

Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero

Women's experience with contraception from the perspective of gender
Experiencia de las mujeres sobre la contracepción en perspectiva de género



Thalyta Francisca Rodrigues de Medeiros^a
 Sheila Milena Pessoa dos Santos^a
 Alana Gonçalves Xavier^a
 Roberta Lima Gonçalves^a
 Saulo Rios Mariz^a
 Fernanda Laísy Pereira de Sousa^a

Como citar este artigo:

Medeiros TFR, Santos SMP, Xavier AG, Gonçalves RL, Mariz SR, Sousa FLP. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e57350. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57350>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57350>

RESUMO

Objetivo: Analisar a vivência de mulheres quanto a contracepção na perspectiva de gênero.

Métodos: Estudo qualitativo e exploratório-descritivo. Realizado em três unidades básicas de saúde, na cidade de Lagoa Seca-PB, com 15 mulheres entrevistadas entre janeiro e maio de 2013. Para tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática.

Resultados: A partir da análise emergiu a categoria central 'escolhas contraceptivas femininas e sua relação com a dinâmica de gênero' e a partir dela, emergiram as subcategorias 'construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência'; 'desdobramento da dinâmica de gênero na (contra)concepção na adolescência' e 'medicalização do corpo feminino'.

Conclusões: Observou-se que a vivência em contracepção guarda relação com a dinâmica de gênero, tendo como desdobramento a gravidez na adolescência e a medicalização do corpo.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Saúde sexual e reprodutiva. Anticoncepção. Gênero e saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyse the experience of women with contraception from the perspective of gender.

Methods: Qualitative and exploratory-descriptive study conducted at three basic healthcare units in the city of Lagoa Seca - PB, Brazil, with 15 women interviewed between January and May 2013. The content analysis technique was used to process the data.

Results: Data analysis led to the core category 'women's contraceptive choices and their relationship with gender dynamics', that subsequently led to the subcategories 'unequal construction of gender identities in childhood and adolescence', 'outcome of gender dynamics in (contra)ception during adolescence', and 'medicalisation of the female body'.

Conclusions: It was observed that the experience with contraception is related to the dynamics of gender, with the outcome of teenage pregnancy and the medicalization of the body.

Keywords: Women's health. Sexual and reproductive health. Contraception. Gender and health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la experiencia de las mujeres sobre la anticoncepción en la perspectiva de género.

Métodos: Estudio cualitativo y exploratorio-descriptivo. Llevado a cabo en tres unidades básicas de salud en la ciudad de Lagoa Seca-PB, con 15 mujeres entrevistadas entre enero y mayo de 2013. En los datos recogidos se utilizó la técnica de análisis de contenido.

Resultados: A partir del análisis, surgió la categoría central 'opciones anticonceptivas de las mujeres y su relación con la dinámica de género' y de ella surgieron las subcategorías 'construcción desigual de las identidades de género en la infancia y la adolescencia'; 'despliegue de la dinámica de género en el diseño en (contra)concepción en la adolescencia' y 'medicalización del cuerpo femenino'.

Conclusiones: Se observó que la experiencia en la anticoncepción se relaciona con la dinámica de género, con el embarazo en la adolescencia despliegue y la medicalización del cuerpo.

Palabras clave: Salud de la mujer. Salud sexual y reproductiva. Anticoncepción. Género y salud.

^a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Enfermagem. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

É um direito do cidadão, garantido pela Constituição Federal de 1998 em seu artigo 226, a prestação da assistência em Planejamento Reprodutivo, incluso nesta a assistência em contracepção, cabendo ao estado prover os recursos para o acesso de forma plena. De acordo com a Lei 9.263/96, compete às instâncias gestoras de saúde a garantia da prestação da assistência de forma integral⁽¹⁾.

Contudo, os papéis tradicionais aprendidos por mulheres e homens, vistos socialmente como naturais e inquestionáveis permanecem, condicionando as práticas em saúde sexual e reprodutiva⁽²⁾. Reflexo dos determinantes históricos e sociais imbricados no processo de construção das políticas públicas em reprodução, que revelavam a exaltação da maternidade, e o não enfoque na proteção da mulher frente às vulnerabilidades, mas a manutenção das relações de poder entre os sexos. Assim, a assistência sobre a contracepção exige uma reflexão acerca das relações e construção das identidades de gênero.

