

As (im)possibilidades no manejo contraceptivo de jovens mulheres do Rio de Janeiro, Brasil: desafios à justiça reprodutiva

The (im)possibilities in contraceptive management of young women in Rio de Janeiro, Brazil: challenges to reproductive justice

Las (im)posibilidades en la gestión anticonceptiva para mujeres jóvenes en Río de Janeiro, Brasil: desafíos para la justicia reproductiva

Laiz Bueno Rodrigues <https://orcid.org/0009-0006-3398-3981>¹; Elaine Reis Brandão <http://orcid.org/0000-0002-3682-6985>¹

Resumo O artigo analisa narrativas de jovens mulheres, de camadas populares e médias, sobre suas intenções de (não)engravidar e vivências reprodutivas, considerando as dimensões de gênero, condição socioeconômica, raça e geração. Trata-se de pesquisa socioantropológica, cuja análise inspirou-se na matriz interseccional. O material empírico reúne oito entrevistas em profundidade, realizadas em 2021 e 2022, com mulheres cisgêneras, de 17 a 24 anos, do Rio de Janeiro. As jovens de camadas populares relataram dificuldades em acessar o DIU de cobre ou a laqueadura pelo Sistema Único de Saúde e estavam insatisfeitas com seus métodos anticoncepcionais, engravidando de modo não intencional. As de camadas médias não têm dificuldades de acesso aos mesmos, mas problemas no diálogo com ginecologistas. Uma delas engravidou sem intenção. Todas as jovens não desejavam engravidar, mas apenas uma não se sentia em risco. Há sofrimento, desconforto e receio dos efeitos colaterais dos métodos hormonais. Coerção, abuso reprodutivo e violência sexual integram algumas trajetórias. Destacam-se as (im)possibilidades no manejo contraceptivo nos contextos sociais atravessados por opressões interseccionais. Diante das iniquidades sociais em saúde, os desafios à justiça reprodutiva se intensificam.

Palavras-chave Juventude, Anticoncepção, Gravidez, Saúde Reprodutiva, Enquadramento Interseccional

Abstract This article analyzes narratives of young women from lower and middle socioeconomic backgrounds regarding their intentions (not) to become pregnant and reproductive experiences, considering gender, class, race, and generation. This socioanthropological study is based on an intersectional framework. The empirical material consists of eight in-depth interviews, conducted in 2021 and 2022, with cisgender women, aged 17 to 24 years, from Rio de Janeiro. Women from lower socioeconomic backgrounds reported difficulties accessing copper IUDs or tubal ligation through the Brazilian Unified Health System (SUS) and dissatisfaction with contraceptive methods, leading to unintended pregnancies. Middle-class women did not face access issues but did encounter challenges in communicating with gynecologists. One experienced an unintended pregnancy. All expressed a desire not to become pregnant, but only one did not feel at risk. Suffering, discomfort, and fear of hormonal contraceptive side effects were common. Coercion, reproductive abuse, and sexual violence appeared in some narratives. The (im)possibilities of contraceptive management intersect with social contexts marked by multiple oppressions. Given social health inequities, challenges to reproductive justice are heightened.

Key words Youth, Contraception, Pregnancy, Reproductive Health, Intersectional Framework

Resumen El artículo analiza narrativas de mujeres jóvenes, de clases populares y medias, sobre sus intenciones de (no)embarazarse y experiencias reproductivas, considerando género, clase, raza y generación. Investigación socioantropológica basada en marco interseccional. El material empírico reúne ocho entrevistas en profundidad, realizadas en 2021 y 2022, con mujeres cisgénero, de entre 17 y 24 años, en Río de Janeiro. Las jóvenes de clases populares relataron dificultades para acceder al DIU de cobre o a la ligadura de trompas por el Sistema Único de Salud y estaban insatisfechas con sus métodos anticonceptivos, quedando embarazadas de forma no intencional. Las de clases medias no tienen problemas de acceso, pero sí dificultades en el diálogo con ginecólogos. Una de ellas quedó embarazada sin intención. Ninguna deseaba embarazarse, pero solo una no se sentía en riesgo. Se reportan sufrimiento, incomodidad y temor a efectos secundarios de métodos hormonales. Coerción, abuso reproductivo y violencia sexual están presentes en algunas trayectorias. Se destacan las (im)posibilidades en el manejo anticonceptivo en contextos sociales atravesados por opresiones interseccionales. Frente a inequidades sociales en salud, los desafíos para la justicia reproductiva se intensifican.

