

Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate

From unplanned pregnancy to contraception:
contributions to the debate

Del embarazo no planificado a la anticoncepción:
aportes al debate

Elaine Reis Brandão ^{1,2}
Cristiane da Silva Cabral ³

doi: 10.1590/0102-311X00211216

Resultados recentes divulgados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (CSP 2014; v. 30 sup. 1), na imprensa nacional ^{1,2}, reforçam a necessidade de um debate social mais amplo sobre o tema da contracepção e da gravidez imprevista. O inquérito, realizado entre 2011-2012, destaca a elevada prevalência de gravidez não planejada no Brasil, que chega a 55,4% das mulheres entrevistadas. Os dados mostram, ainda, que 25,5% das entrevistadas preferiam esperar mais tempo para ter um bebê e 29,9% simplesmente não desejavam engravidar em nenhum momento da vida, atual ou futuro. Resultados semelhantes foram antes divulgados por outros estudos ³.

Há muito tempo esse assunto permeia várias outras graves questões no campo da saúde coletiva, e seu enfrentamento teórico e político torna-se premente. O tema da gravidez na adolescência, por exemplo, é tratado sob diferentes perspectivas teórico-metodológicas e disciplinas, nem sempre permitindo a compreensão das questões culturais que a condicionam. A epidemia do Zika vírus nos trouxe novos e urgentes desafios no tocante ao planejamento reprodutivo e à garantia do direito ao aborto para as mulheres grávidas infectadas pelo vírus. Há que se mencionar também as mutilações, sequelas, enormes transtornos e sofrimento provocados pela experiência do aborto ilegal no país, comprovados por diversas investigações ^{4,5,6,7,8,9} e pela divulgação dos resultados da última *Pesquisa Nacional do Aborto 2016* ¹⁰. De fato, esses três eventos – a gravidez na adolescência, a gravidez em contexto de epidemia do Zika vírus e a ampla prática do aborto ilegal no Brasil – nos conduzem a refletir em duas direções: a inarredável defesa do aborto como um direito reprodutivo das mulheres, em qualquer idade e circunstância social, tematizado em recentes artigos que discutem a questão motivados pela epidemia de Zika vírus ^{11,12,13}, e a problematização das muitas dificuldades que cercam o aprendizado e o domínio femininos da contracepção. Aqui, optaremos pela segunda via, por considerarmos que se trata de uma discussão mais estéril e escassa no Brasil, deslocando a reflexão para o momento prévio à gravidez a fim de tentar aproximar das possíveis razões da ocorrência de tantas gravidezes imprevistas entre nós.

Em geral, a questão da contracepção é tratada na saúde coletiva sob a perspectiva do conhecimento, do uso e do acesso aos métodos contraceptivos, ou seja, como uma questão técnica, individual e não propriamente cultural. Chega-se a ouvir comentários de surpresa e ceticismo diante do fato de haver atualmente uma ampla oferta de métodos modernos de contracepção e ainda existir indicadores elevados de gravidez não prevista. Como compreender tal aparente paradoxo? Argumentar sobre tipos

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

E. R. Brandão
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Av. Horácio Macedo s/n, Rio de Janeiro, RJ 21941-598, Brasil.
brandao@iesc.ufrj.br



de métodos, disponibilidade e distribuição, recomendá-los ou mesmo prescrevê-los não significa que se esteja tornando-os parte do cotidiano de muitas mulheres.

O manejo contraceptivo é um processo de múltiplos níveis e compreende uma série de decisões e lógicas complexas entranhadas em diversos domínios da vida, requerendo análise acerca de práticas e representações sociais de contracepção, maternidade, conjugalidade, família, vinculação com sexualidade, sem deixar de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta contraceptiva (disponibilidade de serviços e de métodos) ^{14,15,16,17}.

Aprender a administrar ou gerir a contracepção ao longo da vida sexual e reprodutiva das mulheres significa que antes temos que aprender a dialogar sobre sexualidade e relações sociais entre gêneros, habilidades sem as quais não se consegue identificar e enfrentar as dificuldades para o manejo dos métodos, segundo suas especificidades. Não há um método ideal para se evitar filhos, mas é preciso interagir com as adolescentes e mulheres para se conhecer suas experiências sexuais, suas posições nas hierarquias de gênero que estruturam os relacionamentos afetivo-sexuais, as circunstâncias que ensejam tal parceria sexual – ocasional, fortuita, entre amigos, com companheiro mais frequente ou cônjuge, se solteira ou em relacionamento estável, e em qual momento da trajetória sexual e reprodutiva ela se encontra. Enfim, é necessário conhecer seus projetos de vida, desejos e ambições, em face dos momentos de vulnerabilidade inerentes às condições estruturais em que vivem para se compreender suas limitações, dificuldades e, principalmente, o lugar da maternidade e da reprodução em suas vidas e círculos de sociabilidade mais próximos.

Afirmar que exercer a contracepção é um ato cultural significa dizer que ela está permeada por valores, crenças, emoções, incertezas e dúvidas. Precisamos adquirir primeiro o domínio de si, gerenciar nossas emoções, exercitar a arte do diálogo e da negociação com os respectivos parceiros sexuais (algo nem sempre possível), e com os pais ou adultos responsáveis, no caso das adolescentes, também nem sempre fácil pelas inúmeras resistências que os adultos têm em aceitar a atividade sexual nesta fase da vida. Isso significa conquistar uma certa autonomia como pessoa, segundo a diversidade de nossas histórias de vida.