Gênero é um conceito relacional que remete às formas de construção social, cultural e linguística que diferenciam os sujeitos. Por sua vez, a construção das identidades de gênero é delineada por rótulos que distinguem feminino e masculino, expressando princípios de (di)visão dos sujeitos: mulher/frágil/passiva, homem/forte/ativo. Atributos que baseiam relações de poder, articulações familiares, econômicas e sociais, contudo, são aspectos relacionais e que devem ser alvo das estratégias de intervenção em saúde⁽³⁾.

A análise da evolução das políticas públicas em saúde da mulher, mostra o deslocamento do enfoque estritamente reprodutivo para a compreensão da mulher imersa no seu contexto social, econômico, cultural e histórico, observando os diferentes modos de ser mulher, requerendo qualificação e ampliação da assistência em contracepção sob o enfoque de gênero⁽¹⁾. Porém, apesar de importantes conquistas, a atenção em contracepção é marcada pela dissociação entre a necessidade das mulheres e a assistência prestada nos serviços. Restrições qualitativas e quantitativas comprometem o exercício da autonomia das mulheres quanto a livre escolha dos métodos contraceptivos⁽⁴⁾.

Constituindo-se em uma temática complexa, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que promovam a escuta das mulheres. Contribui-se, dessa forma, para a implementação de ações conectadas às demandas em planejamento reprodutivo. Assim, questionou-se, qual a vivência feminina sobre contracepção? Pautado nesta questão condutora, o objetivo desse estudo foi analisar a vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e do tipo descritivo e exploratório. Ao optar por esta estratégia buscou-se a apropriação da subjetividade e dos contextos envolvidos na problematização das relações entre os agentes investigados e pesquisadora.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e das opiniões, resultado das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. A pesquisa exploratória visa propiciar maior familiaridade com o problema, envolve levantamentos bibliográficos e entrevistas. Já os estudos descritivos permitem a descrição de características de um grupo ou fenômeno podendo também estabelecer relação entre as variáveis e, além disso, determinar o tipo dessa relação⁽⁵⁾.

A pesquisa é um recorte de um Projeto de Iniciação Científica Voluntária-PIVIC, intitulado "Práticas em Planejamento Reprodutivo: Uma análise a partir da categoria gênero". Foi realizada em três Unidades Básicas de Saúde, sendo uma destas localizada na zona rural, vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, juntamente com a Universidade Federal de Campina Grande, no município de Lagoa Seca-PB, cidade de pequeno porte localizada na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, que possui população predominantemente urbana e economia agrária. Com o uso de um roteiro semiestruturado para as questões de caráter aberto, foram entrevistadas 15 mulheres selecionadas por sorteio a partir dos prontuários de atendimentos.

Como critérios de inclusão, adotou-se usuárias que tivessem idade entre 10 e 49 anos, por se tratar da faixa etária de mulheres em idade reprodutiva, especificamente cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Lagoa Seca-PB, local onde as entrevistas foram realizadas, em salas disponibilizadas pelos profissionais de saúde. E como critério de exclusão, elegeu-se usuárias que não estivessem em idade reprodutiva. As unidades oferecem serviços de atenção primária à saúde, entre eles a atenção em planejamento reprodutivo,

A coleta de dados foi realizada de janeiro a maio de 2013. A identificação se deu conforme numeração atribuída à entrevista, reiterando o sigilo e anonimato. As mulheres, após explicitação da forma de participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entre as questões norteadoras que subsidiaram a entrevista destacam-se, além do perfil socioeconômico das mulheres, questões que envolviam experiências sobre sexualidade e

contracepção, participação do parceiro e a avaliação dos serviços de saúde.

Para o exame do material foi utilizada a técnica da análise de conteúdo temática, cumprindo as seguintes etapas: *pré-análise*: leitura minuciosa dos dados coletados; *exploração do material*: nesta fase os dados foram organizados e categorizados com foco na questão norteadora do estudo; *resultados e interpretação*: as categorias foram analisadas e interpretadas de acordo com o referencial teórico⁽⁵⁾.

Para manter a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram transcritas na íntegra e os dados foram organizados e categorizados com foco na questão norteadora do estudo. As categorias foram analisadas e interpretadas de acordo com os estudos que abordam gênero e a saúde sexual e reprodutiva.