Palabras clave Juventud, Anticoncepción, Embarazo, Salud Reproductiva, Marco Interseccional

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Cidade Universitária, 21941-592 Rio de Janeiro RJ Brasil. laizbrodrigues@gmail.com

Introdução

O artigo analisa as “narrativas” de jovens mulheres de camadas populares e médias sobre suas intenções de (não)engravidar e suas “vivências” reprodutivas¹, considerando as dimensões interseccionais de gênero, classe, raça e geração. Em contraste às abordagens que se limitam a mensurar o (não)uso dos anticoncepcionais como aspecto central das políticas de regulação da fecundidade, este estudo adota como referencial de análise a “matriz do ativismo reprodutivo”², que articula diferentes dimensões dos fenômenos reprodutivos a partir de uma perspectiva crítica e interseccional.

A chamada “matriz do ativismo reprodutivo” reúne saberes e práticas que analisam os fenômenos reprodutivos de maneira integrada e situada. É composta por três pilares: saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva. O primeiro pilar refere-se às necessidades em saúde, cuidado, informação e acesso a serviços; o segundo, à luta por reconhecimento e proteção legal das possibilidades reprodutivas, especialmente das mulheres. O terceiro, a justiça reprodutiva, constitui um marco analítico e político desenvolvido nos anos 1990 por mulheres negras feministas nos Estados Unidos – como Loretta Ross –, que propuseram esse conceito como crítica e superação às limitações dos enfoques biomédico e liberal centrados no acesso a serviços/insumos ou nos direitos individuais.

Como expressão dos feminismos negros interseccionais, a justiça reprodutiva denuncia a “opressão reprodutiva” como resultante da interação simultânea e complexa de diversas estruturas de dominação – racismo, patriarcado, heteronormatividade e desigualdade de classe – que restringem ou inviabilizam o exercício pleno da autonomia corporal e sexual de populações historicamente vulnerabilizadas. Tal abordagem está ancorada em três valores fundamentais: “(1) o direito de *não* ter filhos; (2) o direito de *ter* um filho; e (3) o direito de *criar* filhos em ambientes seguros e saudáveis”². Além das pautas reprodutivas, também é defendida a autonomia sexual e a liberdade de gênero para todos/as/es. Conforme Ross e Solinger² (p.79): “justiça reprodutiva é a aplicação do conceito de interseccionalidade à política reprodutiva para alcançar os direitos humanos”.

A interseccionalidade, formulada por Kimberlé Crenshaw e aprofundada por autoras como Patricia Hill Collins e Carla Akotirene³⁻⁵, constitui um aporte teórico e metodológico fundamental dos feminismos negros. Ela revela

como os marcadores sociais da diferença – tais como gênero, raça, classe, geração – interagem entre si na produção de desigualdades estruturais. Essa perspectiva evidencia que os efeitos da opressão não são meramente somatórios, mas integrados, simultâneos e interdependentes, constituindo o que Akotirene denomina “matriz de opressão colonialista”⁴, estruturada especialmente pelo racismo, pelo cisheteropatriarcado e pelo capitalismo.

Nesse contexto, a justiça reprodutiva amplia a compreensão das desigualdades ao incorporar as condições materiais, históricas e estruturais que limitam o exercício da autonomia corporal e reprodutiva de certos grupos sociais. Segundo Johnston e Zacharias⁶, para muitas mulheres, a “distância” entre sua realidade cotidiana e o acesso a recursos que permitiriam exercer a autonomia reprodutiva é significativa. Para encurtar essa distância e possibilitar o que as autoras denominam uma autonomia reprodutiva “que vale a pena ter”, é necessário vincular os direitos reprodutivos à crítica das desigualdades estruturais e à busca por justiça social. Dessa forma, o conceito de autonomia reprodutiva é incorporado criticamente à matriz do ativismo reprodutivo, reafirmando seu compromisso com os princípios dos feminismos negros interseccionais e com a transformação das condições concretas de existência.

