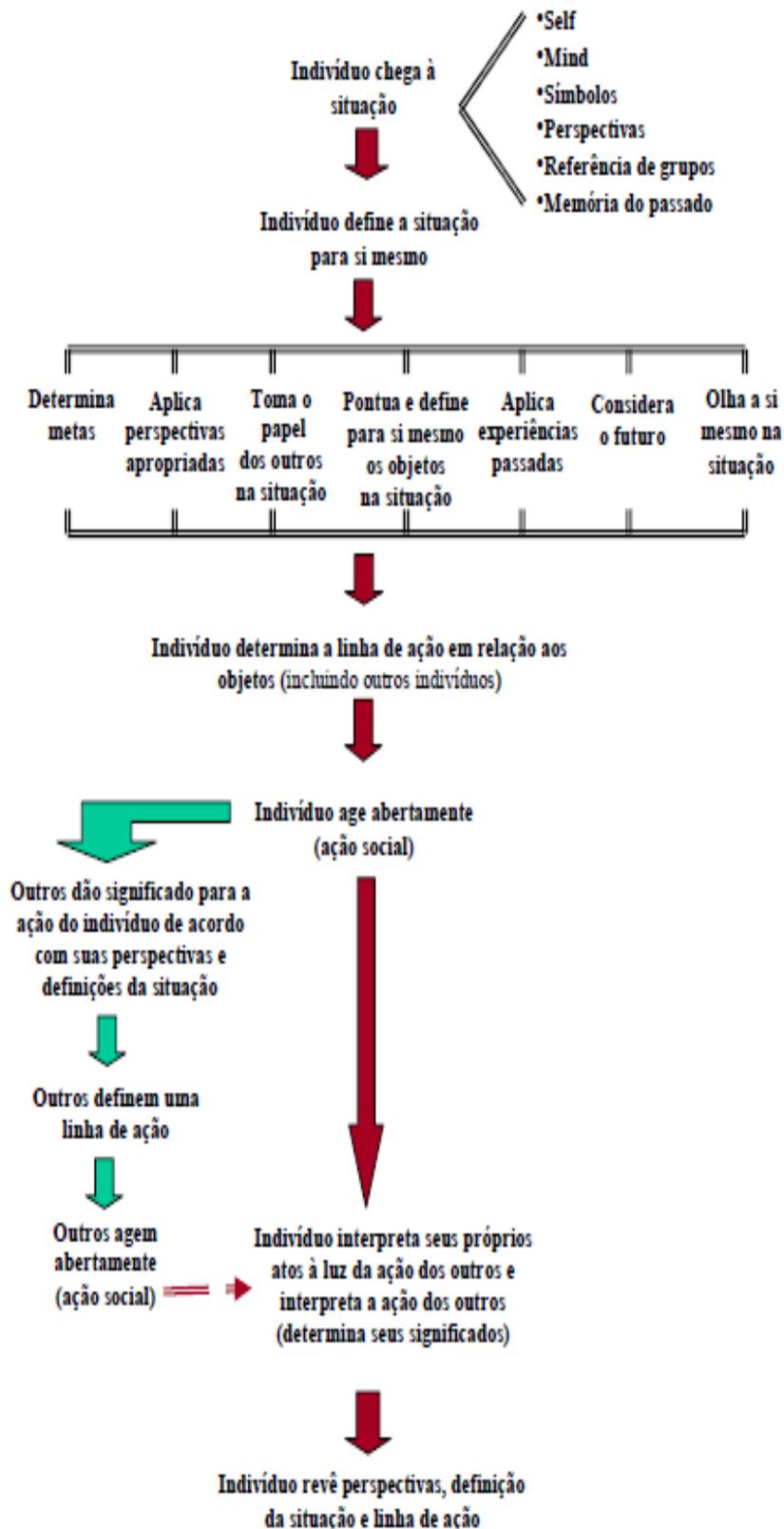
A corrente interacionista refere que o homem não pode ser passivo nos processos, e tal escolha vai depender do significado que ele possui a respeito de tal objeto. Os indivíduos de uma sociedade estão em constante interação entre si, e, por consequência, a sociedade é composta por indivíduos que estão interagindo constantemente (HAGUETTE, 1992).

Para o Interacionismo Simbólico, o ser humano age no presente, não apenas influenciado pelo que aconteceu no passado, mas também pelo que está acontecendo no presente. Entende-se que a interação acontece entre indivíduos e também no indivíduo. Sua atuação se dá num mundo que foi definido pelos próprios indivíduos, e pela sua própria interpretação de sociedade (HAGUETTE, 1992; LOPES-CHAFF, 2005).

Charon (1985) adotou um esquema representativo da ação humana dentro da perspectiva interacionista, em que ilustra como o indivíduo chega à determinada situação e traça para si sua linha de ação. Ao longo deste processo, existem fatores individuais atuando de maneira conjunta, tais como o *self*, mente, símbolos, perspectivas, referências de grupos e memórias do passado. Sendo assim, o indivíduo, ao definir a situação para si mesmo, determina metas, aplica perspectivas apropriadas, toma o papel dos outros na situação, pontua e define para si mesmo os objetos na situação, aplica experiências passadas, considera o futuro, olha a si próprio na situação e a partir disso, determina sua linha de ação e age abertamente (CHARON, 1985).

Em seguimento a este processo, após a ação do indivíduo, os outros a significam de acordo com suas próprias interpretações e também traçam linhas de ações. Diante disso, o indivíduo interpreta suas ações à luz da ação do outro e também interpreta a ação do outro. E, por fim, o indivíduo revê perspectivas, define a situação e a linha de ação (CHARON, 1985). Este processo foi sistematizado por Vargens (2000) através da Figura 1.

Figura 1 – Representação esquemática da ação humana na perspectiva interacionista



Fonte: VARGENS, 2000.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização do estudo**

Trata-se de pesquisa descritiva, interpretativa, com abordagem qualitativa devido à subjetividade do objeto. A pesquisa descritiva visa observar, descrever e documentar características e fatos de determinada realidade ou fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A pesquisa interpretativa, neste estudo, complementa a descritiva, uma vez que busca identificar e interpretar os fatores que determinam os fenômenos de determinada realidade através dos resultados oferecidos (GIL, 2007).

O estudo qualitativo trabalha com um nível de realidade que não pode ser quantificado, busca compreender o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes tendo, desta forma, um caráter subjetivo, intuitivo e exploratório, tornando impossível sua tradução em números (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

Para atender aos objetivos propostos, a metodologia adotada foi a *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados. Esta metodologia possui raízes no Interacionismo Simbólico, se concretizando como um método relevante e consistente para a realização de pesquisas, sobretudo na área da Enfermagem, cujo objeto engloba interações humanas, uma vez que compreende a realidade a partir dos significados e conhecimentos que certo contexto ou objeto possui para o indivíduo (DANTAS et al., 2009; KOERICH et al., 2018).

Foi desenvolvida por Barney Glaser e Anselm Strauss, sob a influência do Interacionismo Simbólico, cuja sistematização técnica permite que o pesquisador desenvolva teorias sociológicas sobre a vida dos indivíduos, uma vez que se parte do princípio que os símbolos e significados emergem a partir da interação das pessoas (KOERICH et al., 2018).

#### **3.2 Cenários do estudo**

A pesquisa foi realizada em dois cenários distintos: por meio de diários eletrônicos ou *blogs* (cenário virtual) e nas dependências da Universidade sede da pesquisa (cenário físico).

O primeiro cenário da pesquisa se deu através do uso de diários eletrônicos, uma vez que a internet possibilita a difusão e aquisição de diversos saberes, compartilhamentos de ideias, sentimentos, medos e dúvidas, a partir da escrita *online* (DONNA; SILVA, 2014; FERREIRA, 2015).

Além disto, de acordo com o processo de análise comparativa constante, proposto pela *Grounded Theory* e a fim de buscar responder os objetivos e compreender o fenômeno do estudo, a pesquisa foi desenvolvida também em um segundo cenário que se deu nas dependências físicas da Universidade sede do estudo, por meio dos grupos focais presenciais.

### 3.3 Participantes do estudo

Em conformidade com a *Grounded Theory* (GLASER, 1978) foi identificada durante o processo de análise comparativa constante, a necessidade da formação de três grupos amostrais. De acordo com estes pressupostos, a análise comparativa constante dos dados indica quais novos grupos amostrais devem ser incluídos e, dessa forma, que novos conjuntos de dados devem ser obtidos. A saber:

- a) **Grupo amostral 1:** Mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, que expuseram suas narrativas pessoais (relatos) sobre métodos contraceptivos e aborto inseguro em *blogs*;
- b) **Grupo amostral 2:** Mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, estudantes de instituições de ensino superior de diferentes cursos de graduação;
- c) **Grupo amostral 3:** Mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, estudantes de instituições de ensino superior do curso de enfermagem.

A escolha desta faixa etária se deu, uma vez que no Brasil observam-se altas proporções de gestações indesejadas e de abortos provocados, o que pode indicar o uso incorreto ou inconstante de métodos contraceptivos, sobretudo por mulheres jovens. De acordo com o Estatuto da Juventude, são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 a 29 anos (FIGUEIREDO et al., 2016; BRASIL, 2013). Optou-se pela faixa etária a partir dos 18 anos, uma vez que não há a necessidade de autorização dos responsáveis legais para participação na pesquisa.

O primeiro grupo amostral foi composto por mulheres que expuseram seus relatos em *blogs* ou diários eletrônicos, por ser um espaço que possibilita à mulher externar suas experiências, vivências, dúvidas, angústias, dentre outras. A utilização de diários eletrônicos se justifica por ser uma ferramenta de amplo uso, a qual facilitou o alcance às participantes do estudo, garantindo o anonimato e respeitando a sensibilidade frente ao tema (FLICK, 2009). E diante disto, acreditou-se que uma grande diversidade e variedade de informações sobre o uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro seria encontrada.

Contudo, os dados provenientes destes *blogs* se mostraram insuficientes por si só para responder às questões e objetivos do estudo, assim como para a compreensão do fenômeno. Diante disto, a necessidade da formação do segundo grupo amostral emergiu da reflexão baseada na análise comparativa constante dos dados extraídos dos *blogs*.

Assim, a partir da necessidade de aprofundamento, optou-se por entrevistar universitárias, por serem mulheres que poderiam ter vivenciado ou estariam vivenciando situações que envolvem aborto inseguro e uso de métodos contraceptivos, e, além disso, pela facilidade de serem participantes que estariam ao nosso alcance, vindo na Universidade essa possibilidade, inclusive com o amparo da mesma, por ser sede do estudo. Deste modo, a indagação que deu origem ao novo grupo foi: “E se, as opiniões de mulheres universitárias, de diferentes cursos de graduação, expressarem significados diferentes sobre o uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro?”.

Ao analisar os dados do segundo grupo, comparativamente ao primeiro, decidiu-se por entrevistar mulheres universitárias apenas do curso de enfermagem, por serem participantes que vivenciam de alguma maneira, seja na prática ou teoria, as questões relacionadas ao objeto de estudo, além de serem mulheres que estão inseridas no meio de formação do desenvolvimento do estudo. A indagação que deu origem ao terceiro grupo foi: “Será que mulheres jovens, estudantes do curso de enfermagem, por vivenciarem diretamente, seja em campo prático ou teórico, as questões e os desdobramentos relacionados aos métodos contraceptivos e aborto, expressam os mesmos significados?”.

A formação de novos grupos amostrais foi complementando e consolidando as categorias à medida que avançavam. Para todos os grupos amostrais, foram excluídas participantes que estivessem com a matrícula trancada durante a coleta e análise de dados ou ausentes devido à licença-médica, o que inclui licença-maternidade e quaisquer outros tipos de afastamentos por condições de saúde. Vale ressaltar que, no que se referem aos achados

dos *blogs*, nenhum tipo de comentários de outras pessoas, imagens ou informações adicionais foram consideradas.

Deste modo, o estudo contou, inicialmente, com a participação de 10 mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, selecionadas através da busca nos *blogs*, que em sua maioria, já engravidaram pelo menos uma vez e que utilizam a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional como métodos contraceptivos. Além disso, participaram 13 mulheres universitárias, na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo em sua maioria nuligestas e que utilizam os mesmos métodos contraceptivos.

Cabe pontuar que, foi utilizada a letra “G” para identificação do grupo amostral sucessivo do número 1, 2 ou 3, seguida da letra “R” de relato de *blogs* ou “P” de participante do grupo focal e o número referente, como por exemplo, G1R1, G2P3, G3P2, etc. Totalizando, assim, 23 mulheres que compuseram a amostra final deste estudo, sendo caracterizadas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Caracterização das mulheres participantes do estudo

Identificação	Idade	História Reprodutiva	Curso de graduação	Métodos contraceptivos utilizados
G1R1	28	GIII PI AII	Não se aplica	Pílula anticoncepcional
G1R2	21	Não informado	Não se aplica	Não informado
G1R3	29	GII PII A0	Não se aplica	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G1R4	28	Não informado	Não se aplica	Pílula anticoncepcional
G1R5	18	GI P0 AI	Não se aplica	Não informado
G1R6	22	GI P0 AI	Não se aplica	Não informado
G1R7	27	Não informado	Não se aplica	Pílula anticoncepcional
G1R8	18	GI P0 AI	Não se aplica	Não informado
G1R9	21	Não informado	Não se aplica	Não informado
G1R10	22	GI P0 AI	Não se aplica	Não informado
G2P1	26	G0 P0 A0	Enfermagem	Pílula anticoncepcional
G2P2	26	G0 P0 A0	Medicina	Camisinha masculina
G2P3	24	GI P0 AI	Medicina	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G2P4	29	G0 P0 A0	Educação Física	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G2P5	21	G0 P0 A0	Direito	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G2P6	22	G0 P0 A0	Publicidade e Propaganda	Nenhum
G2P7	26	G0 P0 A0	Psicologia	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G3P1	22	G0 P0 A0	Enfermagem	Nenhum
G3P2	23	G0 P0 A0	Enfermagem	Nenhum
G3P3	27	GI PI A0	Enfermagem	Camisinha masculina
G3P4	26	G0 P0 A0	Enfermagem	Camisinha masculina
G3P5	21	G0 P0 A0	Enfermagem	Pílula anticoncepcional e camisinha masculina
G3P6	20	G0 P0 A0	Enfermagem	Camisinha masculina

Fonte: A autora, 2019.

### 3.4 Estratégias de coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de duas estratégias: análise documental das páginas dos *blogs* e grupo focal presencial, sendo explicitadas didaticamente por meio de duas etapas:

#### 3.4.1 Primeira etapa

Neste primeiro momento de coleta de dados, foram selecionados *blogs* encontrados utilizando a expressão “métodos contraceptivos *AND* aborto inseguro *AND* relatos”. Foram utilizados os seguintes critérios:

- a) Os *blogs* deveriam ser publicamente acessíveis e não requererem qualquer *login* ou senha para acesso ao conteúdo;
- b) Os *blogs* deveriam conter experiências ou relatos pessoais de mulheres relacionados ao objeto de estudo;
- c) Os *blogs* deveriam estar no idioma português.

Optamos pelo não uso do consentimento informado, tendo em vista que o estudo envolveu observações naturalísticas em ambientes públicos, no caso a internet (Art. 6º, I, Resolução CFP nº 016/2000). Destacamos que os dados obtidos somente foram utilizados para fins de pesquisa.

Vale ressaltar que, a busca se deu nos meses de agosto a dezembro de 2019, sendo realizada através de duas fases: a primeira correspondeu à seleção dos *blogs* e a segunda à inclusão dos relatos. A primeira fase consistiu na realização da busca pelo termo: “métodos contraceptivos *AND* aborto inseguro *AND* relatos”, no buscador Google® (versão brasileira), escolhido por corresponder ao mais significativo site de buscas da internet, de acordo com Cruz e Hernández (2008). Foram selecionadas as 10 primeiras páginas de resultados do Google®, contendo, cada uma delas, 10 *sites* ou *blogs*, o que totalizou 100 *sites* e *blogs*, optou-se por esse número para realizar uma restrição do material.

Os dados foram extraídos e sistematizados em um quadro sinóptico, contendo a identificação do *blog*, idade e síntese dos dados extraídos dos relatos. Este quadro foi

desenvolvido a fim de guiar a coleta e facilitar sua análise, totalizando 8 *blogs* e 10 relatos de mulheres selecionados nesta primeira etapa de coleta dos dados.

Quadro 2 - Sistematização dos dados extraídos dos *Blogs*

Identificação	Síntese dos dados extraídos dos relatos
G1R1	Mesmo fazendo uso de métodos contraceptivos pode acontecer uma gestação indesejada; A mulher é livre, porém lamenta pela vida tirada.
G1R2	Cabe à mulher e ao casal tomar a decisão sobre o melhor método.
G1R3	É escolha de cada mulher tomar ou não anticoncepcional; É preciso informação para decidir sobre o melhor método.
G1R4	A responsabilidade sobre uma gestação não planejada e anticoncepção fica na mão das mulheres.
G1R5	A falta de informação sobre como saber evitar uma gravidez, fez com que precisasse abortar.
G1R6	A responsabilidade sempre recai sobre a mulher; Sentindo medo em estar fazendo algo ilegal, somado ao medo de abortar, porém é preciso pensar no futuro e decidir sobre seu próprio corpo.
G1R7	É um absurdo quem diz que só engravida quem quer.
G1R8	Culpa recai sobre a mulher por ter engravidado; Sangrando por mais de um mês até buscar assistência.
G1R9	O aborto tem que ser um direito da mulher.
G1R10	Levando uma “dura” no hospital porque aborto era crime.