A pesquisa respeitou as recomendações da Resolução 196/96, vigente à época, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, CAAE nº. 03466612.7.0000.5182 e protocolo nº 52909.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da categoria central ‘Escolhas contraceptivas femininas e sua relação com a dinâmica de gênero’ emergiram as subcategorias ‘construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência’; ‘desdobramento da dinâmica de gênero na (contra)cepção na adolescência’; ‘medicalização do corpo feminino’.

Caracterização das usuárias

A idade das entrevistadas variou de 16 a 48 anos, as faixas etárias mais prevalentes foram 15 a 19 anos (3), 20 a 25 anos (3) e 26 a 30 anos (3), seguidos por 36 a 39 anos (2), 40 a 45 anos (2), 31 a 35 anos (1) e 46 a 48 anos (1).

A maioria declarou-se católica (12), casada (9), renda individual inferior a um salário mínimo (12), desenvolvendo atividades informais remuneradas (8), o número de filhos variou entre nenhum filho (2), 1 filho (8), 2 filhos (2) e 3 filhos ou mais (3).

A análise dessas variáveis não remeteu a representações expressivas quanto à vivência sobre contracepção. Em consonância com a literatura, não se encontra associação significativa entre o uso de método contraceptivo e as variáveis demográficas e socioeconômicas analisadas⁽⁶⁾. Todavia, revelou-se a maior vulnerabilidade social e econômica, como baixa renda *per capita*, predomínio de baixa instrução entre as entrevistadas e desempenho de atividades que requerem baixa qualificação formal (manicure, agricultora e vendedora).

Foram identificados mais fatores de vulnerabilidade entre àquelas residentes na zona rural, estando todas as

entrevistadas inseridas com renda média inferior a um salário mínimo. Ademais, todas casaram mais cedo, possivelmente devido às questões culturais e à baixa perspectiva de futuro fora do casamento.

Construção desigual das identidades de gênero na infância e adolescência

Destacaram-se a influência das relações de poder, no qual as mulheres, sobretudo aquelas com menor renda e da zona rural, desfrutaram de uma criação rígida e opressora na infância e adolescência, principalmente impetrada pela figura paterna.

Ele era bem retraído [o pai], ele não deixava eu brincar com menino, não deixava eu sair na rua, ele sempre me privou de muita coisa, que eu só vim saber depois que eu me casei (Usuária 1).

Até quando eu completei 15 anos, para ir à praça, uma festa, ele [pai] fazia a maior briga (Usuária 8).

Percebe-se que a construção da identidade feminina foi edificada por normas que restringiram o papel feminino ao espaço privado e, quando fora dele, requerendo constante vigia pela figura opressora (masculina) ou por outro agente cumprindo sua designação (mãe, irmão, tia, avó). O cerceamento da liberdade não é sempre percebido pela mulher, pois ocorre de forma velada, sendo inculcada e naturalizada nas práticas sociais via estereótipos de gênero.

Meu pai era muito ignorante, mas não era a ponto de prender a gente [...]. A gente podia brincar, mas era muito quem trabalhava mais, quem ajudava mais os pais. De manhã eu estudava e à tarde eu ajudava a minha mãe, porque minha mãe fazia muita coisa, comida em casa para vender e eu ajudava, tanto nas comidas como nas tarefas domésticas, então eu não tinha muito tempo, eu brincava mais com meu irmão, que é um ano mais novo só do que eu. E assim, eu não podia sair [...] ele [pai] não deixava eu sair porque não tinha ninguém pra tá saindo [acompanhando, vigiando], como meu irmão era menor e a minha mãe não saía muito, eu só saía ou com ela ou com ele, ou então pro colégio sozinha, do colégio pra casa. E assim, além das outras coisas era tudo normal (Usuária 10).

Se eu chegasse em casa com namorado, e eles vissem, eu levava uma “pisa”, tá entendendo? A gente não tinha muita liberdade (Usuária 7).

Depreende-se a restrição do papel feminino às tarefas domésticas, o direito à brincadeira como recompensa pelo trabalho e a necessidade de vigilância pela figura de autoridade na família responsável por cumprir a designação paterna.

Para algumas entrevistadas, a liberdade percebida na infância, foi transformada em uma vivência mais controlada e vigiada na adolescência, sobretudo, devido às modificações da puberdade (menstruação) e a sexualidade (relação sexual e gravidez). A sexualidade feminina historicamente foi reprimida em razão da manutenção da ordem androcêntrica, pois o modelo de sexualidade dominante, normativo, aceito socialmente, é o que corresponde à sexualidade masculina, enquanto a sexualidade feminina permanece velada em muitos contextos, reforçando crenças e padrões de comportamento entre mulheres⁽⁷⁾.