Assim, ao se vincular os direitos reprodutivos à crítica das desigualdades estruturais, torna-se evidente que as decisões reprodutivas extrapolam a dimensão individual e são moldadas por contextos relacionais e sociais mais amplos. A ênfase na figura da “mulher” que “escolhe” determinado método anticoncepcional (MAC) reforça uma lógica que individualiza e moraliza a responsabilidade reprodutiva, tendendo a culpabilizá-la por qualquer falha nesse processo. Por isso, é mais pertinente refletir em termos de “possibilidade” ou (im)possibilidade contraceptiva/reprodutiva, do que de escolhas puramente voluntárias. A autonomia reprodutiva e o agenciamento das mulheres, nesse sentido, são sempre “relativos”, condicionados pelas restrições e oportunidades inscritas em contextos sociais e estruturais específicos⁷.

Nesse sentido, é fundamental situar as políticas públicas reprodutivas brasileiras em um contexto marcado por avanços tensionados por retrocessos. A análise de Rosa⁸ revela como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) representou um esforço de ampliação do conceito de saúde da mulher, ao incorporar temas como saúde mental e envelhe-

cimento, e ao dialogar com diferentes movimentos feministas. Contudo, sua formulação ainda sustentou a centralidade da reprodução como eixo organizador, reproduzindo uma noção essencialista e universal de “mulher” centrada na fertilidade. O lançamento da Rede Cegonha, em 2011, sinalizou um retrocesso, ao recentralizar a agenda no ciclo gravídico-puerperal e esvaziar a PNAISM, sem a participação ativa dos movimentos sociais. Essa política reafirmou o paradigma materno-infantilista, negligenciando o recorte étnico-racial e as múltiplas identidades femininas. Como Rosa aponta, tais normativas operam como tecnologias de governo que reiteram hierarquias de gênero e sexualidade, excluindo mulheres subalternizadas – como travestis, lésbicas, negras e indígenas – da plena cidadania em saúde.

Segundo Carvalho⁹, apesar de incorporar diretrizes relevantes, a Rede Cegonha manteve lacunas estruturais ao ignorar desigualdades de raça, região e geração. A ausência de uma abordagem interseccional comprometeu sua efetividade, especialmente no cuidado às mulheres negras, frequentemente marcadas não por boas práticas, mas pela omissão de cuidados. Em 2022, sob um governo conservador, a criação da Rede de Acolhimento Materno-Infantil (RAMI) reforçou o foco no ciclo gravídico-puerperal e introduziu a noção de “sexualidade responsável”, ausente em diretrizes anteriores e indicativa de uma moralização dos comportamentos sexuais. Embora vinculada à Agenda 2030 da ONU, a RAMI aprofundou o esvaziamento das pautas de justiça reprodutiva e diversidade, consolidando uma política reprodutiva seletiva e excludente.

A mortalidade materna permanece elevada no Brasil e se agravou durante a pandemia de COVID-19, com um aumento de 94% na razão de mortalidade materna, que alcançou 107,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2021¹⁰. Como resposta a esse cenário, em 2024, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Alyne¹¹, que atualiza e expande as diretrizes da Rede Cegonha para promover um cuidado humanizado e integral à saúde de gestantes, parturientes, puérperas e crianças. A iniciativa busca enfrentar desigualdades étnico-raciais e regionais por meio do fortalecimento da atenção primária, da articulação entre os níveis de atenção e da ampliação do acesso aos serviços de saúde reprodutiva, com foco na redução da morbimortalidade materna e infantil.

Outra dimensão fundamental das políticas reprodutivas, com impacto direto sobre a gravidez imprevista, é a limitada oferta de servi-

ços de aborto legal, atravessada por barreiras institucionais e morais que evidenciam o descompasso entre a legislação vigente e o acesso real nos serviços de saúde. Essa restrição impõe obstáculos especialmente graves nos casos de gestações resultantes de estupros de crianças e adolescentes¹².