Fonte: A autora, 2019.

### 3.4.2 Segunda etapa

Além da coleta no meio *online* através dos *blogs*, foram desenvolvidos dois grupos focais com mulheres universitárias, compreendendo a segunda etapa de coleta de dados da pesquisa. Entende-se como grupo focal, a técnica de coleta de dados cuja principal fonte de informação é o processo de interação grupal e o que resulta dessa interação.

Constitui-se a partir de um grupo de participantes reunidos com a finalidade de conversar, debater, ouvir, refletir e tudo o que possa surgir a partir deste encontro, de maneira despretensiosa, a respeito de um determinado assunto ou tema (BIEHL; PRESTES; GRISCI, 2018). Um grupo que se situa em um intervalo entre 6 a 15 participantes é geralmente recomendável, contudo, há uma tendência em constituir grupos menores, constituídos de 5 a 7 pessoas, denominados de minigrupos (DEBUS, 1997; DALL’AGNOL; TRENCH, 1999).

Para auxiliar na condução do grupo focal, foi utilizado um roteiro semiestruturado, denominado guia de temas, o qual consiste em um compilado dos objetivos e das questões a

serem abordadas, bem como as questões norteadoras da sessão (DEBUS, 1997) (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Além disso, utilizou-se uma ficha com perguntas fechadas, visando à caracterização das participantes do estudo, contendo nome (apenas iniciais), idade, histórico reprodutivo e métodos contraceptivos utilizados.

Atendendo às orientações da literatura, foram agregados ao grupo um observador e um moderador. A função do observador é identificar comportamentos relevantes dos participantes e proceder às observações em caderno específico para esse fim, já o moderador será responsável por conduzir as reflexões e discussões provenientes do grupo (DONATI; DELIBERATO, 2018). No presente estudo, o papel de moderador foi desenvolvido pela pesquisadora principal e o de observadora por uma mestrandia em enfermagem pertencente ao mesmo programa de pós-graduação da pesquisadora.

O recrutamento das participantes dos grupos focais ocorreu através da rede social conhecida como *Instagram*, a partir de uma publicação no formato de um convite virtual no perfil/conta pessoal da pesquisadora, expondo os critérios de inclusão e o objeto de estudo. Esta publicação impulsionou a manifestação de interesse por parte das mulheres que faziam parte dos critérios de inclusão, e a partir disto, foi organizado um grupo de interesse no *WhatsApp*, no qual estas mulheres foram esclarecidas acerca dos objetivos do estudo e foi reforçado o convite para a participação no mesmo.

Vale pontuar que as mulheres que não aceitaram participar do estudo, independentemente do motivo, não permaneceram no grupo de interesse no *WhatsApp*. Nesta fase de recrutamento, por meio deste grupo, foi solicitada indicação de local e horário de preferência para a sessão grupal, tendo a pesquisadora proposto a realização do grupo nas dependências físicas da Universidade sede da pesquisa.

O encontro para realização do grupo foi agendado de acordo com a disponibilidade de horário das participantes e realizado em local reservado nas dependências físicas da universidade sede da pesquisa, uma vez que todas concordaram com a sugestão da pesquisadora quanto ao local.

A escolha do local tem fundamental importância na adesão dos participantes, portanto, é necessário estabelecer um ambiente propício às interações (KINALSKI et al., 2017). No dia agendado para realização do grupo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e somente após a assinatura do mesmo, foi dado início com auxílio de um gravador eletrônico.

Os encontros grupais aconteceram nos meses de outubro e novembro de 2019, com a participação de sete participantes no primeiro grupo e seis no segundo, que correspondem ao segundo e terceiro grupo amostral, respectivamente. As sessões grupais foram operacionalizadas, conforme os momentos-chave sistematizados no quadro de Kinalski et al. (2017), a seguir:

Quadro 3 – Momentos-chave das sessões grupais

	Sessões de Grupo Focal	
	1° Grupo Focal Total de participantes: 7 Duração: 1 hora e 13 minutos	2° Grupo Focal Total de participantes: 6 Duração: 50 minutos
<b>Abertura da sessão</b>	Boas vindas, agradecimento pela participação, apresentação da moderadora e observadora, assim como os objetivos da pesquisa.	
<b>Apresentação dos participantes entre si</b>	Foi utilizada uma dinâmica de apresentação com as participantes posicionadas em círculo, em que elas deveriam dizer o seu nome e alguma característica de sua personalidade, por exemplo, timidez, humor, dentre outras.	
<b>Esclarecimentos acerca da dinâmica grupal</b>	Informações acerca do desenvolvimento da sessão e guia de temas.	
<b>Estabelecimento do setting</b>	Acordou-se que os grupos teriam duração máxima de 1 hora e 30 minutos e que seriam evitadas conversas paralelas e uso de celulares durante os mesmos. Além disso, foi reforçado o compromisso ético bilateral entre participantes e pesquisadores, bem como o respeito à fala de cada participante ao longo da discussão grupal. Por fim, houve assinatura do TCLE e preenchimento da ficha de caracterização pelas participantes.	
<b>Debate (guia de temas)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conte-me o que significa, para vocês, métodos contraceptivos?</li> <li>2. Conte-me o que significa, para vocês, prevenção de aborto inseguro?</li> <li>3. Conte-me o que significa, para vocês, uso de métodos contraceptivos como uma estratégia de prevenção do aborto inseguro?</li> </ol> <p><u>Tópicos abordados:</u> Escolha e acesso ao planejamento reprodutivo, aborto inseguro (medos, expectativas, motivos), autonomia da mulher e efetividade das políticas públicas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conte-me o que significa, para vocês, métodos contraceptivos?</li> <li>2. Conte-me o que significa, para vocês, prevenção de aborto inseguro?</li> <li>3. Conte-me o que significa, para vocês, uso de métodos contraceptivos como uma estratégia de prevenção do aborto inseguro?</li> </ol> <p><u>Tópicos abordados:</u> Escolha e acesso ao planejamento reprodutivo, aborto inseguro (medos, expectativas, motivos), autonomia da mulher, efetividade das políticas públicas, responsabilização/culpabilização da mulher e acesso à informação sobre métodos e aborto dada pelos profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros.</p>
<b>Síntese</b>	Retomada e validação das ideias centrais da discussão participativa.	
<b>Encerramento da sessão</b>	Agradecimento pela participação e lanche.	

Fonte: A autora, 2019.

### 3.5 Análise dos dados

O processo de análise dos dados oriundos dos *blogs* e dos grupos focais baseou-se nos pressupostos teórico-metodológicos do Interacionismo Simbólico e da *Grounded Theory*. Este processo chama-se análise comparativa constante, o qual possibilita ao pesquisador alterar o foco de atenção e buscar outras direções, a partir dos dados coletados (DANTAS et al., 2009).

A saturação dos dados ocorreu quando não se percebeu informação nova nos dados oriundos dos *blogs* e dos grupos focais com relação ao foco do estudo. Deu-se também pela percepção de interação entre as entrevistas, de modo a se completarem umas às outras (GLASER, 1978).

A análise de dados seguiu os pressupostos da *Grounded Theory*. Esta metodologia utiliza o conceito de amostragem teórica, que permite ao pesquisador buscar dados em locais ou depoimentos que possam transmitir conhecimento acerca da realidade a ser estudada.

Deste modo, é possível a coleta de dados em mais de um campo ou, ainda, reestruturação do instrumento de coleta, com mudança nas perguntas ou na maneira como é questionada, buscando se aproximar do entendimento dos sujeitos participantes da pesquisa (DANTAS et al., 2009).

Neste tipo de abordagem não são especificados os quantitativos de sujeitos, e o mesmo é delimitado pelo princípio de saturação de dados, em que este quantitativo é estabelecido de acordo com o conteúdo e consistência dos dados provenientes da coleta. Deste modo, à medida que os dados são coletados, estes são submetidos à análise concomitante, buscando a saturação teórica, através da comparação constante dos dados. Além disto, o tratamento dos dados ocorre simultaneamente com a construção da revisão de literatura para que possa haver comparação entre os dados e a literatura disponível (DANTAS et al., 2009).

A *Grounded Theory* propõe que durante o encontro com as participantes da pesquisa, seja realizado o registro em *memos*, que são as notas de campo. Stern (1980) apresentou três tipos de registros, explicados didaticamente por Vargens (2000):

- a) Notas do pesquisador: como já descrito acima, a nota do pesquisador é o registro livre do pesquisador sobre suas impressões e observações pessoais durante toda a pesquisa, especialmente no momento em que os dados estão sendo coletados;

- b) Notas metodológicas: consiste no registro das ideias e estratégias que serão seguidas, testadas ou até mesmo excluídas no decorrer do processo de coleta e análise de dados. Desta forma, o pesquisador redimensiona o caminho a ser seguido no estudo para atingir seus objetivos;
- c) Notas teóricas: representam o registro das hipóteses que precisam ser testadas em seu desenvolvimento, como forma de buscar a construção do modelo teórico a partir dos dados, nortear o processo de seleção da amostragem teórica e, também, da busca seletiva da literatura. Além disto, pode também direcionar a obtenção de novos dados de acordo com a necessidade.

Cabe pontuar que neste estudo foram utilizadas, em maior escala, as notas do pesquisador e notas teóricas. As notas do pesquisador, por serem registros livres, auxiliaram na construção dos novos grupos amostrais, a partir de observações e *insights* da pesquisadora, como detalhes do contexto e expressões não verbais, que contribuíram para uma compreensão mais apurada dos dados emergentes.

Neste contexto, as notas teóricas nos auxiliaram a estabelecer conexões entre as notas do pesquisador e os conceitos já elaborados, a fim de chegar à categoria central do estudo. Diante disto, os passos seguintes deste processo, segundo Vargens (2000), são:

- a) Codificação: Procedimento no qual o pesquisador identifica o processo de acordo com o sistema de codificação aberta. Os dados são analisados linha por linha, sendo realizada, desta forma, a codificação substantiva. Vale ressaltar que foram encontrados 242 códigos preliminares, que consistiam nas próprias palavras das entrevistadas;
- b) Categorização: Procedimento que consiste na comparação dos dados codificados entre si e no agrupamento dos mesmos em categorias. Neste estudo, os dados foram agrupados em cinco categorias, de acordo com o sentido existente entre eles. Este processo encontra-se demonstrado didaticamente ao final do estudo (APÊNDICE E);
- c) Construção de conceitos: Procedimento em que o pesquisador identifica os problemas principais na cena social, a partir da visão dos interagentes e como os mesmos lidam com tais problemas. Assim, através da comparação dos dados, o pesquisador direciona sua escolha e seleção de acordo com a

relevância dos problemas identificados no contexto da pesquisa. A partir disto, emergem as hipóteses, oriundas, portanto, dos dados;

- d) Desenvolvimento de conceitos: Consiste na etapa em que há expansão e densificação da teoria emergente através dos procedimentos de Redução: comparação das categorias construídas entre si, buscando inter-relações ou conexões entre elas. Nesta etapa, são descobertos os processos variantes que, por sua vez, explicam a ação; Amostra seletiva/amostragem teórica: nesta etapa ocorre busca de dados adicionais, que são coletados de forma dirigida, com finalidade específica de elaboração de hipóteses ou de propriedades de categorias principais. Isto permite que as categorias se tornem expandidas, dimensionadas e limitadas.
- e) Modificação e integração de conceitos: Consiste na comparação dos conceitos emitidos ao longo do estudo, com o objetivo de encontrar sua relação. É importante salientar que, novamente, os conceitos relatados são comparados com os dados para a sua validação;
- f) Relatório do estudo: Consiste na apresentação da teoria substantiva apoiada nos dados, que acontece após o pesquisador finalizar todas as etapas descritas acima. É o relatório da pesquisa.

### 3.6 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução 510/2016, a utilização de dados de internet para pesquisa, encontra-se em processo de expansão, deste modo, aspectos éticos devem ser levados em consideração, mesmo quando os *blogs* utilizados forem oriundos de *sites* de acesso público. Neste estudo, questões éticas como privacidade, confidencialidade e outros princípios, foram consideradas através do cuidadoso tratamento dos dados, a fim de manter o anonimato das mulheres autoras dos *blogs*, objetivando não expor o conteúdo de forma direta.

Para a realização do grupo focal, também foram respeitados todos os aspectos éticos, ou seja, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o parecer n° 3.450.251. As participantes assinaram o TCLE, cujo objetivo foi autorizar a participação voluntária na pesquisa após a explicação completa

sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e possíveis riscos como preconizado pela Resolução nº 510/2016 e Resolução 466/2012.

A realização do grupo focal implicou em alguns riscos, advindos de possíveis constrangimentos e mobilizações emocionais que a participante poderia demonstrar. Os riscos foram minimizados diante de qualquer indício de que o encontro pudesse estar causando os desconfortos citados acima, contudo, não houve desconforto ou problemas relatados pelas participantes relacionados à condução do grupo.

Além disso, a confidencialidade e a privacidade das participantes da pesquisa foram asseguradas por meio de local reservado para realização do grupo focal e através da não divulgação dos nomes das participantes, sendo utilizada a letra “G” para identificação do grupo amostral sucessivo do número 1, 2 ou 3, seguido da letra “R” de relato de *blogs* ou “P” de participante do grupo focal e o número referente, como por exemplo, G1R1, G2P3, G3P2, etc.

A pesquisadora se compromete a manter armazenado o material gravado em dispositivo do tipo CD, guardando-o em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora, por um prazo de cinco anos, resguardando o direito das participantes de autonomia e privacidade. Após prazo estabelecido o material será descartado através da quebra do dispositivo.

## 4 RESULTADOS

Nesta sessão, estão expostas as categorias oriundas da coleta e análise dos dados deste estudo, com suas respectivas subcategorias. De maneira concomitante, os achados foram coletados e analisados a partir da ótica do Interacionismo Simbólico.

### 4.1 Categoria 1: Dando sentido ao uso de métodos contraceptivos

Nessa categoria, denominamos como subcategoria 1 os significados apontados pelas mulheres acerca dos métodos contraceptivos, sendo divididas em outras duas subcategorias subsequentes de análise, a fim de, evidenciar o desconhecimento ou ausência de informações sobre os métodos contraceptivos e a consequente submissão ao método oferecido pelo profissional de saúde.

#### 4.1.1 Subcategoria 1 – Significando métodos contraceptivos a partir do senso comum

As mulheres deste estudo expressaram, inicialmente, que os significados de métodos contraceptivos estão relacionados diretamente com a prevenção de uma gestação.

[...] A primeira coisa que vem na minha cabeça quando falo de algum método contraceptivo é isso, seja um remédio ou coito interrompido para prevenir a gravidez (G2P5).

Eu acho que o pensamento imediato é: vou evitar uma gravidez (G2P5).

Quando a gente fala de métodos, a gente pensa em prevenir a gravidez (G3P2).

A maioria das mulheres só pensa em não engravidar e usam os métodos pra isso (G3P6).

Neste contexto, as mulheres relataram que os métodos contraceptivos vão criar uma barreira ou um impedimento da gestação ocorrer, evitando assim, uma possibilidade de gravidez indesejada e/ou interferindo no processo de engravidar.

É tudo que vai criar uma barreira pra você não engravidar (G2P2).

[...] Impedindo no caso, falando grosseiramente, o esperma de chegar aonde ele tem que chegar, que no caso é o óvulo, pra fecundar e gerar a vida (G2P3).

Eu acho que os métodos vão prevenir a gravidez indesejada [...]. Acho que é qualquer coisa que auxilie nesse processo (G2P5).

Você interrompe uma possibilidade de ter uma gravidez indesejada (G2P6).

Qualquer coisa que interfira nesse processo de engravidar (G3P1).

Ao expressarem estes significados, algumas participantes relacionaram o uso de métodos contraceptivos não somente à prevenção da gestação, mas também à prevenção de doenças ou infecções sexualmente transmissíveis. Vale destacar que, estes significados foram atribuídos apenas pelas participantes do terceiro grupo amostral, composto por acadêmicas do curso de graduação em enfermagem.

Acho que o método contraceptivo vai impedir uma gestação indesejada, mas também prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis (G3P4).

Alguns vão prevenir contra DST (doença sexualmente transmissível) e contra gravidez, por exemplo, a camisinha (G3P2).

Acho que o método contraceptivo vai impedir uma gestação não desejada, mas também prevenir contra as IST's (infecções sexualmente transmissíveis) (G3P1).

Todos os métodos vão prevenir a gravidez, mas nem todos vão prevenir contra doenças (G3P5).

Além disso, observou-se que algumas mulheres relacionaram os significados de métodos contraceptivos a questões que perpassaram o sentido de prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Uma participante expôs que os métodos contraceptivos também são utilizados para que a mulher possa ter um filho no momento oportuno, ou seja, estaria relacionado também ao planejamento reprodutivo. Ademais, para outra participante, os métodos contraceptivos foram criados também pensando no cuidado com a saúde da mulher.

A gente usa os métodos pra poder evitar uma gestação e ter um filho no momento certo (G3P1).