Pode-se identificar também que apesar de algumas mulheres declararem não ter tido uma criação rígida, isso não refletiu em orientações sobre temas relativos à sexualidade.

Mãe nunca falou dessas coisas para evitar filho não! (Usuária 3).

Quando eu morava em casa ainda sabe, eu via que minha mãe tomava [usava contraceptivo hormonal oral], só que eu não sabia assim, que era pra evitar [filhos], aí depois que minha tia que era mais nova falou, mas minha mãe não falava não (Usuária 2).

As falas demonstraram a fragilidade do tipo de orientação oferecida e a falta de diálogo no espaço familiar. Apenas uma das usuárias ouviu falar a primeira vez em métodos contraceptivos por intermédio da mãe, dado confrontado com as demais entrevistadas que declararam ter ouvido falar a primeira vez sobre métodos contraceptivos com amigas, tias, cunhadas ou por meio da televisão.

Deve ser ressaltada a preocupação com a qualidade da informação recebida, pois a orientação em contracepção não envolve apenas os tipos de métodos, mas também seu uso correto, a escolha individual do melhor método, suas vantagens e desvantagens⁽⁸⁾.

Como forma de resistência à vivência restritiva no espaço familiar, observou-se a opção pelo relacionamento afetivo ainda na adolescência, motivada pelo desejo de obter maior autonomia e liberdade.

Não deixava sair não [pai], era muito difícil. Eu já me casei por causa disso! Porque eles [pai e mãe] não deixavam, aí casei. Eu já não saía de casa (Usuária 7).

A falta de perspectiva fora da união afetiva e a ausência de projetos profissionais conduzem às escolhas que legiti-

nam e reforçam o status de submissão e tutela masculina. O casamento permanece ainda como modo para estruturarem as expectativas de vida⁽⁹⁾.

Observa-se que o caráter privado da educação familiar, marca a vivência das mulheres, repercutindo em pouca ou nenhuma informação sobre sexualidade e contracepção, o que provoca a imersão em um relacionamento sem a base para contracepção na adolescência.

Desdobramento da dinâmica de gênero na (contra)concepção na adolescência

Todo o universo entrevistado revelou que a primeira relação sexual aconteceu ainda na adolescência, durante a fase de namoro em relacionamento heterossexual.

Eu comecei a namorar com esse meu esposo, eu tinha 13 anos, aí a gente namorou 3 anos. Nos primeiros 2 anos, a gente não teve nada e depois, quando começou a ter, a gente começou a usar preservativo, só isso [a primeira relação foi desprotegida]. Mas eu sabia que existia outras coisas [pílula], mas por essa questão de não "tá" saindo, sair sem minha mãe perceber e tudo mais [...]. Precisava de uma consulta médica para explicar, pra "tar" tendo acesso aos comprimidos, a gente usava preservativo, mas era uma coisa muito difícil (Usuária 10).

Na ocasião da primeira relação, a maioria (8) não utilizou qualquer método contraceptivo. Das que utilizaram contracepção (7), todas referiram o uso do preservativo masculino. De fato, o preservativo é o método mais conhecido entre as/os adolescentes, todavia, destaca-se que a mulher geralmente se envolve mais com a contracepção, enquanto os homens vivenciam sua sexualidade de uma forma despreocupada, o que aumenta a frequência de gravidez inesperada e Infecção Sexualmente Transmissível (IST), além de sobrecarregar as meninas com a responsabilidade da contracepção. A questão de gênero também está presente, pois se por um lado os meninos se sentem menos responsáveis, as meninas por sua vez, sentem vergonha, o que reflete ainda uma baixa adesão ao uso do método⁽⁸⁾.

A utilização do preservativo masculino como método, ocorre no início dos relacionamentos sexuais. Contudo, seu uso é descontinuado assim que o vínculo se firma, quando se passa a ter "confiança" ou "conhecer melhor" o parceiro⁽¹⁰⁾. Quando questionadas sobre a opção por este método, as entrevistadas revelaram o pouco conhecimento e a frágil autonomia feminina, relegando o ato da escolha a iniciativa masculina.

É, se fosse por mim [não faria a escolha pelo preservativo], 16 anos, né? Mesmo que ser guria (Usuária 07).