Aiken *et al.*¹³ propõem uma reflexão crítica sobre os binarismos amplamente utilizados no planejamento reprodutivo, como (não)planejado, (não)intencional e (não)desejado. Tais categorias, embora hegemônicas em políticas e pesquisas, não captam a complexidade das experiências reprodutivas, tampouco ajudam a avaliar as nuances que envolvem uma gestação em diferentes momentos da vida. Para muitas mulheres, a reprodução pode ser percebida como algo natural e espontâneo, sem que a ausência de planejamento implique, por si só, em riscos à saúde. As autoras sugerem, em lugar de dicotomias, a adoção de um *continuum* entre os polos “intencional” e “não intencional”, reconhecendo que uma mulher pode, ao mesmo tempo, desejar uma gravidez em certo grau, preferir evitá-la em outros contextos ou simplesmente ser indiferente ao tema no momento.

Essas ambiguidades reprodutivas revelam que, para muitas mulheres, trata-se de “escolhas sem escolha”², limitadas pelas condições estruturais de seus contextos de vida. Por isso, torna-se urgente romper com o paradigma da autonomia individual feminina como única referência para políticas públicas, promovendo abordagens que incorporem a interseccionalidade⁷. Essa discussão não deve ser capturada pela lógica neoliberal, centrada em decisões individuais e no custeio privado da saúde. Garantir melhorias na saúde sexual e reprodutiva requer que os direitos sexuais e reprodutivos sejam tratados como responsabilidade estatal e prioridade de políticas públicas².

Essa conexão entre estruturas opressoras e práticas contraceptivas juvenis ganha respaldo empírico na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-2019)¹⁴, que investigou iniciação sexual e uso de contraceptivos entre 125.123 estudantes brasileiros de 13 a 17 anos – universo representativo de cerca de 12 milhões de escolares. Entre os que relataram já ter iniciado a vida sexual, 63,3% declararam ter utilizado camisinha na primeira relação, percentual semelhante ao observado em 2015. No grupo de 13 a 15 anos, esse uso foi ligeiramente menor (61,8%) do que entre os de 16 a 17 anos (64,5%), faixa que apresentou queda de 3,7% em relação à pesquisa anterior. Os maiores percentuais foram

observados entre meninas (66,1%) e estudantes da rede privada (66%). Já o uso de preservativo na última relação sexual caiu para 59,1%, com redução expressiva entre as meninas (54,3%). Grande parte dos jovens adquiriu camisinha em farmácias, mercados ou lojas (40%). O estado do Rio de Janeiro registrou o menor uso na última relação sexual (50,8%). Entre os demais métodos contraceptivos mais frequentes estão a pílula anticoncepcional (52,6%), contracepção de emergência (17,3%) e o injetável (9,8%). Considerando-se a última relação sexual, quase 80% dos jovens utilizaram ao menos um desses três métodos.

Diante desse cenário, o artigo aprofunda a compreensão das vivências reprodutivas de jovens mulheres, destacando como as interseccionalidades de gênero, raça, classe e geração restringem suas escolhas contraceptivas. Ao superar a noção de autonomia individual, adota-se o marco da justiça reprodutiva, que reconhece as múltiplas opressões estruturais e demanda políticas públicas comprometidas com o acesso universal e equitativo à saúde reprodutiva. Nesse contexto, o artigo investiga os dilemas do manejo contraceptivo e o sofrimento a ele associado, evidenciando os limites enfrentados por jovens que buscam métodos não hormonais no SUS, onde as alternativas ainda são restritas.

Métodos

O artigo integra pesquisa socioantropológica multicêntrica mais ampla, “Jovens da era digital: sexualidade, reprodução, redes sociais e prevenção às IST/HIV/Aids”. Tal pesquisa entrevistou 197 jovens, mulheres e homens, de 16 a 24 anos de idade, de quatro capitais brasileiras de meio urbano (Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP, Porto Alegre-RS e Salvador-BA) e em duas cidades do interior (Conceição do Mato Dentro-MG e São Gabriel da Cachoeira-AM). Nosso estudo se vincula à cidade do Rio de Janeiro. As pesquisas tiveram aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE: 46977021.3.3005.5286 e 46977021.3.3004.5257.