Não é só uma barreira pra impedir a gravidez. Eu acho que o método contraceptivo além de prevenir a gravidez, ele também foi criado pensando na saúde da mulher, visando esse cuidado com a mulher (G2P3).

#### 4.1.2 Subcategoria 2 – Não recebendo informação durante a consulta com o profissional de saúde

Diante dos significados atribuídos aos métodos contraceptivos, as entrevistadas referem que há falta de acesso à informação sobre os mesmos, evidenciando que as diferentes possibilidades/tipos de métodos contraceptivos, bem como seus riscos e benefícios, não são passados pelo profissional de saúde durante a consulta.

Eu acho que há falta de informação sobre os métodos (G2P6).

[...] Nem eu mesma, que estudo medicina, conheço todos os métodos (G2P4).

Eu acho que existem vários métodos contraceptivos, mas não é passado pra gente na consulta [...]. Têm muitos métodos e a gente não sabe (G2P3).

[...] Não existe falar quais são os riscos ou benefícios de cada método (G2P1).

Têm muitos métodos que a gente ouve falar e gostaria de conhecer (G3P5).

A gente não consegue ter acesso a todos os métodos (G3P4).

Quando você não tem informação, você vai pegar o que o profissional vai te oferecer [...]. Eu acho que precisa ter mais acesso à informação sobre os métodos contraceptivos (G3P1).

Ao abordarem sobre a maneira de utilização dos métodos contraceptivos, elas mencionaram que muitas vezes, as mulheres acabam tendo uma gestação indesejada por desconhecer como utilizar corretamente o método contraceptivo, visto que estas informações não são transmitidas de maneira adequada pelo profissional de saúde.

Existem experiências de pessoas até próximas que falharam com o método contraceptivo por falta de informação e acabaram tendo uma gestação indesejada (G2P1).

[...] Uma conhecida minha só tomava a pílula no dia que ela ia transar, porque ela achava que era assim. [...] Às vezes o profissional de saúde não explica mesmo (G2P7).

Por falta de informação, o método que ela usava falhou e aí ela engravidou (G2P1).

Você chega ao médico e ele já te dá a pílula, mas e daí, o que eu faço com isso? (G1R10).

Neste contexto, as entrevistadas evidenciam que falta acesso a informação não só sobre as possibilidades/tipos de métodos e a maneira correta de utilizá-los, mas também sobre os assuntos relacionados à sexualidade, reprodução e contracepção, seja antes, durante ou depois de uma gestação.

Existe muita desinformação sobre contracepção, doenças sexualmente transmissíveis e qualquer assunto ligado à sexualidade (G1R4).

A gente vê muitas mulheres que não têm nenhum acesso à informação sobre nada desses assuntos de reprodução (G3P4).

A gente tem falta de informação em todas as etapas: antes, durante e depois de engravidar (G2P6).

Diante disto, elas expõem que a mulher precisa ter mais acesso à informação e que isso já faz toda diferença. Assim, para elas, as políticas públicas e o sistema de saúde deveriam estar voltados para fornecer uma melhor distribuição dos métodos contraceptivos, bem como fornecer orientações, uma vez que a mulher precisa estar informada para decidir pelo melhor método.

As políticas públicas deveriam ser voltadas para explicar para ela como funciona e como ela deve usar os métodos (G3P1).

Deveria ter uma melhor distribuição de métodos contraceptivos e orientação (G3P1).

Se você tem um mínimo de acesso a essas informações, já faz toda diferença (G3P3).

Se a gente tivesse informação de como prevenir, ou informação de como lidar ou uma ajuda do sistema de saúde em todas as etapas, pra mulher seria uma coisa muito mais leve (G2P3).

Nós mulheres precisamos de informação para decidir sobre o método (G1R3).

Cabe ressaltar aqui que, as participantes do terceiro grupo amostral, expuseram que por serem profissionais de área da saúde em formação, se encontram em situação privilegiada no que diz respeito ao acesso à informação e ao uso dos métodos contraceptivos. Elas demonstraram que faz diferença ser profissional da área da saúde, em um contexto social que a grande maioria da população é leiga nesta temática.

A gente está até em uma situação de privilégio por sermos da área da saúde [...]. Nós temos acesso não só aos métodos, mas também de como usar esses métodos (G3P4).

Nós, profissionais da saúde, sabemos como usar os métodos (G3P6).

Por a gente ser profissional da saúde têm diferença (G3P2).

Acho que faz toda a diferença a gente não ser leiga. Eu usei por muitos anos um anticoncepcional injetável, mas depois quando eu comecei a estudar eu achei melhor não usar mais nada hormonal e preferi ficar só na camisinha (G3P3).

A sociedade no geral é leiga com relação ao conhecimento dos métodos (G3P1).

Quando a gente entra na faculdade e não se torna mais leiga. O seu olhar muda (G3P4).

#### 4.1.3 Subcategoria 3 – Percebendo que as mulheres não têm poder de escolha sobre os métodos contraceptivos: sendo induzida pelo profissional de saúde

Neste contexto, as participantes deste estudo revelaram que a escolha do método contraceptivo deve corresponder com a vontade da mulher, e neste sentido, ela deve ser livre para decidir o que for melhor para seu corpo, optando assim, pelo método mais confortável para a mesma ou para o casal. Desta maneira, de acordo com as entrevistadas, o uso do método contraceptivo deve ser pautado em uma escolha livre e que transmita segurança para a mulher.

A escolha do método vai de acordo com o que a mulher se sentir mais confortável (G2P3).

A mulher deveria ser livre pra decidir sobre o seu corpo (G1R1).

O melhor método é o que se adequa ao casal e ao período de vida da mulher (G1R2).

Não é o médico que tem que escolher o método [...]. A mulher é especialista dela mesma (G1R4).

Tomar ou não anticoncepcional deve ser uma escolha de cada mulher (G1R3).

Ela tem que usar o método que ela mais se sentir segura (G2P4).

Contudo, elas demonstram que, na prática, a escolha do método contraceptivo sofre influência direta do profissional de saúde. As mulheres deste estudo expressaram que geralmente o primeiro método contraceptivo é aquele em que o profissional a induz a escolher, sendo o método escolhido pra ela e não por ela.

Eu acho que muitas vezes o nosso primeiro método nunca é o método de escolha (G2P1).

O primeiro método é aquele que você é induzido a escolher (G2P1).

Acho que muitas mulheres não têm escolha quanto ao tipo de método (G3P4).

Geralmente é o método escolhido pra ela (G3P2).

[...] Existe isso do médico influenciar, mas também tem o próprio parceiro (G2P3).

A menina vai ao ginecologista e ele já prescreve um anticoncepcional sem nem te perguntar (G3P3).

Assim, caracteriza-se como uma escolha pautada na submissão e no poder exercido pelo profissional de saúde, fazendo com que a mulher não tenha voz ativa no processo.

Eu meio que fui induzida a usar a pílula porque eu tinha muita cólica. Quando eu passei a ter vida sexual, eu tomei anticoncepcional também, mas não foi por escolha, fui novamente induzida. Então eu nem sabia quais eram as minhas outras opções, na verdade não foi uma escolha livre (G2P1).

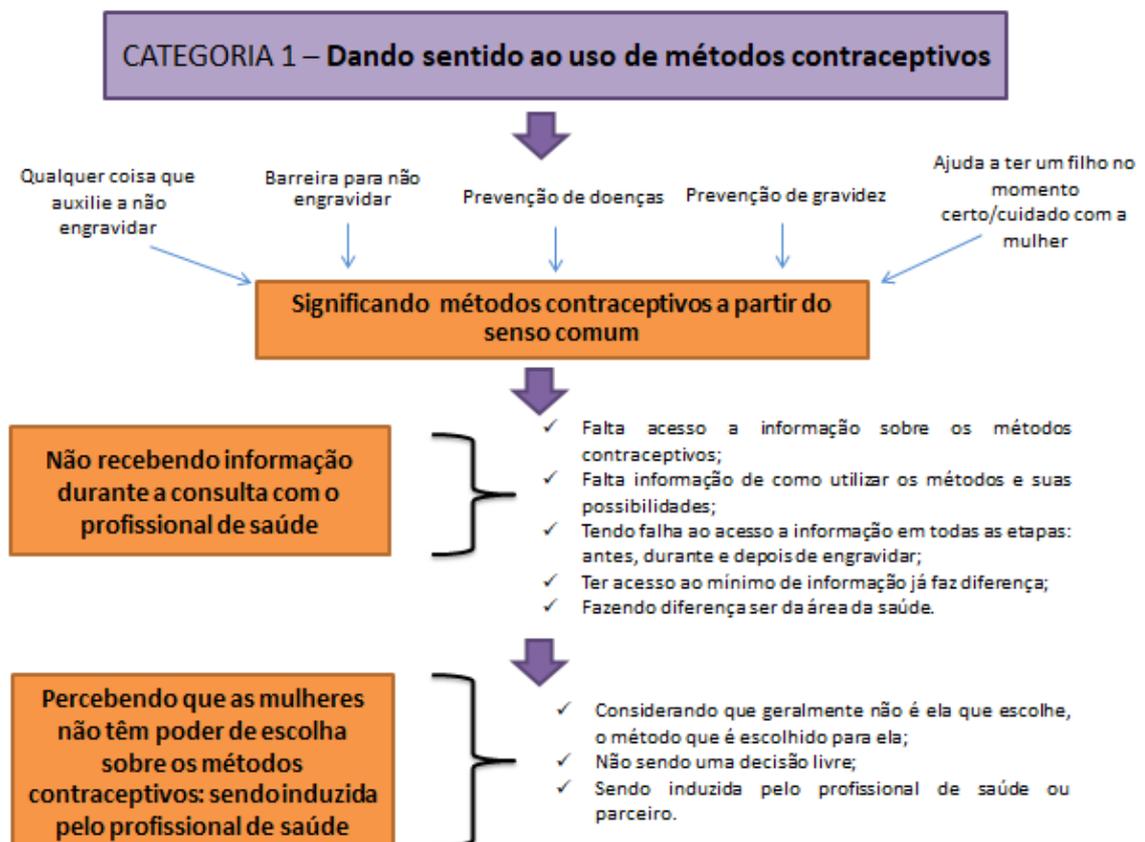
Eu queria parar com a pílula por um tempo, fui ao ginecologista e eu queria muito colocar o DIU de cobre. Ela falou “Não. Pra quê? Você é muito nova. Continua com a pílula”. E eu continuei (G2P7).

Quando você vai ao ginecologista a primeira opção é a pílula anticoncepcional (G3P1).

Eu vejo que grande parte da população não consegue nem escolher o que usar (G3P4).

Eu percebo que no geral as mulheres não têm esse poder de escolha sobre os métodos (G3P5).

Figura 2 – Diagrama representativo: Dando sentido ao uso de métodos contraceptivos



#### 4.2 Categoria 2: Significando aborto inseguro como algo ruim para a mulher

Inicialmente, ao serem indagadas sobre os significados de aborto inseguro, as participantes expuseram que a prática do aborto ainda é um tabu na sociedade, podendo ser mal visto ou até mesmo assustador, uma vez que destrói e faz mal ao corpo da mulher.

Abortar é mal visto (G2P7).

O aborto tem muito tabu (G3P5).

Acho que ainda é um tabu muito grande. Isso aqui no Brasil é uma questão bombástica [...]. Por ser ilegal, a gente não sabe muito (G2P1).

Eu acho que ainda é um tabu muito grande e é até um pouco assustador (G2P5).

É uma coisa que vai destruir o corpo dela (G2P6).

Para mim, o aborto faz mal ao organismo da mulher (G2P3).

Nesta conjuntura, elas revelam que um aborto inseguro seria aquele realizado em ambientes clandestinos ou com remédios ilegais, podendo gerar complicações graves para a mulher, até mesmo levar a morte. Contudo, elas evidenciam que, muitas vezes um aborto inseguro é realizado por ser a forma mais acessível para a mulher.

Diante disto, para elas, o aborto, sendo proibido ou não, está presente na sociedade e se constitui em um problema de saúde pública. Vale ressaltar que, duas participantes que passaram por um processo de aborto inseguro evidenciaram sentimentos de medo por estar fazendo algo ilegal, além de se sentirem mal consigo mesmas e serem criticadas/julgadas pelo serviço de saúde.

Aborto inseguro é quando ela faz um aborto com remédios que são proibidos ou em uma clínica clandestina e pode acabar morrendo (G3P5).

Quando a gente fala sobre aborto inseguro, a gente precisa avaliar também que você pode morrer né? Que você pode ter um quadro de septicemia, que é a sepse grave e que pode levar a mulher à morte (G2P3).

[...] Ela recorre ao aborto inseguro porque é o que é acessível pra ela naquele momento (G2P1).

A gente precisa entender que o aborto, proibido ou não, é um problema de saúde pública e ele existe (G2P7).

O medo de estar fazendo algo ilegal somado ao medo de abortar é horrível, me senti uma pessoa ruim por um tempo por ter feito um aborto (G1R6).

Fui imediatamente para a emergência de um hospital particular e contei o que tinha feito. Levei uma dura de que aborto era crime (G1R8).

No que tange a prevenção do aborto inseguro, através do uso de métodos contraceptivos, as mulheres relataram que o foco inicial da utilização de métodos contraceptivos estaria relacionado à prevenção da gravidez, e, além disto, uma participante menciona que as mulheres não possuem um pensamento estruturado de utilizar um método contraceptivo como prevenção de um aborto inseguro, e que essa forma de aborto, só seria pensada quando a concepção já acontecesse. Outra entrevistada refere que embora a utilização de métodos contraceptivos evite uma gestação e, conseqüentemente, um possível aborto, ninguém pensa ou age deste modo.

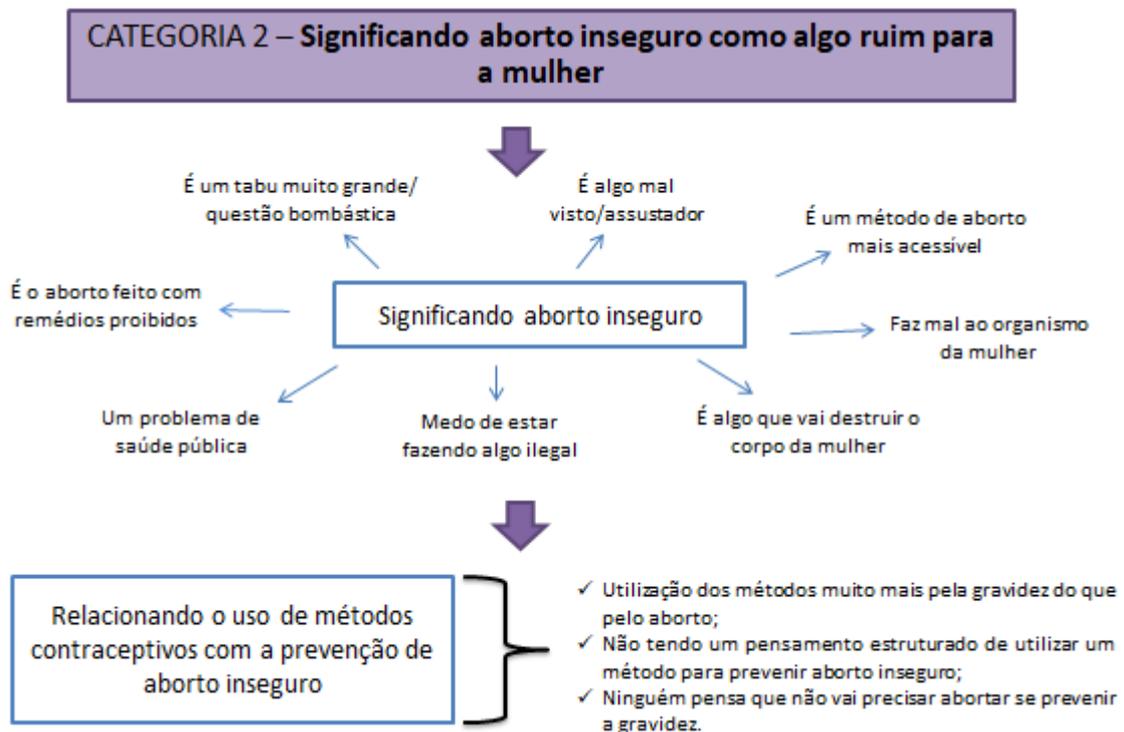
Eu acredito que as pessoas utilizam os métodos muito mais pela questão de gravidez do que pelo aborto (G3P6).

Eu acho que a gente não tem um pensamento estruturado assim de tipo: eu vou usar esse método pra evitar um aborto inseguro (G2P5).

A gente só vai pensar no aborto inseguro quando engravidar e não querer o bebê (G3P1).

Se você se previne, você não vai engravidar e conseqüentemente não vai precisar abortar, mas ninguém pensa nisso (G3P1).

Figura 3 – Diagrama representativo: Significando aborto inseguro como algo ruim para a mulher



### 4.3 Categoria 3: Dando-se conta de que a responsabilidade/culpa recai sob a mulher

Perante o exposto, podemos evidenciar, através das falas das participantes, sentimentos e/ou percepções de culpa e responsabilização sobre a mulher. Assim, a escolha do método contraceptivo e a prevenção de uma gestação indesejada, torna-se uma responsabilidade exclusivamente feminina, isentando o parceiro do processo e corroborando para a visão da mulher como um ser frágil e em posição de desvantagem perante o homem.