Imaginem o desencontro entre todas as necessidades implícitas no aprendizado e domínio da contracepção, sempre passível de falhas e atropelos de última hora, e o que ofertam os serviços públicos de saúde e a maioria dos profissionais de saúde, que atestam sobre a “ignorância”, “desinformação” e “desconhecimento” da população usuária. Sem amparo profissional e ético das equipes de saúde, que prestam assistência, acompanhamento e avaliação das condições de saúde das usuárias e facultam como mediadoras o acesso aos métodos contraceptivos, não será possível transpor diversas barreiras citadas.

Tais aspectos são objeto de estudos em muitos países como Estados Unidos ^{14,18} e França ¹⁶, onde também são encontrados patamares elevados de uso de métodos contraceptivos e de gravidez imprevista, o que aponta para a complexidade da questão entre mulheres de diferentes classes sociais e níveis de escolaridade. Por vezes, retomam-se as discussões sobre a eficácia do método, que os hierarquizam segundo suas taxas de insucesso e coloca-se em cena a diferença entre eficácia teórica (medida probabilística, estimada em condições artificiais) e eficácia prática (que remete à experiência pessoal dos indivíduos com cada método). Esses elementos aquecem os debates sobre “fracasso” contraceptivo, descontinuidades contraceptivas ¹⁹ e chancelam as crescentes discussões sobre os contraceptivos de longa duração (LARC), os quais prescindem da ação direta e contínua da usuária por certo período de tempo. É muito pouco ou quase nada é fomentado em termos da contracepção masculina, o que não nos parece casual.

Abordar questões relativas às vivências em sexualidade e às experiências de gênero, que circunscrevem as trajetórias sexuais e reprodutivas femininas, impõe também considerar as repercussões morais que a publicidade de nossas experiências íntimas despertam. Preconceitos e discriminações de gênero (fisicamente violentas ou não) se coadunam com regras morais que prescrevem os comportamentos sociais de homens e mulheres segundo uma rígida hierarquia em favor do masculino. As manifestações de exaltação das performances sexuais masculinas, da virilidade como atributo central da masculinidade heterossexual implicam quase sempre uma maior responsabilidade das mulheres na assunção dos cuidados contraceptivos. Se tal racionalidade não se efetiva, elas são punidas socialmente por uma gravidez não prevista, seja porque terão de enfrentar a gestação e a maternidade

(sem desejarem naquele momento), um aborto inseguro ou o julgamento social daqueles que não compreendem as dificuldades inerentes ao controle de si, tomando-as por displicentes, negligentes ou “sem vergonha”. As mulheres que buscam a contracepção de emergência, nos serviços públicos de saúde ou nas farmácias, por terem tido uma relação sexual sem proteção, excetuando-se os casos de violência sexual, sofrem a culpabilização de suas práticas^{20,21}.

Sejam métodos contraceptivos de barreira (preservativos masculino ou feminino, diafragma), hormonais (pílulas) ou os de longa duração (injeção, implante subdérmico, DIU), há que se ter em mente as diferentes possibilidades de escolha e de vínculo com profissionais de saúde sensíveis ao tema, para que em um plano individual eles colaborem sobretudo na avaliação conjunta para escolher o método que mais se adeque ao momento e/ou situação de vida da mulher. Em um plano mais amplo, as políticas públicas precisam garantir não apenas o acesso, mas uma ampliação do *mix* de métodos contraceptivos e fomentar soluções para os momentos em que ocorrem “falhas”, pelo incentivo à contracepção de emergência e acesso ao aborto. Sem tais iniciativas não se consegue fazer respeitar os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

Colaboradores

As autoras participaram igualmente de todas as fases de elaboração do manuscrito.

1. Thomé C. 55% das mães não queriam ter filhos, aponta pesquisa. O Estado de S. Paulo 2016; 2 dez. <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,55-das-maes-nao-queriam-ter-filhos-aponta-pesquisa,10000092047>.
2. Dantas C. Mais de 55% das brasileiras com filhos não planejaram engravidar, diz estudo. G1 2016; 1 dez. <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-55-das-brasileiras-com-filhos-nao-planejaram-engravidar.ghtml>.
3. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S193-204.
5. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:959-66.
6. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1671-81.
7. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Itinerários abortivos em contexto de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1699-708.
8. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Cordeiro F, Azize RL. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Salud Soc (Rio J.)* 2012; 12:224-57.
9. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2016; 23:37-56.
10. Anis – Instituto de Bioética; Universidade de Brasília. Pesquisa Nacional do Aborto 2016 - nota de imprensa. <https://www.facebook.com/notes/anis-instituto-de-bio%3a9tica/pesquisa-nacional-do-aborto-2016-nota-de-imprensa/1291464097593186> (acessado em 05/Dez/2016).
11. Camargo TMCR. O debate sobre aborto e Zika: lições da epidemia de AIDS. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00071516.
12. Galli B, Deslandes S. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00031116.
13. Baum P, Fiastro A, Kunselman S, Vega C, Ricardo C, Galli B, et al. Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00064416.
14. Luker K. Taking chances: abortion and the decision not to contracept. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1975.
15. Bateman-Novaes S. La grossesse accidentelle et la demande d'avortement. *L'Année Sociologique* 1979-1980; 30:219-41.
16. Bajos N, Ferrand M; L'Équipe Giné. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues*. Paris: INSERM; 2002.
17. Cabral CS. Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
18. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception* 2008; 77:10-21.
19. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009; 1:1-6.
20. Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Oliveira NVBV, et al. "Bomba hormonal": os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00136615.
21. Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Oliveira NVBV, et al. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. *Horizontes Antropológicos* 2017; 23:131-61.

Recebido em 16/Dez/2016
Aprovado em 06/Jan/2017