Trata-se de um estudo qualitativo sobre trajetórias biográficas juvenis, em perspectiva retrospectiva, que se baseia na coleta de narrativas pessoais sobre experiências vivenciadas pelos próprios interlocutores^{1,15}. As histórias relatadas constituem um material para reivindicações por justiça social, ao revelarem violações ou garantias de direitos humanos, bem como formas de resistência à opressão².

A seleção das interlocutoras seguiu cotas intencionais – ou “critérios de diversificação”¹⁵ – segundo sexo/gênero, raça/cor, inserção social, experiência reprodutiva e sexualidade, visando contemplar uma maior diversidade de contextos sociais. Também foi utilizada amostragem por conveniência, com base em contatos estabelecidos pelos pesquisadores e participantes do estudo. Assim, foram selecionadas oito entrevistas individuais em profundidade, realizadas entre 2021 e 2022, com mulheres cisgêneras de 17 a 24 anos, residentes na cidade do Rio de Janeiro, conduzidas com auxílio de roteiro semiestruturado. Sete ocorreram presencialmente e uma de forma híbrida (parte presencial e parte remota), com duração média de três horas.

Quanto ao perfil das oito jovens, a idade variou de 17 a 24 anos. As jovens de camadas populares (CP) eram majoritariamente negras e as de camadas médias (CM), brancas. A maioria residia com suas famílias de origem, e a distribuição entre zonas Norte, Sul e Oeste da cidade variava, incluindo regiões precarizadas. A renda familiar mensal aproximada variou de R\$ 1.900 a R\$ 2.600 (CP) e R\$ 5.100 a R\$ 16.500 (CM). Houve diversidade religiosa: elas eram evangélicas, cristã e sem religião (CP) e espírita, candomblecista, judaica e umbandista (CM). Quanto à escolaridade, três estavam com o ensino superior em curso (CM; 19, 20 e 24 anos de idade), três tinham ensino médio completo (CP; 18, 20 e 24), uma estava cursando o ensino médio (CM; 17) e outra não o finalizou (CP; 24). Todas as jovens de CM apresentaram algum tipo de trabalho remunerado – bolsistas de ensino, microempresária e estagiária em escola – e apenas uma jovem de CP atuava como confeiteira em casa, ainda sem obter lucro.

A idade de iniciação sexual variou entre 14 e 18 anos. As jovens de CP apresentaram orientação sexual mais alinhada à heteronormatividade, enquanto entre as jovens de CM, apenas uma se identificou como heterossexual. Metade estava namorando, três solteiras com parcerias variáveis e uma casada. Três jovens de CP e uma de CM tiveram experiências reprodutivas (de uma a duas gravidezes, todas levadas a termo). A idade da primeira gravidez variou entre 16 e 20 anos e elas tinham de um a dois filhos. Todos os nomes das jovens são fictícios (codinomes).

Procedemos à análise temática reflexiva^{1,16} do material empírico à luz de abordagens inspiradas nas teorias sociais críticas interseccionais, derivadas do pensamento feminista negro^{2-5,17,18}. A possibilidade de enquadramento analítico das vivências juvenis femininas sob a matriz teóri-

ca da interseccionalidade, oriunda das autoras feministas negras, nos faculta a integração dos marcadores sociais da diferença (classe, gênero, raça, território etc.) na problematização de suas experiências cotidianas no tocante à sexualidade, à contracepção e à reprodução. Enfatiza-se o papel ativo das pesquisadoras, subjetivo e político, como importante recurso no processo reflexivo da construção do conhecimento. Consideram-se seus pressupostos teóricos, compromissos ideológicos e bagagem intelectual na discussão dos resultados.

Resultados e discussão

O que há por trás do (não)uso dos métodos contraceptivos?