No caso no início, foi o preservativo, no caso por escolha dele [parceiro], né? (Usuária 14).

O uso do preservativo no início do relacionamento, evento em que o parceiro toma como responsabilidade, nos leva a questionar a autonomia feminina, marcada mais uma vez pela falta de informação sobre contracepção, nessa fase da vida⁽¹¹⁾.

A iniciação sexual desprotegida na adolescência está relacionada às iniquidades estruturais e intrafamiliares e podem contribuir para o aumento das vulnerabilidades do início precoce e desprotegido da atividade sexual, como exposição às IST e gestação não planejada. A interação entre pobreza, baixa escolaridade e baixa autoestima reduz as possibilidades de as adolescentes construírem mecanismos de autoproteção e as tornam mais vulneráveis⁽¹²⁾.

O evento da gravidez não planejada, relatado pelas usuárias entrevistadas (13), todas na adolescência, revela o sentimento de ambivalência com as representações sobre a gravidez na adolescência, como sentimento de tristeza e satisfação com a expectativa de aquisição de maior autonomia.

Eu chorei, que eu tinha 16 anos [...] melhorou mais, completei 17 anos, ficando mais velha (Usuária 06).

No caso, assim, eu fiquei um pouco parada no tempo, achava que não estava preparada, mas aí depois fui me conformando com a ideia, casei com meu esposo (Usuária 4).

A despeito da ampliação do acesso à informação e aos métodos contraceptivos, estima-se que, a cada ano, 80 milhões de mulheres no mundo experimentem uma gravidez indesejada, o que guarda relação com a influência de fatores contextuais e individuais⁽¹³⁾.

Apesar de relatarem a falta de planejamento e de desejo pela gravidez, as mulheres não utilizavam método contraceptivo, portando se sujeitavam ao risco de gravidez indesejada. A aceitação da gravidez não planejada para as mulheres e as famílias é permeada pela cessão da tutela feminina para o companheiro.

Foi sem querer. Não tava utilizando nada, mas também não queria não [risos]! Foi no namoro, aí foi quando a gente casou! (Usuária 15).

A despeito dos arranjos sociais praticados pelas usuárias, desataca-se que o fenômeno de gravidez não planejada e

principalmente na adolescência, por acarretar riscos à saúde e implicações sociais, como limitações na educação, que refletirão em restrições nas opções de subsistência, independência econômica e empoderamento na idade adulta⁽¹⁴⁾.

Estudos apontam que as/os adolescentes apresentam alguns conhecimentos e atitudes adequadas em relação à contracepção, todavia ainda há a necessidade de ações de prevenção e orientação sexual, visto que o pouco diálogo com parceiro, a não adoção de métodos de prevenção em todas as relações sexuais e a ocorrência de gravidez não planejada ainda se colocam como desafio para o serviço de saúde⁽⁸⁾. Corroborando esta compreensão, identificou-se o distanciamento dos serviços de saúde quanto à problemática nessa faixa etária, assim como da faixa etária adulta.

As lacunas deixadas pelos serviços de saúde em relação a seu papel como fonte de informação, orientação e meio para obter métodos contraceptivos, são acentuadas no contexto analisado. No entanto, os serviços de saúde têm um papel importante para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, seja ampliando seus conhecimentos, fortalecendo suas práticas de cuidados ou promovendo uma reflexão sobre as repercussões da desigualdade de gênero, no bem-estar e na qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Medicalização do corpo feminino

A escolha do método contraceptivo mostrou-se delineada pelas iniquidades de gênero e medicalização do corpo feminino.

A maior parte das entrevistadas (13) revelou o uso de método contraceptivo masculino (preservativo) em algum momento de suas vidas, sobretudo na adolescência (iniciação sexual). Contudo, a partir da estabilização da relação afetiva, a utilização do método foi reduzida (4), sendo mantida em alguns casos, principalmente, pela dificuldade em utilizar o contraceptivo oral. Apenas uma mulher relatou o uso do preservativo como forma de prevenção de IST.

Eu uso os dois [...] porque os maridos sempre têm os pulinhos por fora, né? Aí eu não sei o que ele pega por fora, tem que se cuidar também. Comprimido é para não pegar criança e a camisinha para se prevenir de outras coisas (Usuária 07).