A responsabilidade da escolha do método cai toda pra você (mulher) (G2P7).

[...] A realidade é que a responsabilidade é toda da mulher (G2P2).

[...] No fundo sabia que a responsabilidade sempre cai em cima da mulher (G1R6).

Tudo recai sobre a mulher. No final tudo sobra pra mulher (G3P3).

A corda sempre arrebenta para o lado mais fraco (G3P5).

Acho que o contexto histórico que a gente vive sempre favoreceu a culpabilização da mulher em tudo. A gente sempre esteve em desvantagem (G3P4).

É uma responsabilidade em cima da mulher [...]. E isso hoje em dia é no mundo inteiro (G2P2).

A culpa pela gravidez indesejada é sempre da mulher [...]. Temos o problema que a responsabilidade da contracepção fica em grande parte nas mãos da mulher (G1R4).

Ele (o parceiro) te delega a responsabilidade da escolha do método. É como se a mulher tivesse feito sozinha (G2P6).

É como se fosse uma responsabilidade nossa evitar que a gestação aconteça, sabe? Eu acho isso uma pressão muito grande em cima das mulheres (G2P5).

Além disso, as mulheres evidenciam que a sociedade enxerga o papel de mãe e os cuidados relativos à criança como uma obrigação da mulher, desconsiderando a vontade da mesma em ser mãe ou não. Diante disto, para elas, a mulher não tem a opção de não querer a gestação ou não querer engravidar.

A sociedade foca na mãe como uma obrigação [...]. Se acontecer alguma coisa, todo mundo vai reclamar com a mãe e ninguém fala do pai [...]. O pai pode fazer alguma coisa de errado, mas mesmo assim a culpa vai pra mãe (G2P2).

Querendo ou não a sociedade ainda delega esses cuidados relativos à criança a mulher [...]. A sociedade cobra muito mais à mulher do que o homem de exercer esse papel de cuidador (G2P1).

Tudo recai sobre a mulher por causa dessa construção histórica que o homem é o chefe da família e que a mulher tem que ficar em casa e cuidar dos filhos (G3P2).

A gente pensa em um monte de motivo, mas desconsidera a própria vontade da mulher em querer ou não uma gestação. Não é porque muitas mulheres desejam colocar alguém no mundo que outras também querem (G2P1).

Normalmente ela não tem opção de não querer a gestação. Existe todo um tabu que a mulher acaba mantendo a gestação mesmo não querendo [...]. A sociedade torna como se não pudesse falar que não queria engravidar (G2P1).

Ainda neste âmbito no qual a mulher está inserida, as participantes mencionam o medo e a preocupação com os julgamentos. Para elas, esse medo ultrapassa a preocupação consigo mesma, seja na realização de um aborto em condições inseguras ou na descoberta de uma gestação indesejada.

As mulheres são julgadas porque é fruto do contexto social que a gente vive (G3P6).

As pessoas ficam muito preocupadas com a opinião da família (G2P6).

A gente fica muito preocupada com o julgamento social (G2P1).

[...] Eu acho que a mulher tem mais medo do externo do que de como ela vai se sentir. Pra mulher eu acho que o medo de ser julgada é maior do que o medo de morrer na mesa fazendo um aborto [...]. Eu teria essa consciência de que seria julgada (G2P6).

Existe muito discurso de julgamento sobre aborto inseguro (G3P4).

Se a pessoa faz um aborto sempre vai ter alguém apontando o dedo (G3P3).

Ser julgada por todo mundo porque fez um aborto [...]. Às vezes a menina tem mais receio de ser julgada do que de fato morrer em uma mesa fazendo um aborto (G2P2).

Eu tenho algumas amigas que já passaram por uma situação de descobrir que está grávida e se perguntarem o que fazer porque sabiam que iriam ser julgadas (G2P4).

Diante disto, as mulheres expressam que possuem mais medo de engravidar do que pegar uma doença sexualmente transmissível, uma vez que o julgamento social/familiar/do parceiro é muito maior nos casos de gestação indesejada ou de realização de aborto inseguro, decorrente de uma gestação não planejada. Assim, o medo de engravidar se sobrepõe a preocupação com a própria saúde.

A maior parte das minhas amigas tem mais medo de engravidar do que pegar uma doença sexualmente transmissível (DST) (G2P5).

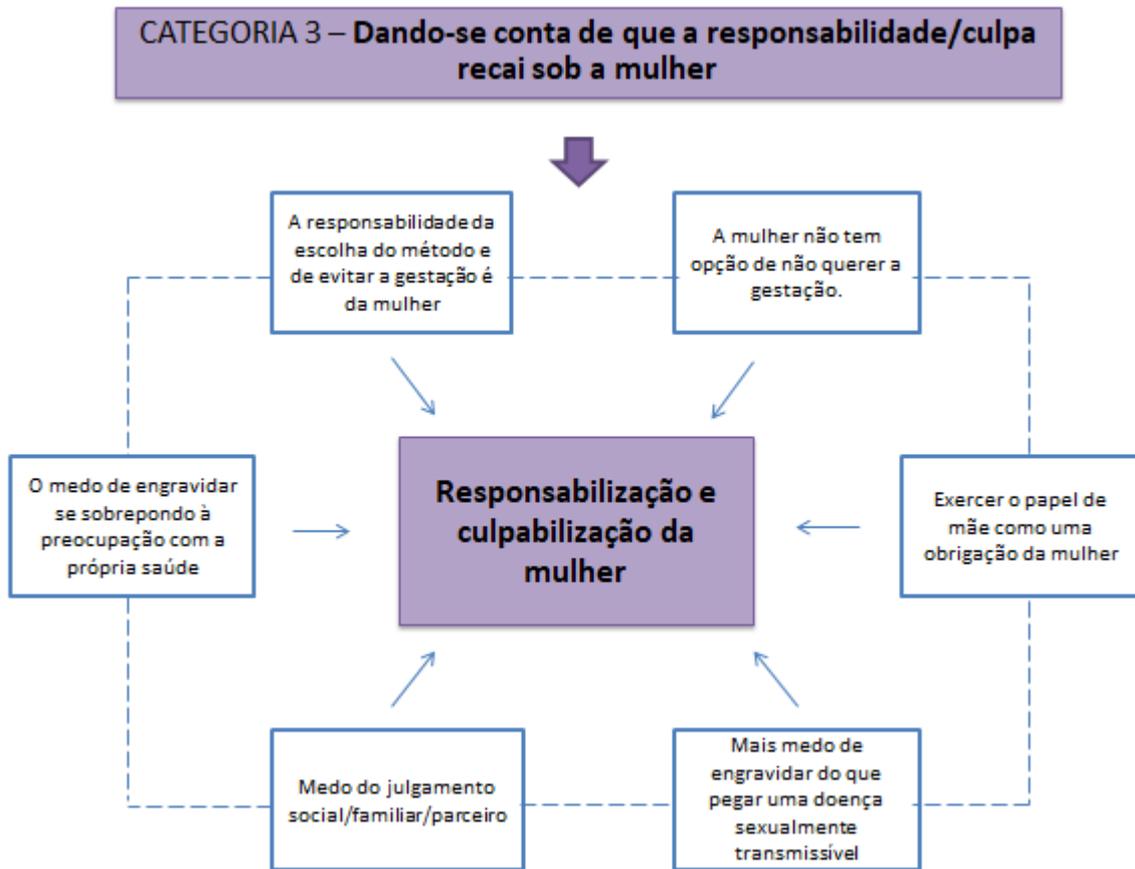
Têm muitas meninas que tem mais medo de engravidar do que pegar uma DST (G2P2).

Eu acredito que as pessoas pensam mais em evitar a gravidez do que pegar uma doença (G3P6).

As pessoas têm mais medo de engravidar do que pegar uma infecção [...]. O medo de engravidar sobrepõe até a preocupação com a própria saúde (G3P5).

O primeiro pensamento é que na DST eu consigo o tratamento rápido e ninguém vai me julgar por isso, mas a gravidez é pra vida toda (G2P2).

Figura 4 – Diagrama representativo: Dando-se conta de que a responsabilidade/culpa recai sob a mulher



Fonte: A autora, 2020.

## 5 INTERPRETANDO OS RESULTADOS À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

As categorias expostas anteriormente, de forma articulada, levaram à identificação da categoria central que norteia o modelo teórico explicativo como sendo: **Sentindo-se responsabilizada: a decisão de submeter-se ao uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro**. Para esta interpretação, tomaremos por base a representação esquemática da ação humana na perspectiva interacionista conforme proposto por Charon (1985), apresentada pela Figura 1 deste estudo.

A mulher, durante a sua vida, sofre ação de diversos fatores individuais em conjunto, tais como profissionais de saúde e consultas, *self*, mente e símbolos. Deste modo, no decorrer deste processo, é construído um conteúdo a partir de experiências passadas individuais e sociais sobre os significados de métodos contraceptivos, o que a faz considerá-los inicialmente como um meio de prevenir uma gestação. Neste contexto, elas também significam aborto inseguro como sendo, a princípio, um tabu social e prejudicial ao corpo da mulher.

Ao entrar na situação e defini-la para si, reconhecendo os objetos sociais, a mulher nota que não possui acesso à informação sobre os métodos contraceptivos, e nem o poder de escolha sobre eles, uma vez que, é induzida pelo profissional de saúde a escolher pelo método oferecido por ele durante a consulta. E neste contexto, ela percebe que mesmo não tendo autonomia e acesso para tomada de decisão, as mulheres são responsabilizadas e culpabilizadas pela sociedade diante de uma situação de gestação não planejada ou diante da prática de um aborto inseguro decorrente desta gestação indesejada.

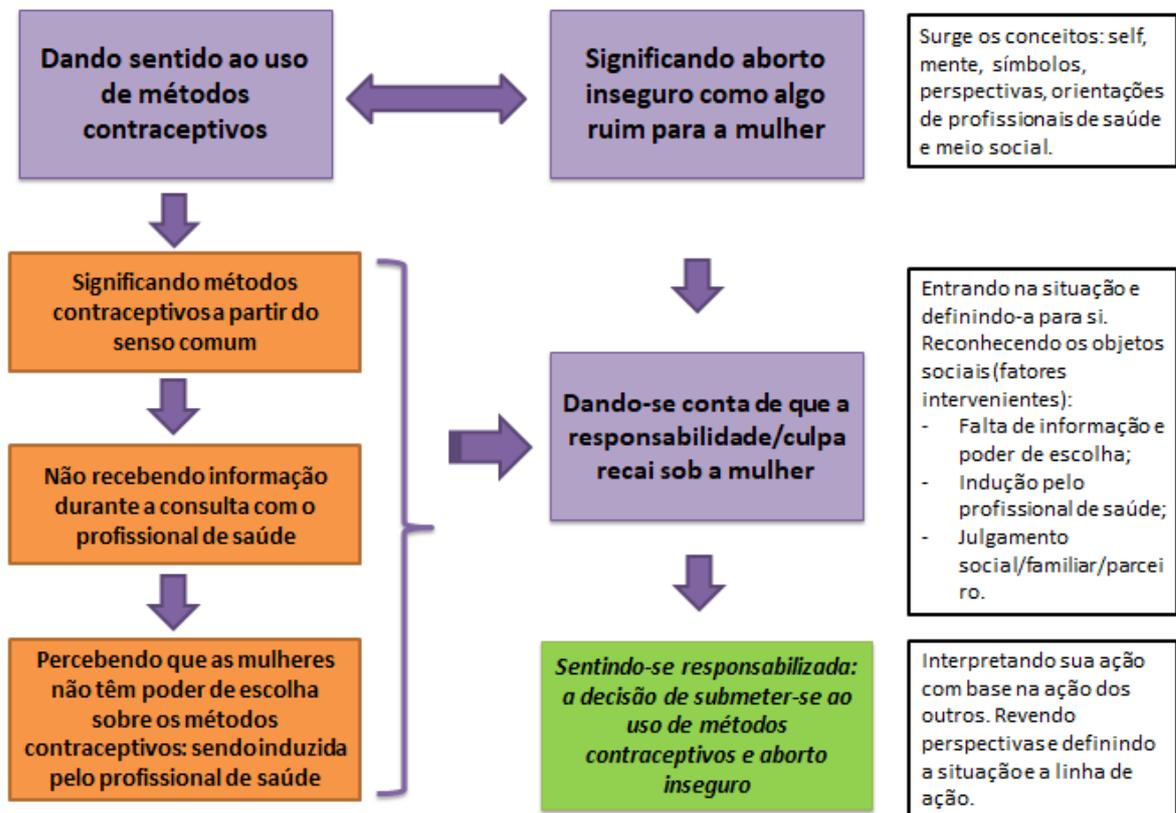
Observa-se nos resultados apresentados, que a concepção de responsabilização e culpabilização têm origem, através das interações e relações que as mulheres desenvolvem com os objetos sociais, os fenômenos e com as outras pessoas em seu núcleo social. Assim, as ações são determinadas a partir do contexto social no qual ela está inserida, ao chegar à situação, a mulher lança mão de suas experiências/referências passadas, mídias sociais, de suas relações com seu grupo social e com seu próprio contexto de socialização para definir para si mesma a situação em que se encontra (BLUMER, 1969; CHARON, 1985).

Neste contexto, os significados que as mulheres atribuem aos métodos contraceptivos e ao aborto inseguro, também podem ser modificados ao longo do processo de interação

(BLUMER, 1969). Inicialmente, elas significam os métodos contraceptivos como prevenção ou barreira de uma gestação, contudo, ao longo da relação e da interação com os objetos sociais, elas percebem que os métodos também são utilizados para planejamento reprodutivo e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O mesmo acontece nos sentidos atribuídos ao aborto inseguro, a mulher percebe que mesmo sendo um tabu e fazendo mal ao seu organismo, é o método mais acessível, e que se constitui em um problema de saúde pública, por ser ilegal.

A partir disto, a mulher determina sua linha de ação em relação aos objetos, “Sentindo-se responsabilizada: a decisão de submeter-se ao uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro”. Diante disto, a mulher interpreta suas ações à luz da ação do outro e também interpreta a ação do outro. E, assim, ela revê perspectivas, define a situação e a linha de ação. Desta forma, a mulher se submete, mesmo não tendo acesso à informação e não exercendo uma escolha livre sobre os métodos contraceptivos ou sobre a decisão por um aborto, além de se dar conta que a responsabilidade e a culpa recaem sobre ela.

Figura 5 – Diagrama representativo do processo de interação social



## 6 DISCUSSÃO

### NOTA DA PESQUISADORA

Vale ressaltar que, diante das diversas temáticas emergentes nos resultados, optamos por aprofundar nesta discussão as questões relacionadas à categoria central “Sentindo-se responsabilizada: a decisão de submeter-se ao uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro”, uma vez que, permite maiores reflexões no contexto deste estudo.

No Brasil, antes da elaboração do PAISM, em 1984, não havia uma política pública estabelecida no campo da assistência reprodutiva, sendo esta compreendida dentre as ações voltadas no âmbito da saúde da mulher. Em 1988, a Constituição Federal regulamentou o planejamento familiar, e, em 1996, o SUS passou a ter obrigação de assegurar a assistência contraceptiva em consonância com o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos (FERREIRA et al., 2019; BRASIL, 2013).

Assim, passou-se a adotar o termo planejamento reprodutivo em publicações do Ministério da Saúde, como substituto de planejamento familiar, por ser mais abrangente em relação a estes direitos (SANTOS et al., 2019). O planejamento reprodutivo constitui-se efetivamente em um direito, corroborando para uma prática sexual mais saudável e considerando as escolhas dos sujeitos, de acordo com suas necessidades individuais (FERREIRA et al., 2019).

No Brasil, a questão do planejamento reprodutivo e a ocorrência de gestação indesejada tem sido um assunto controverso e delicado, ao mesmo tempo em que o aborto continua sendo uma prática ilegal, embora realizado com frequência em condições inseguras (PENNA; BRITO, 2015; BRANDÃO et al., 2019). De acordo com a OMS (2013), as gestações indesejadas estão relacionadas a maiores complicações materno-fetais, mortalidade materna e abortos inseguros.

Embora algumas definições de planejamento familiar englobem a questão do aborto, em um estudo realizado com mulheres angolanas, observou-se que os serviços de planejamento familiar estão voltados para a prevenção da gravidez, através do uso de métodos contraceptivos e, portanto, não considerou a assistência ao aborto como parte da política de planejamento reprodutivo, sugerindo que contracepção é tratada como assunto independente do aborto (BLODGETT et al., 2018).

Em todo o mundo, no ano de 2012, 40% de todas as gestações não foram intencionais, 62% terminaram em aborto e 38% em nascimento. A proporção de gestações indesejadas na

Europa foi de 45% em seis países europeus (Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega, Suécia), 12% na Suécia e 22% na Espanha (GOOSSENS et al., 2016).

Diante disto, estima-se que, na África, 13% de todas as gestações indesejadas terminam em aborto induzido, das quais 97% são inseguros. O aborto inseguro ocorre quando os procedimentos são clandestinos e a disposição legal é restritiva (COAST; MURRAY, 2016).