Descortinando a complexidade do manejo contraceptivo e o sofrimento das jovens

Nenhuma das jovens desejava engravidar, embora todas se sentissem em risco. Apenas Jôana (24, branca, mãe, CM) não cogitava mudar o MAC que utilizava – camisinha e tabelinha – por estar “funcionando muito bem” em seu namoro. Relatou sentir-se mais atenta ao próprio ciclo e identificar a ovulação. Antes disso, usou diferentes MAC hormonais, mas sentia “muito mal-estar” – era “terrível”. Após tentativas com pílulas e injetáveis que lhe causaram “efeitos colaterais pesados”, como sangramento contínuo, decidiu interrompê-los por não “aguentar” mais. Um “laudo” médico contraindica hormônios no seu caso.

As demais jovens expressaram desejo de mudar de método, associando insatisfação a obstáculos práticos e efeitos adversos. Entre as jovens de camadas médias, Vanessa (17, parda), combinava pílula e camisinha, esta última apenas quando disponível, e cogitava o DIU de cobre por dispensar o “remédio todo dia” e “muito hormônio”. Renata (19, branca), solteira, também usava pílula e camisinha, mas buscava “ver outros métodos”, como o “implante”, por esquecer de tomar a pílula “de noite”. Apesar do “inchaço” inicial, relatou que o medicamento “foi se adequando”. Hianka (20, branca) usava apenas camisinha, que a fazia “sair do clima”. Desejava outro MAC, desde que não hormonal. Recusava “DIU” e “implante”, e temia a pílula por causar falta de lubrificação e pelo risco de “trombose”, como ocorreu com sua prima. Mencionou a laqueadura como alternativa por desejar um método que a fizesse “não engravidar mesmo”.

Entre as jovens de camadas populares, o uso de MAC também esteve atravessado por desconfortos, insatisfações e dificuldades de acesso. Suzana (18, parda), solteira, utilizava pílula por indicação médica, junto à camisinha. Apesar disso, desejava não se “encher” de “hormônios”, pois sentia “inchaço”, “dores de cabeça” e alteração no “corrimento”. Já Ana Maria (24, branca), com namorado, combinava tabelinha, coito interrompido e camisinha – esta última deixava de usar próximo à menstruação. Pretendia pagar “por conta própria” por uma laqueadura, já que não conseguiu acesso ao DIU de cobre pelo SUS e julgava “mais difícil” ainda obter a cirurgia. Não usava pílula por medo de “esquecer”, e relatou ter se sentido “muito ruim” com os “efeitos colaterais” do injetável, que a fizeram “passar muito mal mesmo”. Admitia que os métodos utilizados não eram “totalmente seguros”, mas era o que conseguia “tentar fazer”.

Tatiana (20, parda), em relação estável, usava apenas camisinha. Pretendia colocar o DIU de cobre pelo SUS na semana seguinte à entrevista, mas explicou que precisava aguardar menstruar para realizar o procedimento, conforme exigência do serviço, o que evidenciava uma limitação no acesso. Preferia o injetável à pílula, embora tenha achado “horrível” a versão trimestral, que “incha, engorda”, e relatava dificuldade com a pílula por frequentemente esquecê-la. Patrícia (24, preta), grávida de seu marido, não usava MAC no momento. Antes da gestação, recorria ao coito interrompido, e desejava usar o DIU de cobre, mas estava “na fila” havia cerca de sete meses em dois municípios. Descreveu sua “busca” por um anticoncepcional como “muito ruim”. Relatou não se adaptar à camisinha, associada a um “trauma” de dor na penetração com um ex-parceiro; nem à pílula, desaconselhada pela mãe quando era mais jovem; tampouco ao injetável, que lhe causou efeitos severos como sangramento “o mês inteiro”, “princípio de trombose” e “enxaqueca”.