Esse é um dado preocupante, pois a baixa prevalência do uso de preservativos torna a mulher, sobretudo a casada, mais vulnerável ao risco de adquirir doenças de transmissão sexual⁽¹⁶⁾.

O segundo método mais utilizado pelas mulheres foi o contraceptivo oral, sendo mencionado como forma con-

traceptiva em algum momento da vida ou como desejo futuro (11). Apesar disso, apenas parte delas (4) utilizam o método atualmente. Logo, percebe-se que estes resultados se aproximam dos que foram encontrados em outro estudo que aponta o contraceptivo oral como o método frequentemente mais utilizado, sobretudo, causado pelo pouco conhecimento e falta de acesso a outros métodos⁽¹⁷⁾.

Destaca-se que as mulheres entrevistadas relataram diversas queixas relacionadas ao uso do contraceptivo oral, sendo este o principal motivo para a gravidez indesejada, para o abandono e/ou para a escolha dos demais métodos mencionados: laqueadura tubária (4), injetável (1), lactação e amenorreia (1).

Eu não me dou com certo tipo de comprimido, aí eu mudando, sem me prevenir, sem conhecer [...] aí engravidei [Engravidou utilizando contraceptivo oral] (Usuária 01).

Eu sentia falta de ar sempre, que eu utilizava aquele [tipo de contraceptivo oral 1], aí depois que eu tive ela [filha], eu usei aquele [tipo de contraceptivo oral 2], aí eu fiquei doente, meu leite secou, aí comecei a tomar injeção (Usuária 02).

Estes achados demonstram a fragilidade de informação acessível e a dificuldade da mulher em associar suas metas reprodutivas com a utilização de um método seguro, eficaz e compatível com seu bem-estar.

As pílulas anticoncepcionais, usadas majoritariamente sem prescrição e acompanhamento por profissional de saúde, são adquiridas com recursos próprios e, apesar das contraindicações, são usadas erroneamente em muitos casos. Isto leva ao aumento dos efeitos adversos e/ou subterapêuticos, o que favorece uma tendência ao uso inconsistente⁽¹⁷⁾.

Para assegurar o controle sobre a fecundidade, observa-se um alto índice de usuárias que optaram pela laqueadura tubária, método irreversível, ainda muito utilizado, sendo o mais extremo dos aspectos da medicalização da contracepção⁽¹⁸⁾.

Teve uma amiga minha que disse, você quer fazer a ligação? Negócio de política, sabe? [...] eu disse mulher, e eu sei, eu tão novinha, fiz com 25 anos, aí ela disse, mas mulher tu mora em casa de sogra e tudo, aí eu fui e fiz, até hoje não me arrependo não (Usuária 05).

A submissão à laqueadura tubária mais uma vez reforça a falta de autonomia das mulheres em relação à contracepção e poder sobre seus corpos⁽¹⁸⁾. Neste sentido, o uso abusivo dos procedimentos cirúrgicos e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros das distorções

na atenção ao planejamento reprodutivo e evidenciam o controle biomédico sobre os corpos femininos⁽¹⁹⁾. A medicalização é responsável por interferências desnecessárias e pelo deslocamento da mulher do papel protagonista para objeto de intervenção.

Nenhuma das usuárias citou que o parceiro realizou a vasectomia. Quando questionada sobre isso, entendem que a responsabilidade deveria ser dos dois, porém se sentem sobrecarregadas e induzidas a realizar o processo por compreender que o parceiro não realizaria.

Deveria reconhecer mais né, que a mulher também fica mais sofrida, né? E o homem não, só aquela coisinha e pronto, e no outro dia já pode trabalhar, e a mulher não. Mas, não tive o que fazer (Usuária 03).

A falta de intervenção dos serviços de saúde sobre estas questões foi evidenciada, pois nenhuma das usuárias declarou participar de ações em planejamento reprodutivo na unidade, muitas não sabiam se existia. A maioria ainda relatou que o método que utilizava não era fornecido pela unidade de saúde.

Quando eu "tava" tomando os comprimidos faltava bastante. Aí o que faz? [...] Passa o remédio e se você não comprar [...] (Usuária 04).

A literatura revela que os serviços de saúde não estão devidamente estruturados para acolher as demandas das mulheres em contracepção. Entre os motivos, são destacados a incipiente oferta de métodos, a restrita participação dos membros da equipe e a baixa adesão feminina às atividades desenvolvidas⁽²⁰⁾.