Um aborto inseguro pode ser definido como um procedimento para o término da gestação, realizado por pessoas sem a capacidade e/ou em um local sem padronização para o desenvolvimento de práticas médicas (OMS, 2013). Neste sentido, a assistência ao aborto inseguro é regularmente suprimida dos serviços de saúde, inclusive os reprodutivos, resultando em um atendimento ineficaz às mulheres que vivenciam estas situações de abortamento (COAST; MURRAY, 2016).

Biswas et al. (2017) avaliam em seu estudo que, os serviços de aborto nos países em desenvolvimento, devem estar inclusos nos serviços de planejamento reprodutivo, a fim de otimizar o acesso à contracepção e aconselhamento pós-aborto. Uma vez que Goossens et al. (2016) afirmam que a maioria das gestações não planejadas são resultado do uso inconsistente, incorreto ou não uso de contracepção. Além disto, abordam que são vários os motivos que podem influenciar nesta prática, como por exemplo, o acesso aos métodos contraceptivos, conhecimento, influências do parceiro, constrangimento do profissional de saúde, dentre outros.

Neste contexto, foi estimada a ocorrência global de 56 milhões de abortamentos entre 2010 e 2014, sendo 54,9% destes realizados em condições inseguras. A análise de estimativas mundiais evidenciou que, proporcionalmente, o número de abortos inseguros aumentou de 44% em 1995 para 49% em 2008 (MACHIN et al., 2019).

As mulheres na África sofrem constantemente risco de vida decorrente da prática de abortos inseguros, sugerindo que o uso de métodos invasivos e/ou perigosos por indivíduos não treinados é comum nesta região do mundo. Em Madagascar, o aborto inseguro é um problema de saúde pública, sendo frequentemente realizados por meios invasivos, ocasionando graves problemas para a saúde das mulheres, sobretudo infecções (RATOVOSON et al., 2020).

Uma revisão com aproximadamente 70 estudos de 28 países estimou que, pelo menos 9% das mulheres hospitalizadas em decorrência de um aborto inseguro, apresentou

complicações, como hemorragia grave e até mesmo óbito, caso não fosse realizado atendimento hospitalar em tempo hábil (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018).

O aborto induzido continua sendo uma das experiências mais comuns de saúde reprodutiva e procedimentos cirúrgicos de mulheres nos Estados Unidos (STEINAUER et al., 2018). Sendo uma prática comum também em Bangladesh, onde há uma taxa de aborto estimada em 37 por 1000 mulheres em idade reprodutiva, em comparação com uma média de apenas 26 por 1000 no sul da Ásia. O código penal de Bangladesh restringe o aborto, exceto nos casos no qual a vida da mulher encontra-se em risco. Destaca-se que, 647.000 casos de abortos induzidos foram realizados em condições inseguras, ou seja, por pessoas não treinadas ou em condições não higiênicas (BISWAS et al., 2017).

Nos países em desenvolvimento, entre os anos de 2010 a 2014, cerca de 25 milhões de abortos inseguros ocorreram em todo o mundo. A proporção de abortos inseguros foi maior em países com leis altamente restritivas, apenas 13% dos casos ocorreu em países onde o aborto era legal, comparado com 75% em países onde o aborto foi completamente banido ou permitido apenas para salvar a vida da mulher (RATOVOSON et al., 2020). Assim, quanto mais restritivo o quadro jurídico, maior a proporção de abortos inseguros, variando de menos de 1% nos países menos restritivos a 31% nos países mais restritivos (SINGH et al., 2018).

No Japão, o aborto pode ser realizado sob a Lei de Proteção Materna, o qual é inicialmente proibido, contudo, é permitido em certas ocasiões, como antes da 22ª semana de gravidez, se o desenvolvimento da gestação for prejudicial à saúde da mãe, por motivos físicos ou razões econômicas. Além disto, é permitido o aborto em caso de gestação resultante de violência sexual, agressão física ou ameaça de vida (KOJO et al., 2017).

Neste contexto, o Uruguai foi o primeiro país da América do Sul a legalizar o aborto sem causa até a 12ª semana de gravidez, até a 14ª semana no caso de estupro e sem data devido a riscos à saúde da mulher ou anormalidades fetais. Na Argentina, desde 1921, a legislação engloba causas de não punibilidade do aborto, quando há risco à vida ou à saúde da mulher e quando a gravidez é decorrente de violência sexual (BOTERO; CARDENAS; ZAMBERLIN, 2019).

Sob esta perspectiva, observa-se que o risco envolvido na execução de um aborto inseguro é, predominantemente, vivido por mulheres de baixa renda e que não possuem acesso aos recursos médicos para o procedimento. Neste sentido, compreender com seriedade esse fenômeno pressupõe interpretá-lo como uma questão de cuidado em saúde, planejamento

reprodutivo e direitos humanos, e não como uma atitude imoral praticada por mulheres (BRASIL, 2009).

A vivência de um aborto inseguro para a mulher, representa algumas fontes de medo e riscos envolvidos com a clandestinidade desta prática. Lavelanet, Johnson e Ganatra (2020) abordam que o primeiro ponto é a decisão pela continuação da gravidez e ter um bebê, representando uma mudança de vida importante na vida da mulher. O segundo é o medo de complicações, como hemorragias ou até mesmo a morte. O terceiro é o medo de ser descoberta pelas autoridades legais ao realizar procedimentos de modo inseguro ou sofrer represálias em uma possível hospitalização.

Neste contexto, os fatores socioeconômicos, culturais e o estado de saúde da mulher se apresentam como fatores de risco para o aborto inseguro. Além disto, outras questões como lacunas na educação sexual e o uso inadequado de métodos contraceptivos também podem levar a mulher a vivenciar a experiência do aborto induzido (RATOVOSON et al., 2020).

Deste modo, em países onde o aborto é inseguro, as consequências para a saúde das mulheres são inúmeras, sobretudo para mulheres jovens. Embora a prática do aborto ocorra em distintas classes sociais, regiões do país, raças e credos religiosos, o perfil das mulheres que abortam de forma insegura é majoritariamente jovem, de baixa renda e escolaridade, negras, pardas ou indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do Brasil (BRANDÃO et al., 2020; FUSCO et al., 2016).

Nesta conjuntura, cerca de metade das mulheres jovens residentes das Regiões Sul e Sudeste do país que já abortaram declaram fazer uso de métodos contraceptivos, especialmente a pílula anticoncepcional, o que pode indicar sua utilização equivocada ou irregular. Apenas entre 9,5% e 29,2% de todas as mulheres que abortam não possuem filhos, um dado que leva a refletir sobre o aborto como um instrumento de planejamento reprodutivo, no caso de mulheres com filhos, quando os métodos contraceptivos falham ou não são utilizados de maneira adequada (BRASIL, 2009).

Em Madagascar, o aborto continua ocorrendo em larga escala apesar de sua natureza ilegal. Algumas medidas foram tomadas pelo governo para facilitar o acesso aos métodos contraceptivos através da aprovação da Lei de Planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva, no ano de 2017. Neste cenário, nos distritos em que havia atuação do serviço de planejamento reprodutivo, as taxas de aborto eram menores, o que sugere a necessidade de fortalecer ainda mais o acesso ao planejamento familiar, especialmente entre os grupos vulneráveis (RATOVOSON et al., 2020).

Neste contexto, gestações indesejadas e/ou não planejadas estão relacionadas ao aborto induzido de forma insegura, atraso no início do acompanhamento pré-natal, comportamento prejudicial durante a gravidez, aumento do risco de resultados adversos ao nascimento e saúde materna (GOOSSENS et al., 2016).

Em locais com maiores restrições ao aborto, as mulheres são mais propensas a relatar que dariam continuidade à uma hipotética gestação, pois quando leis e políticas criam obstáculos ao aborto, elas sentem dificuldade em exercer suas escolhas reprodutivas. Se as mulheres não têm opções legais, quando confrontadas com uma gestação não planejada, elas recorrerão a formas de lidar com isso (REEVES et al., 2018). Sendo assim, a trajetória reprodutiva de mulheres que passam pelo processo de aborto inseguro, está relacionada ao uso inadequado ou falha no método contraceptivo, sendo o recurso ao aborto uma opção atingível diante de uma gravidez indesejada (BRASIL, 2009).

O aborto inseguro pode mostrar-se como resultado da falta de conhecimento das mulheres sobre os métodos para evitar gravidez, além de déficit na educação sexual, parentalidade irresponsável ou deficiência da Atenção Primária em Saúde de promover o planejamento reprodutivo (FERREIRA et al., 2015).

As limitações enfrentadas pelas mulheres, especialmente as mais pobres e menos escolarizadas, para alcançar acesso aos métodos contraceptivos persistem e se constituem em justificativas comuns para interrupções e descontinuidades do uso de contraceptivos (LAGO et al., 2015).

Mulheres entre 15 e 24 anos apresentam altas taxas de gestação não planejada, ao mesmo tempo em que, mais da metade das mulheres nessa faixa etária deseja evitar a gravidez. Todavia, mulheres jovens com menos de 25 anos têm maiores taxas típicas de falha contraceptiva nos primeiros 12 meses de uso do que as mulheres mais velhas, além de altas taxas de descontinuação do contraceptivo (KRASHIN et al., 2015).

Altas taxas globais de gestação não planejada e aborto entre mulheres jovens demonstram a necessidade de maior acesso a serviços contraceptivos. Na África Subsaariana, a taxa de natalidade entre as idades de 15 a 19 anos é de 121 por 1000. Nos Estados Unidos, 24% das adolescentes de 15 a 19 anos engravidaram em 2010, o que permite revelar que a maioria das gestações entre mulheres jovens com 25 anos não é intencional (LOPEZ et al., 2016).

Pazol et al. (2015) discutem que a estabilidade do uso de métodos contraceptivos difere de acordo com a idade, e assim, os profissionais precisam considerar as diferenças

etárias e as singularidades ao lidar com mulheres sobre contracepção. Neste sentido, são inúmeras as dificuldades que circundam as práticas contraceptivas, como, por exemplo, falta de acesso regular e gratuito aos métodos, acompanhamento clínico, disponibilidade de diferentes métodos, condições de saúde e renda, parceiro fixo ou ocasional, existência ou não de filhos, dentre outros. Tais limitações tornam a adesão e escolha aos métodos contraceptivos mais restritos, corroborando para episódios de falhas, visto que as mulheres ficam mais vulneráveis à gravidez (BRANDÃO et al., 2020).

Em uma escala global, os anticoncepcionais hormonais estão entre os anticoncepcionais reversíveis mais populares. No entanto, as taxas de efetividade no uso típico para métodos de curto prazo, como contraceptivos orais e injetáveis, são muito menores. Em grande parte, essa disparidade reflete dificuldades na adesão ao método contraceptivo e baixas taxas de continuação. É vital garantir a eficácia do uso correto de contraceptivos para reduzir a gravidez indesejada (MACK et al., 2019).

Em um estudo desenvolvido com algumas comunidades no Peru, ficou claro que os fatores individuais podem afetar as experiências e comportamentos das mulheres pela busca aos serviços de saúde, como por exemplo, baixa demanda por serviços de planejamento reprodutivo e a oferta limitada de métodos nas instalações de saúde (WESTGARD et al., 2019).

Neste contexto de dificuldades contraceptivas, a mulher toma consciência da existência de duas alternativas após a descoberta de uma gestação não planejada: continuar ou interromper a gravidez. Confrontadas com essas opções, as mulheres tendem a avaliar as vantagens e desvantagens de ambas as alternativas, a depender de seus valores e crenças no que tange ao aborto induzido e à maternidade, o desejo de gravidez, os ganhos ou perdas, assim como a antecipação de aprovação ou desaprovação de outros e de si própria (FERREIRA et al., 2015).

Sob esta ótica, nota-se que há falta informação sobre planejamento reprodutivo nos serviços de saúde. Em um estudo desenvolvido com prontuários médicos, ficou evidente que não havia relatos sobre planejamento reprodutivo durante as consultas de pré-natal, sugerindo que não fora discutido ou registrado. Este tipo de abordagem dos profissionais de saúde tende a ser breve e enquadrada em questões fechadas (GOOSSENS et al., 2016).

Neste contexto, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher realizada em 2006, a qual descreve o perfil da população feminina em idade fértil, constatou-se que as mulheres estão iniciando cada vez mais a vida sexual de forma precoce,

assim como a prática da anticoncepção. Percebe-se que, a maioria das mulheres sexualmente ativas e em idade fértil já fez uso de algum método contraceptivo, sendo o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional os métodos mais utilizados (FERREIRA et al., 2019).

Observa-se maior prevalência de utilização dos contraceptivos hormonais entre as jovens. Um estudo que investigou a prevalência do uso de métodos hormonais por mulheres brasileiras, evidenciou que, o uso de contraceptivos orais se sobrepusera em relação aos injetáveis e ambos foram mais prevalentes em mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos (FARIAS et al., 2016). Esses dados podem inferir uma carência de informações acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e seu uso apropriado, e assim, pela inexperiência somada à desinformação, uma tendência a optar pelo método oferecido no serviço de saúde (FERREIRA et al., 2019).

Para evitar gravidez indesejada, a mulher deve lançar mão de práticas contraceptivas adequadas e eficazes. Neste sentido, o aborto continua sendo uma opção para exercer os direitos reprodutivos em caso de fracasso contraceptivo. Em um estudo realizado no Japão, as razões para aborto induzido incluíram gravidez não planejada decorrente de falha no uso de contracepção, demonstrando a necessidade de melhorar a assistência reprodutiva oferecida às mulheres (KOJO et al., 2017).

Brandão (2019) discute que a escolha sobre o método contraceptivo mais apropriado para cada mulher é circunstancial, e, além disso, necessita considerar o contexto particular no qual ela está inserida. Deste modo, ações de orientação, aconselhamento e acompanhamento de saúde são fundamentais para que cada mulher se sinta compreendida em suas escolhas e obtenha acesso ao método contraceptivo desejado.

O declínio mais acentuado nas taxas de aborto na Europa Oriental ocorreu quando o uso de contraceptivos eficazes aumentou dramaticamente, os índices de aborto também diminuíram significativamente na sub-região em desenvolvimento da Ásia Central. Ambas as sub-regiões são compostas por antigos estados do bloco soviético, onde a oferta de métodos contraceptivos aumentou de maneira significativa, após a independência política, evidenciando como o aborto diminui quando o uso eficaz de contraceptivos aumenta (SINGH et al., 2018).

Em um estudo realizado por Lopez et al. (2016) foi encontrado que, ao longo de um ano, os adolescentes que receberam algum tipo de aconselhamento contraceptivo apresentaram maior probabilidade de usar o método contraceptivo de forma eficaz. Este estudo demonstrou também que, o uso de ferramentas audiovisuais pelos profissionais de

saúde trouxeram efeitos benéficos e positivos na adesão aos métodos por parte da população jovem. Diante deste contexto, novas estratégias para melhorar a adesão e continuidade de práticas contraceptivas estão associadas aos cuidados de planejamento reprodutivo (MACK et al., 2019).

Contudo, sabe-se que ainda há um afastamento importante entre o que é preconizado nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva, e o que é, de fato, vivenciado pelas mulheres nos serviços de saúde. A oferta limitada de métodos contraceptivos e a falta de capacitação dos profissionais de saúde são citadas como elementos que dificultam a escolha livre por parte das mulheres (SANTOS et al., 2019).

Em uma revisão de literatura desenvolvida por Franze et al. (2019), foram encontradas lacunas no que se refere às orientações ofertadas pelos profissionais de saúde, especialmente sobre os temas aborto, violência sexual, concepção e infertilidade. Neste sentido, os profissionais acabam repassando informações incongruentes, culminando no desinteresse em obter esclarecimento e estímulo do indivíduo para a utilização de métodos diferentes ou mais adequados, direcionando ao uso de métodos convencionais, como por exemplo, a pílula e a camisinha masculina.

Sendo assim, ressaltam-se que os profissionais de saúde devem atuar sob a perspectiva da educação em saúde de maneira individual e/ou em grupos, discutindo a respeito do planejamento reprodutivo, dos métodos contraceptivos oferecidos pelo Ministério da Saúde, como usá-los e quais as possíveis complicações e/ou efeitos colaterais, sempre considerando o desejo pessoal quanto à anticoncepção (SANTOS et al., 2019).

Torna-se imprescindível o apoio do profissional da saúde para estímulo de decisões livres, autoconhecimento e autonomia da mulher (FERREIRA et al., 2019). A assistência em saúde deve envolver, principalmente, orientações e atividades educativas que colaborem para uma prática sexual mais saudável, com possibilidade de escolha da mulher pelo momento ideal de ter filhos (SANTOS et al., 2019).

Neste âmbito, um estudo desenvolvido nos contextos legais e políticos da Etiópia, Tanzânia e Zâmbia, explorou a relação entre o aborto, política e o acesso das mulheres a estes serviços de saúde, evidenciando que o acesso à educação e planejamento reprodutivo foi apontado como vitais para reduzir as taxas de aborto em condições inseguras (BLYSTAD et al., 2019).

Mudar a percepção acerca das práticas contraceptivas parece influenciar na diminuição do estigma relacionado ao aborto, uma vez que, intervenções focadas em contracepção

poderiam ser expandidas para, obliquamente, mudarem atitudes perante o aborto, assim como atenderem às necessidades contraceptivas (BLODGETT et al., 2018).

Para que ocorra uma decisão livre e informada, é necessário promover a oferta de métodos contraceptivos na rede de saúde e contar com profissionais capacitados (FERREIRA et al., 2019). É primordial fornecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva da mulher, de modo que, elas tenham a oportunidade de escolha acerca do método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (FERREIRA et al., 2019).

O Ministério da Saúde salienta que, os profissionais de saúde devem buscar a captação das expectativas dos usuários, no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, promovendo o alcance de seus objetivos e o respeito às escolhas individuais (BRASIL, 2013). Neste contexto, é relevante promover acesso aos serviços de assistência médica, além da prevenção - mas incluindo - de casos de aborto, propiciando um ambiente acolhedor, assistência médica e acompanhamento clínico posterior à experiência do aborto inseguro (FUSCO et al., 2016).

Além disto, torna-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que possam garantir não apenas o acesso, mas também uma ampliação da diversidade de métodos contraceptivos, bem como em um plano mais amplo, impulsionando discussões sobre gravidez indesejada, sexualidade, aborto e contracepção (HIGGINS; SMITH, 2016) (BRANDÃO; CABRAL, 2017). O aconselhamento relacionado ao planejamento reprodutivo aumenta a possibilidade de adoção de métodos contraceptivos pelas mulheres e, portanto, protege contra o risco de futuras gravidezes indesejadas (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018).

A mulher carece de oportunidade e informação, a fim de tomar uma decisão sem se sentir coagida a escolher (FERREIRA et al., 2015). Ademais, a educação em saúde se apresenta como um dos elementos vitais no processo, possibilitando o exercício da sexualidade de forma saudável e responsável. Deste modo, os serviços de saúde devem oferecer acesso de modo livre e informado, assegurando o cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos de homens e mulheres (FERREIRA et al., 2019).

Contudo, apesar destas recomendações o planejamento reprodutivo encontra-se, em muitos casos, direcionado apenas ao público feminino (FRANZE et al., 2019). A preocupação com a pouca participação dos homens nas práticas do planejamento reprodutivo, está vinculada diretamente com o aumento de gestações não planejadas, culminando em

repercussões na qualidade de vida das mulheres (CABRAL, 2017; BEZERRA; RODRIGUES, 2010).

Um estudo demonstrou esta realidade, evidenciando que, existe dificuldade em conseguir envolver o homem como ator principal do planejamento reprodutivo no mesmo nível que a mulher (COSTA, 2018). O que concerne às orientações em saúde acerca do planejamento reprodutivo, constatou-se que os profissionais buscavam promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, concedendo a elas o dever do planejamento reprodutivo e suprimindo a responsabilidade da figura masculina (FRANZE et al., 2019).

Vale lembrar que, no Brasil, antes da emergência do SUS, somente os trabalhadores formais, devidamente registrados, tinham garantido o direito de acesso à saúde. O controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do poder relacionado à figura masculina. Além disto, a suposta dificuldade dos homens de cuidar de sua própria saúde, faz parte de uma dimensão que está além da dificuldade dos serviços de atenção básica em visibilizar e vincular a figura masculina às ações de saúde reprodutiva (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

Na sociedade brasileira, há uma expressiva hierarquia de gênero em favor do masculino, ocasionando repressões de todas as ordens, desde o constrangimento de muitas mulheres, até a violência física propriamente dita. Alguns pontos como a divisão do trabalho doméstico e do trabalho reprodutivo, cuidados com os filhos, aborto e contracepção têm sido assumidos entre grande parte da população como, verdadeiramente, femininos (BRANDÃO et al., 2020).

As desigualdades são fortalecidas e reforçadas nos sistemas de saúde por meio de normas restritivas de gênero. Tais desigualdades podem debilitar ou até mesmo incapacitar o funcionamento de um sistema de saúde, assim como ocorreu no Afeganistão na década de 1990, onde as mulheres eram impedidas de exercer seu direito em saúde, comprometendo o acesso aos serviços de saúde (HAY et al., 2019).

Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades, tais como sociais, discriminações de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (SANTANA, 2015).

Shannon et al (2019) revelam que, as desigualdades de gênero provocam aumento da mortalidade e morbidade no âmbito global, visto que são transformadas em riscos à saúde

através de normas, valores, práticas restritivas e discriminatórias, suscetibilidade a doenças, dentre outras. A discriminação de gênero em qualquer um desses níveis, afeta de forma negativa os resultados sociais e de saúde.

Neste contexto, as mulheres são culpabilizadas como uma consequência da desigualdade de gênero, que imputa o espaço privado à mulher e o espaço público ao homem. A violência interpessoal contra as mulheres é influenciada por normas de gênero e sistemas de opressão, o que reforça o papel social prescrito para elas como cuidadoras (SHANNON et al., 2019).

O cuidado, visto como uma característica natural, intrínseco e associado ao feminino, decreta um regimento diferenciado para homens e mulheres, incidindo, respectivamente, na divisão entre o público e o privado. Ao colocar o cerne de atenção na criança e na mãe-mulher, reafirmam-se desigualdades e diferenças de gênero culturalmente organizadas (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

A construção da ginecologia e obstetrícia como ramo da medicina, especificamente voltado para as mulheres, teve como ponto central e estruturador a sua função reprodutiva, onde o útero se apresenta como o órgão por excelência. A norma social, segundo a qual as mulheres são predestinadas a serem mães, possui correlação ao conhecimento da prática gineco-obstétrica. Por meio dele, a hierarquia social dos sexos é legitimada como sendo parte da natureza, sendo a maternidade, a família e os afazeres domésticos pertencentes ao feminino (BOTERO; CARDENAS; ZAMBERLIN, 2019).

Brandão e Cabral (2017) discorrem que, os preconceitos e discriminações de gênero coincidem com regras morais que determinam os comportamentos sociais de homens e mulheres, de acordo com uma vigorosa hierarquia em favor do masculino.

O conceito de gênero, inicialmente, surgiu como uma forma de contrapor-se ao conceito de sexo. Ainda que teóricos e intelectuais discutam sobre os modos de compreender e atribuir sentido a este conceito, costuma-se concordar que não é o momento do nascimento e da nomeação de um corpo, como “macho” ou “fêmea”, que faz deste um sujeito masculino ou feminino. A construção do gênero e da sexualidade dá-se ao longo de toda a vida de forma contínua e infindável (LOURO, 2008).

Ao considerar que, as desigualdades históricas de poder entre homens e mulheres implicam em um forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Assim, elas se constituem como um elemento das relações sociais entre homens e

mulheres, sendo construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade, feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres (SCOTT, 1995).

O conceito de gênero oferece suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação, incluindo a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social, sobreposta a um corpo sexuado, é uma primeira forma de significação de poder (SCOTT, 1995).

Neste contexto, o gênero é institucionalmente estruturado, uma vez que se refere à uma matriz complexa de valores e normas que permeiam a organização social. Não é uma variável que pode ser manipulada ou isolada, é uma organização da sociedade que é modificada pelo tempo, cultura e agrupamentos socioeconômicos (HARTIGAN, 2001).

Deste modo, não é categoria binária que pode ser capturada por grupos desagregados por sexo, pelo contrário, a natureza social e relacional de gênero não é um fenômeno estático, e sim uma construção enraizada em aspectos históricos, culturais, expressões e manifestações locais e, portanto, constitui-se como algo mutável (PEDERSON; GREAVES; POOLE, 2014).

Em um artigo desenvolvido por Gomes et al. (2018), evidenciaram-se construtos culturais que estão na base das sociedades modernas e que tratam gênero como relação social de poder. Neste contexto, o dimorfismo sexual entre homens e mulheres aparece relacionado à desvalorização sexual das mulheres.

Neste sentido, a virilidade do homem como um elemento central de sua masculinidade, implica quase sempre em uma maior responsabilidade para a mulher nos cuidados contraceptivos. E caso ocorra uma gestação indesejada, a mulher será punida por ter que enfrentar a maternidade, um aborto inseguro ou julgamentos sociais (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Em uma sociedade civil, apoiada em valores que enaltecem as diferenças sexuais, uma cultura machista é facilmente propagada, e em meio a tanto progresso de cunho social e moral, ainda prevalece uma postura patriarcal, marcada pelo poder masculino (PEIXOTO; NOBRE, 2015). E apesar de a atividade sexual masculina representar um simbolismo de sua formação de identidade e autoafirmação de virilidade, as consequências desta prática nem sempre lhe são atribuídas (VEIGA; PEREIRA, 2011).

A contracepção vem sendo naturalizada e concebida como ocupação e responsabilidade femininas. Os métodos anticoncepcionais exercem um papel importante nesta divisão sexual do planejamento reprodutivo, uma vez que, a maioria dos métodos

disponíveis é voltada para a mulher, e os corpos masculinos continuam a se apresentar como um mistério a ser desvendado (PEREIRA; AZIZE, 2019).

As mulheres assumem o papel de mães, como cuidadoras principais dos filhos, e os homens exercem um papel secundário, como de apoio à mulher, se relacionando a funções de ajuda, assistência e provisão de bens para o lar (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2014).

O culto à maternidade se constituiu como espaço fértil para que o amor materno fosse naturalizado como uma condição da mulher decorrente de sua biologia feminina, e, deste modo, prevaleceu a ideia da maternidade como um elemento determinante da identidade da mulher (MACHADO; PENNA; CALEIRO, 2019).

No contexto histórico no qual foi concebido o ideal de mulher-mãe, a maternidade era condição definidora para que a mulher estruturasse sua feminilidade e fosse socialmente “normal”. Assim, a maternidade possibilitava reconhecimento social, sendo um processo natural dentro do matrimônio, no qual a reprodução consistia como um instinto natural e um dever a ser cumprido (MACHADO; PENNA; CALEIRO, 2019).

Os homens se tornaram expectantes nos processos decisórios contraceptivos, fazendo com que o enfoque se tornasse quase que exclusivo sobre as mulheres (CABRAL, 2017). Este contexto cultural de responsabilização das mulheres pela contracepção, e a concomitante minimização da participação masculina, demonstra as assimetrias de gênero no âmbito da reprodução (CABRAL, 2017).

Em um estudo realizado por Veiga e Pereira (2011), verificou-se que a mulher que pratica um aborto inseguro é considerada criminosa e pecadora, sendo uma ação reprovável socialmente. Por outro lado, os entrevistados desta pesquisa descreveram como sendo um direito da mulher, porém, dentro do que é permitido pela lei. Quando questionados acerca de como enxergavam as pessoas que abortavam, eles reportaram-se exclusivamente à mulher, e em nenhum momento referiram-se ao homem.

Neste contexto, é possível notar a reponsabilidade imputada às mulheres nas questões relativas ao processo de concepção, contracepção e aborto. O homem continua sendo desvinculado deste processo, pois ainda há uma naturalização da maternidade enraizada pelas diferenças de gênero estabelecidas socialmente (VEIGA; PEREIRA, 2011).

A construção da identidade feminina é resultado dos diversos processos históricos ao longo dos anos, através das vivências singulares e coletivas, cotidianamente, marcadas pelos valores sociais. Historicamente, todo o processo de mudança impulsionou mudanças nas formas de construção de identidade e subjetivação da mulher, fazendo surgir novos papéis e

formas de manifestações femininas. Contudo, constata-se que o imaginário coletivo ainda é fortemente definido pelo discurso da maternidade como premissa feminina (MACHADO; PENNA; CALEIRO, 2019).

Este fato aponta para o poder das relações de gênero, evidenciando o papel social desempenhado pelo homem na sociedade tradicionalmente patriarcal. O controle feminino sobre sua própria fecundidade é apontado como um dos elementos fundamentais no processo de seu empoderamento, recaindo sobre si, portanto, as consequências de uma gravidez indesejada, sendo natural que ela queira atribuir a tarefa de anticoncepção (MORAIS et al., 2014).

Diante do exposto, fica clara a existência de uma visão socialmente construída, porém equivocada, a respeito de quem pertence à responsabilidade da contracepção, já que, por definição cultural, este dever é imposto e aceito pela mulher. E embora estejamos diante de um novo modelo de papéis sociais na família, muitos homens ainda permanecem segregados do universo feminino (FRANZE et al., 2019).

Para esta discussão, é necessário refletir sobre os papéis de gênero, visto que são atributos emergentes socialmente. A construção sobre o 'ser mãe' permaneceu por muito tempo sendo o foco principal na vida das mulheres, e assim, discutir sobre o espaço onde são tomadas as decisões de planejamento reprodutivo é de suma importância, uma vez que estaremos discutindo um processo social e cultural das desigualdades de gênero (NOGUEIRA et al., 2018).

Há uma enorme lacuna quanto à responsabilidade masculina e feminina no controle da fecundidade provenientes das relações de gênero, ficando claro, por exemplo, pela quantidade de métodos contraceptivos focados nas mulheres, pela incumbência do processo reprodutivo destinado às mulheres, dificuldade de adesão masculina à contracepção, dentre outros (NOGUEIRA et al., 2018).

Nesse contexto, cabe também ressaltar as tensões de gênero presentes no processo decisório em torno do aborto, que por um lado defende a liberdade das mulheres no processo de tomada de decisão sobre uma gravidez imprevista e um possível aborto, de acordo perspectiva dos direitos reprodutivos que afirma a autonomia das mulheres. Mas, por outro lado, reivindica a participação da figura masculina no processo, responsabilizando os homens pela anticoncepção, gravidez não desejada e tomada de posição diante de um eventual aborto.

Deste modo, nota-se que não deve ser uma discussão restrita ao público feminino, devendo incluir os homens na reflexão e ação participativa (BRANDÃO et al., 2020).

Diante disto, a abordagem de gênero possibilitou a discussão das relações de poder entre homens e mulheres, e explicitou a construção da desigualdade entre eles na história das sociedades ocidentais. Hoje, o rompimento da dicotomia que destinava os homens ao domínio público e as mulheres ao domínio doméstico não esgotou a necessidade de se discutir as relações de gênero, já que as relações de poder são inerentes às mulheres e todas as relações sociais sofrem transformações constantes e contínuas ao longo da história (LOURO, 2008).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se deste pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004).

Sendo assim, para que possa ocorrer compartilhamento de responsabilidades com as mulheres, é primordial que os serviços de saúde estejam voltados para as relações de gênero. Na perspectiva do planejamento reprodutivo, é essencial que homens e mulheres se percebam como sujeitos ativos do processo, embasados na perspectiva de gênero, considerando a inclusão do homem nas atividades e decisões sexuais e reprodutivas, além da compreensão da posição da mulher na sociedade para além de função maternal, para que ambos exerçam os mesmos direitos sexuais e reprodutivos (MORAIS et al., 2014).

Deste modo, a igualdade de gênero na ciência, na medicina e na saúde global promove um crescimento substancial no âmbito da saúde, social e econômico, corroborando para o desenvolvimento da economia, redução da mortalidade e morbidade materna e infantil (SHANNON et al., 2019).

Neste sentido, o conceito de equidade encontra-se no centro da discussão entre cuidados de saúde e gênero, uma vez que homens e mulheres possuem diferentes necessidades que influenciam no seu estado de saúde. No entanto, como essas necessidades são tratadas, exige que as contribuições de homens e mulheres para a sociedade sejam igualmente valorizadas e que ambos tenham as mesmas possibilidades de acesso às diferentes possibilidades, que lhes permitam desfrutar oportunidades, recursos e recompensas sem ser comprometidos pelo sexo biológico (HARTIGAN, 2001).

Apoiar a implantação de políticas transformadoras de gênero na promoção da saúde envolve a análise de diversas formas de evidência, além de examinar criticamente a prática atual e identificar intervenções para melhorar a saúde das mulheres e alterar normas, papéis e

relações prejudiciais de gênero. Esta abordagem reconhece que gênero, relações de gênero e estruturas de gênero são relevantes em todos os aspectos do planejamento de saúde (PEDERSON; GREAVES; POOLE, 2014).

Diante disto, a natureza de gênero se constitui em um aspecto pouco compreendido e muitas vezes negligenciado na formação de profissionais de saúde. Destaca-se a importância de treinar os profissionais de saúde sobre como o gênero influencia o processo saúde-doença-cuidado de homens e mulheres, assim como sua atuação no cotidiano assistencial (HARTIGAN, 2001).

Há muito tempo se identifica que a melhoria da qualidade do atendimento deve começar com a formação de recursos humanos para a saúde, os quais devem abarcar educação e treinamento sobre a influência do gênero na saúde-doença-cuidado no processo de homens e mulheres. Neste contexto, torna-se igualmente relevante propiciar oportunidades para profissionais de saúde refletirem criticamente, através da escuta, diálogo e autorreflexão, sobre suas próprias construções de gênero (HARTIGAN, 2001).

Ademais, é importante enfatizar que o planejamento reprodutivo precisa desenvolver ações direcionadas à saúde integral da mulher, não delimitando seu papel social de procriação, mas também, englobando a prevenção da gravidez não desejada, que, por consequência, pode desencadear um aborto inseguro. E assim, possibilitar também a criação de espaços de diálogo para que tanto a mulher quanto, sobretudo, o homem possa ter participação ativa, envolvimento no processo e por ele, responsabilidade (ANJOS et al., 2013).