Enfatiza-se que esse descompasso pode ser agravado quando os serviços de saúde desconsideram ainda os vieses de gênero imbricados na vivência feminina sobre a contracepção. Reforça-se o argumento de que para garantir o direito e a autonomia reprodutiva feminina, é necessária a ampliação das estratégias para efetiva concretização, com destaque para os aspectos relacionais do cuidado em saúde.

■ CONCLUSÃO

A análise da vivência da mulher sobre contracepção revelou os desdobramentos dos estereótipos de gênero na infância, passando pela adolescência e reproduzidos na vida adulta feminina.

Demonstrou-se que a vida restritiva feminina associa-se à iniciação sexual precoce e desprotegida, incorrendo prin-

principalmente na gravidez não planejada, reforçando a falta de recursos para o planejamento das metas reprodutivas.

Esses resultados evidenciam a necessidade do desenvolvimento de estratégias e ações integradas (saúde, família, escola, comunidade) para a efetivação do direito à livre escolha. Para tanto, é necessário superar os estereótipos de gênero que delimitam, diferentemente para mulheres e homens, a vivência da sexualidade na adolescência e vida adulta.

Esse estudo possui como limitação a restrição da análise ao universo feminino. Desse modo, sugere-se que os estudos, assim como as ações nos serviços, contemplem a percepção masculina. Visto que o homem deve assumir o compromisso com as escolhas contraceptivas na mesma intensidade que a mulher. Acolhendo as demandas das/os usuárias/os pode-se efetivar o direito à saúde sexual e reprodutiva em consonância com a atenção integral.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Zangão M, Sim-Sim M. Sexual double standard and affective-sexual behaviors in adolescence. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Sep 10];5(spe):328-35. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1742>.
3. Guimarães NA, Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social - Rev Sociol USP* [Internet]. 2014 jun [citado 2015 dez 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/05.pdf>.
4. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2014 set 10];25(3):415-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300015&lng=en.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Duarte HHS, Bastos GAN, Del Duca GF, Corleta HE. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2011 dez [citado 2014 set 10];29(4):572-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400016&lng=en.
7. Santos SMP, Gonçalves RL, Azevedo EBA, Pinheiro AKD, Barbosa CA. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 jan/mar [citado 2014 set 10];4(1):113-22. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8819/pdf>.
8. Mendes SS, Moreira RMF, Martins CBG, Souza SPS, Matos KF. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2011 set [citado 2014 set 10];29(3):385-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000300013&lng=en.
9. Engel MG. Gênero e política em Lima Barreto. *Cad Pagu* [Internet]. 2009 abr [citado 2016 abr 29];32:365-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332009000100012.
10. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2014 set 11];25(supl 2):s269-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en.
11. Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 ago [citado 2014 set 10];14(4):1063-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400013&lng=en.
12. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2014 set 10];56(4):440-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400017&lng=en.
13. Goicolea I, San Sebastian M. Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. *Int J Equity Health* [Internet]. 2010 [cited 2014 Sep 10];9:14. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-9-14.pdf>.
14. McCleary-Sills J, Douglas Z, Rwehumbiza A, Hamisi A, Mabala R. Gendered norms, sexual exploitation and adolescent pregnancy in rural Tanzania. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Sep 10];21(41):97-105. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684192>.
15. Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 jun [citado 2014 set 10];18(6):1795-807. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600030&lng=en.
16. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 jan [citado 2014 set 10];25(supl 2):s321-s3. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=en.
17. Andrade EC, Silva LR. Planejamento familiar: uma questão de escolha. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [citado 2014 set 10];11(1):85-93. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a11.pdf.
18. Moura ERF, Vieira RPR. Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 set [citado 2014 set 13];31(3):536-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n3/v31n3a18.pdf>.
19. Carvalho JO, Lemos AL, Cerqueira JC. Production of literature about human sexual and reproductive rights in health care and its relationship with nursing. *R Pesq: Cuid Fundam* [Internet]. 2010. Jul/Sep [cited 2014 Sep 11]; 2(3):1154-64. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/651/pdf_53.
20. Costa MM, Crispim ZM. The family planning's health policy from the nurse's perspective. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2010 Apr/Jun [cited 2014 Sep 10]4(2):568-76. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/759>.

■ Autor correspondente:

Thalyta Francisca Rodrigues de Medeiros
E-mail: thalyta_cg@hotmail.com

Recebido: 27.07.2015

Aprovado: 04.04.2016