Compreende-se que, motivar a vinda do homem para este meio de decisões e responsabilidades delegadas socialmente às mulheres, ainda é um desafio diante das relações de gênero presentes. Diante disto, sugere-se que os serviços de saúde devam ir além da distribuição de métodos contraceptivos, utilizando-se de ferramentas para atrair a população, informando de forma adequada e eficiente sobre todos os métodos disponíveis, suas vantagens e desvantagens, em especial, os de uso masculino, envolvendo ambos os parceiros de forma igualitária nesse processo, enfatizando a questão das responsabilidades, na tentativa de desconstruir assim, esse papel socialmente delegado à mulher que, por ser quem gesta, deve ser a encarregada desses assuntos (MORAIS et al., 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa surgiu da necessidade de explorar os significados atribuídos aos métodos contraceptivos e sua relação com prevenção de aborto inseguro, a partir do processo de interação social. O referencial teórico utilizado e a metodologia de análise dos dados mostraram-se adequados ao objeto, tendo em vista a compreensão sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico. Diante disto, este estudo trouxe uma análise do assunto sob uma nova ótica, trazendo reflexões que permitiram entender a ação da mulher em relação aos métodos contraceptivos e aborto inseguro.

Verificou-se que, as mulheres agem a partir dos significados que estes têm para elas. E estes achados trazem alguns pontos importantes, visto que as mulheres evidenciam que são responsabilizadas, tanto na ocorrência de uma gestação devido a falta de decisão sobre métodos contraceptivos, quanto na decisão por um aborto na vigência de uma gravidez indesejada.

Assim, as mulheres assumem esta responsabilidade de forma exclusiva, mostrando que, ainda permanece a ideia socialmente construída e aceita, de que o seu papel é o de ser encarregada dos assuntos de contracepção, uma vez que a carga de uma gravidez recai sobre elas. Neste contexto, as relações de gênero ficam evidentes, em que o homem é o ser forte, protetor, responsável pela renda, e a mulher é o sexo frágil, cuidadora, responsável pela procriação e maternidade. Assim, é explicitada a visão estabelecida socialmente/culturalmente sobre a responsabilidade da anticoncepção incumbida à mulher, assim como a ausência do homem nesse processo.

Os pressupostos apresentados no início deste estudo evidenciaram que, os significados de métodos contraceptivos e a suas relações com a prevenção do aborto inseguro surgem a partir de interações que as mulheres estabelecem com seu meio social, e tais significados podem ser modificados pela mulher a partir do processo de interação social. Além disto, as mulheres agem em relação aos métodos contraceptivos como estratégia para prevenção do aborto inseguro a partir do significado que esses métodos têm para elas.

Diante disto, as principais proposições teóricas que emergiram deste estudo foram:

- a) As mulheres atribuem os significados de métodos contraceptivos tendo como foco a prevenção de uma gestação, constituindo-se em uma barreira ou um impedimento de uma gestação ocorrer;

- b) Há falta de acesso à informação sobre os métodos contraceptivos, e assim, as mulheres acabam tendo uma gestação indesejada por desconhecer como utilizar corretamente ou por não ter acesso ao método contraceptivo, uma vez que estas informações não são transmitidas de maneira adequada pelo profissional de saúde;
- c) A escolha do método contraceptivo deve ser feita de acordo com a vontade da mulher, e, neste sentido, ela deve ser livre para decidir o que for melhor para seu corpo. Todavia, na prática, a escolha do método contraceptivo sofre influência direta, principalmente, do profissional de saúde;
- d) A prática do aborto traz efeitos negativos para a mulher, contudo, as mulheres evidenciam que muitas vezes um aborto inseguro é realizado por ser a forma mais acessível;
- e) As mulheres não relacionam a utilização de métodos contraceptivos como uma estratégia de prevenção de aborto inseguro, uma vez que, o foco da utilização de métodos contraceptivos estaria relacionado à prevenção da gravidez;
- f) As mulheres se sentem culpabilizadas e responsabilizadas, e assim, o uso do método contraceptivo e a prevenção de uma gestação indesejada tornam-se responsabilidades exclusivas da mulher, sendo o papel de mãe e os cuidados relativos à criança, uma obrigação feminina;
- g) O medo e a preocupação com os julgamentos surgem como fruto do contexto em que as mulheres estão inseridas, seja por parte da família, parceiro ou da sociedade de maneira geral, fazendo com que as mulheres sejam responsabilizadas, seja no uso/escolha de métodos contraceptivos, ou na realização de aborto inseguro decorrente de uma gestação indesejada.

Deste modo, torna-se imprescindível que o homem tenha dimensão de sua responsabilidade no processo reprodutivo, visto que as mulheres ficam sobrecarregadas por uma atribuição que deveria ser resolvida em conjunto. Há de se estimular a participação compartilhada do homem nos processos decisórios, para assim, minimizar o fardo da responsabilização imposta às mulheres.

Além disto, os resultados deste estudo permitiram observar as dificuldades de profissionais de saúde acerca da informação e oferta de métodos contraceptivos. Nesta

direção, a escolha do método contraceptivo é uma iniciativa geralmente imposta às mulheres, em que elas são responsabilizadas por falhas do mesmo ou por recorrerem ao aborto.

Sugere-se que, ações de planejamento reprodutivo ultrapassem a submissão ao profissional de saúde pela escolha do método contraceptivo, e promovam a oferta de alternativas, por meio de relações familiares, comunitárias e sociais mais saudáveis, com espaços para diálogo e troca de experiências sobre as condições de vida, visando uma participação ativa e um cuidado centrado na individualidade de cada mulher.

Neste contexto, para que haja a plena integração das ações de saúde com a efetividade das políticas públicas, os profissionais necessitam estar preparados para atuar neste cenário. Assim, o uso de mídias sociais pode se tornar um aliado nas reflexões para com a comunidade, uma vez que há uma grande disseminação de informações e facilidade de acesso por este meio de comunicação.

Além disto, a perspectiva de gênero deve ser propagada tanto no âmbito das políticas públicas, quanto da prática assistencial, de forma a garantir a efetiva superação das desigualdades contraceptivas, discutindo a autonomia e livre decisão das mulheres pela escolha do método contraceptivo e/ou prática abortiva decorrente de uma gestação indesejada.

A contribuição desse estudo incide, sobretudo para a enfermagem, uma vez que demonstra o quanto estes profissionais podem possibilitar mudanças marcantes no cuidado à mulher. Por ter sido desenvolvida, em parte, no meio universitário, a pesquisa aponta que há conteúdos que carecem de aprofundamento no meio acadêmico, a fim de formar agentes transformadores da realidade em planejamento reprodutivo, incluindo a perspectiva de gênero e assistência ao aborto inseguro.

Neste sentido, torna-se pertinente que a academia se preocupe não só em formar profissionais competentes tecnicamente, mas que tenham os preceitos da autonomia dos sujeitos, integralidade e equidade, o que seria mais condizente com as propostas das políticas públicas de saúde.

Ressalta-se que, pesquisas futuras podem incluir a perspectiva de outros grupos de mulheres, como por exemplo, adolescentes, não universitárias, multigestas, dentre outros. Deste modo, sugere-se também sua execução em outros espaços, como por exemplo, nos estabelecimentos de saúde ou escolas. O desenvolvimento de outras pesquisas que associem os achados aqui descritos, com outros grupos de mulheres e espaços, pode ser útil quando se pensa no desenvolvimento de uma assistência integrada aos direitos sexuais, reprodutivos e questões de gênero.

Além disto, indicou-se necessário dar prosseguimento ao estudo para aprofundamento de seus desdobramentos teóricos e conceituais, sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico, para melhor compreensão deste processo de interação social.

No que diz respeito aos desafios enfrentados no desenvolvimento do estudo, apontou-se a captação das participantes para os grupos focais, uma vez que fora realizado de forma presencial, dificultando o aceite das mulheres devido a disponibilidade de data e horário.

Neste sentido, ficou evidente pelos dados, que é necessário percorrer um caminho que seja possível garantir às mulheres informações e tecnologias para o exercício de suas escolhas reprodutivas. É importante criar estratégias de promoção da saúde para estimular o empoderamento e autonomia decisória feminina, além de envolver o homem no processo reprodutivo e reduzir as desigualdades de gênero para, assim, minimizar a culpa e responsabilização imposta às mulheres.

## REFERÊNCIAS

ADESSE, L. *et al.* Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3819-3832, dez. 2016.

ÁGUAS, Fernanda; BOMBAS, Teresa; SILVA, Daniel Pereira da. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, Coimbra, v. 10, n. 3, p. 184-192, set. 2016.

ALMEIDA, Renata Acioli de; LINS, Liliane; ROCHA, Matheus Lins. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 320-330, ago. 2015.

ANJOS, K. F. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul./set. 2013.

ARAÚJO, A. K. L. *et al.* Perfil de mulheres que vivenciaram complicações decorrentes do aborto: evidências da literatura científica brasileira. **R. Interd.**, v. 9, n. 1, p. 224-233, jan./fev. mar. 2016.

BARROS, L. R.; SANTOS, G. B. Gravidez na adolescência: implicação social. **Revista da Faesf**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2017.

BEZERRA, M. S.; RODRIGUES, D. P. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 127-134, out./dez. 2010.

BIEHL, C.; PRESTES, V. A.; GRISCI, C. L. I. Grupo focal: uma contribuição à área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018, Fortaleza. **Atas [...]**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2018. p. 352-361.

BISWAS, K. K. *et al.* Integrating post abortion care, menstrual regulation and Family planning services in Bangladesh: a pre-post evaluation. **Reproductive Health**, v. 14, n. 37, mar. 2017. DOI: 10.1186/s12978-017-0298-1. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0298-1#citeas>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BLODGETT, M. *et al.* Do perceived contraception attitudes influence abortion stigma? Evidence from Luanda, Angola. **SSM Population Health**, v. 5, p. 38-47, 2018.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California, 1969.

BLYSTAD, A. *et al.* The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 126, 2019.

BOTERO, S. S.; CARDENAS, R.; ZAMBERLIN, N. ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. **Sexualidad., Salud Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 137-157, dez. 2019.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Homens jovens e aborto: a perspectiva masculina face à gravidez imprevista. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020001305008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001305008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 mar. 2020.

BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 875-879, mar. 2019.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000200301](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000200301). Acesso em: 4 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012, nº466. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016, nº 510. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 abr. 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 2013.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento reprodutivo, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 561, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.  
CABRAL, C. S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 146-161, mar. 2010.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Pan American Journal of Public Health**, v. 42, 2018.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism**. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1985.

CLEEVE, A. *et al.* Time to act: comprehensive abortion care in east Africa. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 9, p. 601-602, set. 2016.

COAST, E.; MURRAY, S. F. “These things are dangerous”: Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. **Social Science & Medicine**, v. 153, p.201-209, 2016.

COELHO, A. C. S.; PEREIRA, A. L.; NEPOMUCENO, C. C. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. **Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p.2398-2409, 2016.

COSTA, I. S. **Projeto de Lei 5.069/2013 e o Direito ao Aborto no Brasil: Restrição se Direitos Reprodutivos como Prática de Controle Social das Mulheres**. 2018. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

COTTER, S. Y. *et al.* Person-centred care for abortion services in private facilities to improve women’s experiences in Kenya. **Culture, Health & Sexuality**, 2020.  
DOI: 10.1080/13691058.2019.1701083. Disponível em:  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2019.1701083>. Acesso em: 30 jul. 2020.

DALL’AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem (online)**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999. Disponível em:  
<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>. Acesso em: 15 nov. 2019.

DANTAS, C. C. *et al.* Teoria Fundamentada nos Dados - Aspectos conceituais e operacionais: Metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, 2009.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington (USA): Academy for Educational Development, 1997.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DONATI, F.; DELIBERATO, G. C. Educação familiar em linguagem infantil: contribuições do grupo focal. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 60, p. 139-152, jan./mar. 2018.

DONNA, C. U.; SILVA, A. R. L. Os usos do facebook nas manifestações dos simbolismos organizacionais. **REAd. Rev. Eletrôn. Adm. (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 681-712, 2014.

DROVETTA, R. I. O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, DF, n.7, p. 115-132, jan./abr. 2012.

DUARTE, N. I. G.; MORAES, L. L.; ANDRADE, C. B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p.3337-3346, 2018.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do Interacionismo Simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-226, ago. 1997.

ENGSTRAND, S.; KALLNER, H. Cost of unintended pregnancy in Sweden - a possibility to lower costs by increasing LARC usage. **Contraception**, v. 97, n. 5, p. 445-450, 2018.

FARIAS, M. R. *et al.* Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista Saúde Pública [Internet]**, v. 50, n. 14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

FERREIRA, C. B. C. Feminisms on the web: lines and forms of action in contemporary feminist debate. **Cad. Pagu**, Campinas, v. 2 n. 44, p. 199-228, 2015.

FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 4, p. 1044-1051, ago. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000401044&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000401044&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 mar. 2020.

FERREIRA, M. *et al.* Attitudes of women regarding the voluntary interruption of pregnancy. **Procedia - Social and Behavioral Science**, v. 171, p. 104-112, 2015.

FERRERA, A. P. C. *et al.* (Des)conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Rev. Enferm. UFPE (online)**, Recife, v. 13, n. 5, p. 1354-60, maio 2019.

FIGUEIREDO, R. *et al.* Gravidez na adolescência e abortos provocados: efetividade da Estratégia de Saúde da Família em eventos de saúde reprodutiva. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 17, n. 2, p.19-28, 2016.

FLORES, G. T.; LANDERDAHL, M. C.; CORTES, L. F. Ações de enfermeiras em planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 7, n. 4, p. 643-655, 2017.

FRANZE, A. M. A. K. *et al.* Planejamento reprodutivo nas orientações em saúde: revisão integrativa. **Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social**, Uberaba, v. 7, n. 3, 2019.

FUSCO, C. *et al.* Social and determinants of health: from the concept to the practice in outcomes of unintended pregnancies which result in induced abortion. **Reprodução e Climatério**, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2016.

GAMANHO, T. A. F. **Gravidez indesejada**: interrupção voluntária da gravidez nas mulheres adultas e adolescentes das consultas da maternidade Dr. Alfredo da Costa: aspectos sociais, que influência? 2011. 175f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

GANATRA, B. *et al.* Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n. 1011025, p. 2372-2381, nov./dez. 2017.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIGLIO, M. R. P. *et al.* Conhecimentos dos Médicos Residentes de Ginecologia e Obstetrícia sobre Contracepção Hormonal em Situações Especiais. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 69-78, jan. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**: advances in the methodology of grounded theory. California: Sociology Press, 1978.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1997-2005, 2018.

GONCALVES, T. R. *et al.* Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 28, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100224&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100224&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jul. 2020.

- GONZAGA, V. A. S. *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, n. 12, 2017. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 set. 2019.
- GOOSSENS, J. *et al.* The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. **Human Reproduction**, v. 31, n. 12, p. 2821-2833, 2016.
- GREIN, T. A. D. *et al.* Saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 145-154, jul./dez. 2017.
- GUIMARÃES, A. C. M.; RAMOS, K. S. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. **Revista Enfermagem UFPE (online)**, Recife, v. 11, n. 6, p.2349-2356, 2017.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1992.
- HARTIGAN, P. The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues. **Health Policy and Planning**, v. 16, n. 1, p. 7-12, 2001.
- HAY, K. *et al.* Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. **Lancet**, v. 393, n. 10190, p. 2535-2549, jun. 2019.
- HIGGINS, J. A.; SMITH, N. K. The sexual acceptability of contraception: reviewing the literature and building a new concept. **Journal of Sex Research**, Whitehall, v. 53, n. 4-5, p. 1-40, 2016.
- KINALSKI, D. D. F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira Enfermagem [Internet]**, v. 70, n. 2, p. 424-229, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200424&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200424&script=sci_arttext). Acesso em: 30 jul. 2020.
- KOERICH, C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e-1084, 2018.
- KOJO, T. *et al.* Differentials in variables associated with past history of artificial abortion and current contraception by age: Results of a randomized national survey in Japan. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 43, n. 3, p. 516–522, 2017.
- KRASHIN, J. *et al.* Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, 2015.
- LAGO, T. G. *et al.* Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006: diminuiriam? **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 387-394, maio/ago. 2015.

LAVELANET, A. F.; JOHNSON, B. R.; GANATRA, B. Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 62, p. 25-35, jan. 2020.

LIMA, L. M. Cuidado Humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. **Revista Enfermagem UFPE (online)**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5074-8, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25126>. Acesso em: 4 maio 2019.

LOI, U. R. *et al.* Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. **BMC Public Health**, Londres, v. 139, n. 15, p. 1-12, 2015.

LOPES-CHAF, J. M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade de cuidar interativo em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem (USP)**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LOPEZ, L. M. *et al.* Brief educational strategies for improving contraception use in young people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2016.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2, p. 56, maio/ago. 2008.

MACHADO, J.; PENNA, S. A.; CALEIRO, C. M. M. Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. 123, p. 1120-1131, out./dez. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000401120](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401120). Acesso em: 18 mar. 2020.

MACHIN, R. *et al.* Formação médica e assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832019000100243&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832019000100243&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2020.

MACK, N. *et al.* Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2019.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017.

MARTINS, C. A.; ABREU, W. J. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. B. Becoming a father and a mother: a socially constructed role. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 20, n. 2, p. 121-131, maio/jun. 2014.

MARTINS, E. F. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, fev. 2017.

- MATÍA, M. G. *et al.* A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 134, p. 531-534, ago. 2016.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Revista Interface**, v. 16, n. 40, p. 234-245, 2012.
- MAYOR, L. S. Aborto espontâneo. *In*: NÉNÉ, M.; MARQUES, R.; BATISTA, M. A. (coord.). **Enfermagem de saúde materna e obstetrícia**. Lisboa: Lidel, 2016. p. 267-269.
- MEDEIROS, T. F. R. *et al.* Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200413&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200413&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 set. 2019.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MORAIS, A. C. B. *et al.* Participação masculino no planejamento familiar: O que pensam as mulheres? **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 19, n. 4, p. 659-666, out./dez. 2014.
- MOURA, L. N. B.; GOMES, K. R. O Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 853-863, 2014.
- NETO, J. A. C. *et al.* Conhecimento da população sobre o aborto legal e a descriminalização da prática em caso de anencefalia fetal. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 111-117, jul./ago. 2016.
- NOGUEIRA, I. L. *et al.* Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. **Revista Cuidado é fundamental (online)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 242-247, 2018. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2018/r101242.php>. Acesso em: 31 jul. 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Abortamento Seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2013.
- OLSEN, J. M. *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 2, e00019617, fev. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 jul. 2020.
- OWOLABI, O.; BIDDLECOM, A.; WHITEHEAD, H. S. Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions. **Lancet Glob Health**, v. 7, p. 10-18, 2018.
- PALMA, S. E. C. **Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha...** 2017. 90f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. 2017.

PARCER, S. M. J. *et al.* Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 2, 2017.

PAZOL, K. *et al.* Sporadic contraceptive use and nonuse: age-specific prevalence and associated factors. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 212, n. 3, p. 1-8, 2015.

PEDERSON, A.; GREAVES, L.; POOLE, N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. **Health Promotion International**, v. 30, n. 1, 2014.

PEIXOTO, A. F.; NOBRE, B. P. R. A Responsabilização da mulher vítima de estupro. **Revista Transgressões**, v. 3, n. 1, p. 227-239, maio 2015.

PENNA, I. A. A.; BRITO, M. B. A importância da contracepção de longo prazo reversível. **Revista Femina**, v. 43, n. 1, p. 1-6, 2015.

PEREIRA, G. M. C.; AZIZE, R. L. Quem tomará a “pílula masculina”? Reflexões sobre a construção do usuário de contraceptivos para homens. **Sexualidade, saúde e sociedade**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 20-39, ago. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198464872019000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872019000200020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRESADO, M. H.; PALMA, S.; CARDOSO, M. Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. **ATAS - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 414-422, 2018.

QUERIDO, A. C. C. M. *et al.* Uso de contraceptivos de longa duração: uma revisão de literatura. **Revista de Patologia do Tocantis**, v. 5, n. 4, p. 61-63, 2018.

RAMOS, L. A. S. *et al.* Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, e55230, 2018.

RATOVOSON, R. *et al.* Frequency, risk factors, and complications of induced abortion in ten districts of Madagascar: results from a cross-sectional household survey. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 96, 2020.

REEVES, M. F. *et al.* Abortion Research at the 2018 National Abortion Federation Annual Meeting. **Contraception**, v. 97, p. 458-459, 2018.

SANTANA, A. M. Fragmentações e permanências: Gênero e diversidade. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, DF, v. 9, n. 16, p. 123-135, jan./jun. 2015.

ROGERS, C. *et al.* Abortion in Nepal: perspectives of a cross-section of sexual and reproductive health and rights professionals. **BMC Women's Health** 19, v. 40, 2019.

ROMIO, C. M. *et al.* Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-81, 2015.

SANTOS, A. Interrupção da gravidez. In: BATISTA, M. A; MARQUES, R.; NÉNÉ, M. (coord.). **Enfermagem de saúde materna e obstetrícia**. Lisboa: Lidel, 2016. p. 281-283.

SANTOS, A. A. Caracterização das mulheres que realizaram o aborto após gravidez indesejada. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1847-1851, maio 2017.

SANTOS, J. M. J. *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 3, p. 529-535, set. 2019.

SANTOS, M. J. O.; FERREIRA, E. M. S.; FERREIRA, M. M. C. Comportamentos contraceptivos de estudantes portuguesas do ensino superior. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1805-13, 2018.

SARMENTO, M. S. R. A. *et al.* Comportamentos sexuais e o uso de métodos contraceptivos em universitárias da área da Saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, e-112, 2018.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEDGH, G. *et al.* Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, p. 258-267, 2016.

SELL, S. E. *et al.* Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 502-508, 2015.

SHANNON, G. *et al.* Gender equality in Science, medicine and global health: where are we at and why does it matter? **Lancet**, v. 393, n. 10171, p. 560-569, fev. 2019.

SILVA, A. T. M. *et al.* Vulnerabilidade na adolescência: Um relato de caso de tentativa de aborto e violência sexual. **J. Hum. Growth Dev.**, v. 27, n. 1, p. 117-123, 2017.

SILVA, L. N. *et al.* Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1055-1066, 2018.

SILVA, R. M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, maio 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo. Php?Script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo. Php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mar. 2020.

SINGH, S. *et al.* **Abortion around the world 2017: uneven progress and unequal access**. New York: Guttmacher Institute, 2018.

STEINAUER, J. E. *et al.* Abortion training in US obstetrics and gynecology residency programs. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 86, n. 209, p. 1-6, 2018.

STERN, P. N. Grounded Theory methodology: its uses and processes. **Image**, Indianápolis, v. 12, n. 1, p. 20-23, fev. 1980.

SULLY, E. *et al.* Playing it Safe: Legal and Clandestine Abortions Among Adolescents in Ethiopia. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, p. 729–736, 2018.

SULLY, E. A. *et al.* Estimating abortion incidence among adolescents and differences in postabortion care by age: a cross-sectional study of postabortion care patients in Uganda. **Contraception**, v. 98, n. 6, p. 510-516, 2018.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 3481-3490, 2018.

TORRES, J. H. R. Aborto e Legislação comparada. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 40-44, 2012.

VARGENS, O. M. C. **Querendo fazer algo diferente**: a relação de interação entre a enfermeira e a mulher frente ao fenômeno da mutilação nas cirurgias ginecológicas. 2000. 125f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VARGENS, O. M. C. **Tentando descobrir um modo de fazer enfermagem sem ser enfermeiro**: os conflitos do estudante na construção da imagem da profissão. Rio de Janeiro: Ed. Autor, 1997.

VEIGA, M. B. A.; PERERA, A. L. Opinião de jovens do sexo masculino sobre contracepção, gravidez não planejada e aborto induzido. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 682-689, 2011.

VIRGO, S.; SEAR, R. Area-level mortality and morbidity predict‘abortion proportion’ in England and Wales. **Evolution and Human Behavior**, v. 37, p. 366–375, 2016.

WESTGARD, C. M. *et al.* Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, 2019.

ZAPATA, L. B. *et al.* Multi-city assessment of lifetime pregnancy involvement among street youth, Ukraine. **Journal Urban Health**, Nova York, v. 88, n. 4, p. 779-792, 2011.

## APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado (guia de temas)

### Questões norteadoras da discussão grupal

Conte-me o que significa, para vocês, métodos contraceptivos?

Conte-me o que significa, para vocês, prevenção de aborto inseguro?

Conte-me o que significa, para vocês, o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro?

### Tópicos a serem abordados ao longo da discussão grupal

Escolha do tipo de método contraceptivo;

Acesso aos serviços de planejamento reprodutivo;

Histórico reprodutivo;

Realização de um aborto inseguro (motivos, expectativas, anseios);

Autonomia da mulher;

Efetividade das políticas públicas relacionadas ao planejamento reprodutivo e aborto.

**APÊNDICE B** – Ficha de caracterização das participantes

1 – Nome (apenas iniciais): \_\_\_\_\_.

2 – Idade: \_\_\_\_\_.

3 – Curso de graduação: \_\_\_\_\_.

4 – Métodos contraceptivos utilizados (caso não utilize nenhum método, escreva “nenhum”): \_\_\_\_\_.

5 – História reprodutiva:

<b>Número de gestações</b>	<b>Número de partos vaginais</b>	<b>Número de partos cesáreas</b>	<b>Número de abortos</b>

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “**Os significados atribuídos por mulheres jovens aos métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro**”, conduzida por Bruna de Paula Pereira e Octavio Muniz da Costa Vargens. Este estudo possui como objetivo identificar os significados de métodos contraceptivos e aborto inseguro atribuído por mulheres jovens estudantes universitárias e analisar o processo de interação social de mulheres jovens em relação ao uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos.

Você foi selecionada por possuir mais de 18 anos e ser estudante universitária. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarreta prejuízo. Sua participação na pesquisa é voluntária e não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista prevista neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. As entrevistas serão gravadas por aparelhos eletrônicos e realizadas em um lugar reservado onde ninguém pode ouvir suas respostas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo com outras participantes que também atendem aos mesmos critérios de seleção que você. Serão feitas algumas perguntas ao grupo e esperamos que você se sinta confortável em respondê-las. O grupo durará cerca de 50 a 60 minutos. As questões serão sobre métodos contraceptivos e a prevenção de abortamento inseguro. Por se tratar de uma entrevista gravada em aparelho eletrônico, existem alguns riscos, como por exemplo, a possibilidade de constrangimento, estresse, alteração emocional ou recordação de eventos passados que possam ser incômodos para você, por causa das perguntas realizadas. Caso ocorra algum tipo de desconforto emocional, a entrevista será interrompida no mesmo momento e conversaremos sobre isso com o gravador desligado.

Sua identidade permanecerá confidencial de acordo com a Resolução 510/2016 e Resolução 466/2012. A gravação da entrevista será identificada pelo pesquisador apenas com um código. Após a transcrição dos dados esta será destruída. Todos os dados coletados serão guardados em lugar seguro durante todo o curso do estudo. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso a eles. Nos trabalhos e encontros científicos somente serão mencionados os códigos ou dados agrupados. Nomes ou iniciais não serão identificados. Acreditamos que este trabalho com certeza contribuirá com dados e informações importantes para que possamos aprimorar cada vez mais a assistência em saúde prestada às mulheres.

Se você tiver alguma **pergunta ou dúvida** relacionada ao estudo, pode entrar em contato com:

OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS no Endereço: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UERJ, AV. 28 DE SETEMBRO Nº 157, 7º ANDAR – VILA ISABEL. Tel./Fax: (21) 25876335 / (21) 23342074. E-mail: orientavargens@bol.com.br Ou BRUNA DE PAULA PEREIRA, Tel. (21) 969098232. E-mail: enfbrunal@gmail.com. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2569-3490.

A pesquisa me foi explicada. Qualquer problema que tive ao ler ou compreender foi esclarecido. Eu tive a chance de fazer as perguntas que desejei e elas foram respondidas. Eu compreendo os meus direitos como participante desta pesquisa.

Eu concordo em participar. (Você receberá uma cópia deste termo de consentimento esclarecido)

\_\_\_\_\_  
Data Assinatura do participante



**APÊNDICE E** – Esquema didático do processo de análise dos dados

CODIFICAÇÃO ABERTA	CODIFICAÇÃO AXIAL	CODIFICAÇÃO SELETIVA
Nº DE CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS – AGRUPANDO CÓDIGOS AFINS E CATEGORIZANDO-OS	CATEGORIA CENTRAL = FENÔMENO DO ESTUDO
28	Significando métodos contraceptivos	<i>Sentindo-se responsabilizada: a decisão de submeter-se ao uso de métodos contraceptivos e aborto inseguro</i>
45	Escolhendo o método contraceptivo	
43	Desconhecendo/ não tendo informação sobre o método contraceptivo	
58	Significando aborto inseguro	
68	Responsabilizando/ culpabilizando a mulher	
Total: 242	-	

## ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Os significados atribuídos por mulheres jovens aos métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro

**Pesquisador:** Bruna de Paula Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16535819.2.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.450.251

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um Projeto de Dissertação do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Este trabalho tem por objeto "os significados atribuídos por mulheres jovens aos métodos contraceptivos e sua

relação com a prevenção do aborto inseguro". Questionamentos: a) Quais significados são atribuídos aos métodos contraceptivos por mulheres jovens? b) Quais significados são atribuídos à prevenção de aborto inseguro por mulheres jovens? c) Como se dá a interação de mulheres jovens com o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos a esses objetos sociais? Pressupostos do estudo: As mulheres jovens agem em relação aos métodos contraceptivos como estratégia para prevenção do aborto inseguro a partir do significado que esses métodos têm para elas; Os significados de métodos contraceptivos e a sua relação com a prevenção do aborto inseguro surgem a partir de interações que as mulheres jovens estabelecem com seu meio social, tendo influencia direta do grupo social mais próximo na construção destes significados; Os significados de métodos contraceptivos e sua relação com a prevenção do aborto inseguro pode ser re-significado ou modificado

pela mulher a partir do processo interação social. Sendo assim, as mulheres jovens podem construir novas interpretações a partir de novas interações com seu meio social Método: Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Para atender aos objetivos propostos, a metodologia adotada será a Grounded Theory, ou Teoria Fundamentada nos Dados. A pesquisa

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br



UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.450.251

será realizada em um primeiro momento através do uso de diários eletrônicos (blogs). Optou-se por também desenvolver um grupo focal como estratégia complementar de coleta de dados. Como estratégias para captação de participantes através dos diários eletrônicos serão selecionados blogs encontrados utilizando a expressão "métodos contraceptivos AND aborto inseguro". Os relatos das experiências vividas por elas serão extraídos e categorizados, visando o alcance dos objetivos inicialmente propostos. A análise de dados seguirá os pressupostos da Grounded Theory. Cenário de estudo e participantes: Para seleção dos blogs, serão utilizados os seguintes critérios: a) Os blogs devem ser publicamente acessíveis e não requerer qualquer login ou senha para acesso ao conteúdo; b) Os blogs devem conter experiências ou relatos pessoais de mulheres relacionados ao objeto de estudo; c) Os blogs devem estar no idioma português. Optou-se por também desenvolver um grupo focal como estratégia complementar de coleta de dados. Serão selecionados diários eletrônicos que contenham componentes que expressem, direta ou indiretamente, relatos de mulheres acima dos 18 anos que possuem relação com o objeto. Para realização do grupo focal, este estudo contará com a participação de mulheres acima dos 18 anos, estudantes de instituições públicas de ensino superior de diferentes cursos. Para auxiliar na condução do grupo focal, será utilizado um roteiro semiestruturado, contendo questões abertas para suscitar o maior número de informações e tópicos que nortearão a discussão grupal. Além disso, utilizaremos uma ficha com perguntas fechadas, visando à caracterização das participantes do estudo. O recrutamento das participantes do grupo focal será feito através de redes sociais (Facebook e/ou Instagram). Será organizado grupo de interesse sobre a temática nessas redes e a partir desse meio será indagado sobre interesse em participar da pesquisa. Análise de Dados: A análise de dados seguirá os pressupostos da Grounded Theory.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

- a) Identificar os significados de métodos contraceptivos e de prevenção de aborto inseguro atribuído por mulheres jovens.
- b) Analisar a interação de mulheres jovens com o uso de métodos contraceptivos como estratégia de prevenção do aborto inseguro, a partir dos significados por elas atribuídos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A realização do grupo focal implica em alguns riscos advindos de possíveis constrangimentos e mobilizações emocionais que a participante pode demonstrar. Os riscos serão minimizados diante de qualquer indicio de que o encontro possa estar causando os desconfortos citados acima, isto é, caso seja relatado pela participante algum desconforto relacionado ao grupo, o mesmo será

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.450.251

imediatamente interrompido e o gravador será desligado.

**Benefícios:**

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados aos resultados obtidos que poderão contribuir para discussão acerca da problemática do abortamento inseguro e o uso de contraceptivos, além de estimular a reflexão sobre a assistência de saúde prestada às mulheres que vivenciam tais situações e promover reflexões sobre as políticas públicas relacionadas à saúde da mulher. Vale destacar que não há conflito de interesses entre os autores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo apresenta-se bem estruturado. O estudo encontra-se APROVADO, podendo o pesquisador, assim que receber o parecer, iniciar a fase de coleta de dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Orçamento: financiamento próprio, apresenta orçamento detalhado.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pela vice direção da Faculdade de Enfermagem.
- TCLE – apresentado de acordo com os critérios éticos estabelecidos na Resolução 466/2012.
- Instrumento de Coleta de Dados – apresentado em arquivo anexado à Plataforma Brasil.
- Cronograma – apresentado com as etapas de acordo com o tempo de desenvolvimento do estudo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para julho de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	28/06/2019		Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.450.251

Básicas do Projeto	ETO_1388211.pdf	10:59:12		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/06/2019 10:57:53	Bruna de Paula Pereira	Aceito
Outros	instrumentoo.docx	28/06/2019 10:57:38	Bruna de Paula Pereira	Aceito
Outros	instrumento.docx	28/06/2019 10:57:20	Bruna de Paula Pereira	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/06/2019 10:56:38	Bruna de Paula Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/06/2019 10:56:25	Bruna de Paula Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	28/06/2019 10:56:07	Bruna de Paula Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	28/06/2019 10:55:36	Bruna de Paula Pereira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Julho de 2019

Assinado por:

**Patricia Fernandes Campos de Moraes**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br