Os relatos das jovens revelam a persistência de contextos marcados pela negação da autonomia corporal e reprodutiva de mulheres e meninas, frequentemente privadas de poder decisório e com direitos humanos negligenciados¹⁹. Hierarquias de gênero que subordinam o agenciamento feminino influenciam diretamente as dificuldades nas negociações contraceptivas entre os pares. Nesse cenário de desigualdade e opressão, o acesso à contracepção de emergência torna-se essencial, ampliando o leque de métodos disponíveis para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos^{20,21}. As trajetórias

sexuais e reprodutivas das jovens, em especial as negras e pobres, revelam um percurso eivado de dificuldades decorrentes das suas condições materiais e simbólicas de existência, tal como diversos trabalhos têm mostrado^{2,18,22-25}.

A PeNSE-2019 evidenciou o aumento no uso da contracepção de emergência entre jovens escolares brasileiros com experiência sexual. A maioria adquiriu o método em farmácias (68,2%), enquanto apenas 11% o obtiveram em serviço de saúde¹⁴. Entre os grupos etários de 13 a 15 anos e 16 a 17 anos, o uso foi maior entre os mais velhos. Destaca-se que 45,5% das meninas já utilizaram esse método em algum momento – 37,2% no grupo mais jovem e 51,1% entre as mais velhas. Apesar do uso crescente, o acesso à contracepção de emergência segue predominantemente via compra direta, pois não há políticas públicas que integrem as farmácias à distribuição gratuita ou ampliem efetivamente sua disponibilidade nos serviços públicos^{20,21}.

Três relatos de jovens de camadas populares evidenciam o quanto o uso da contracepção de emergência (CE) pode ser importante em situações adversas. Patrícia (preta) recorreu à CE após sofrer abuso e violência sexual de um parceiro. Relatou ter sentido “muito medo” de engravidar por estar em seu “período fértil” e tomou “quatro” comprimidos no mesmo dia, na tentativa de fazer “vingar” o efeito. Afirmou que era sua única saída: “eu... tinha que tomar”. Apesar de ter passado “muito mal”, não mencionou ter procurado atendimento médico. Tatiana (parda) afirmou que usaria CE sempre que houvesse falha na camisinha. Ana Maria (branca) relatou ter usado CE por “desencargo de consciência”, em momentos em que sentiu “medo” de engravidar. Comprava o medicamento diretamente pela farmácia, com entrega em domicílio.

A estrutura social opressora produz iniquidades em saúde sexual e reprodutiva, manifestando-se em situações de “coerção e abuso reprodutivo”²⁶, fenômeno presente nas vivências da maioria dessas jovens de diversas realidades sociais. Elas sofreram coerção e abuso reprodutivo com violência sexual. O conceito abrange práticas destinadas a influenciar ou controlar escolhas e autonomia reprodutiva de outra pessoa, frequentemente perpetradas por parceiros íntimos, mas também por familiares. Fatores de risco incluem ser mulher não-branca, jovem, solteira ou estar em relação abusiva. As três principais formas identificadas são: 1) sabotagem contraceptiva (danificar, esconder ou inter-

ferir no método escolhido); 2) gravidez coercitiva/forçada (pressionar ou forçar uma gravidez contra a vontade da outra pessoa que engravida); e 3) controle do desfecho da gravidez (forçar a interrupção ou continuidade da gestação). Além disso, esse tipo de violência se associa a outros fenômenos como violência por parceiro íntimo (que pode incluir violência sexual), violência sexual por parceria casual e gravidez não intencional.

As experiências de sabotagem contraceptiva relatadas pelas jovens interlocutoras, atravessadas por distintas condições de classe, raça/cor e idade, evidenciam formas de “coerção e abuso reprodutivo” vinculadas ao não uso de métodos contraceptivos por parte dos parceiros, mesmo diante de seu pedido explícito. Foram identificados três tipos de relatos de sabotagem contraceptiva, alguns associados à violência. A primeira forma ocorreu quando os homens se recusaram a usar camisinha ou a realizar o coito interrompido, mesmo com a solicitação da parceira. Patrícia, Ana Maria e Hianka vivenciaram essas situações, sendo que nos casos de Patrícia e Ana Maria a coerção partiu de parceiros íntimos. Ana Maria engravidou de forma não intencional após ceder à pressão. Já Patrícia e Hianka, relataram coito interrompido como prática imposta. Tais vivências revelam opressões reprodutivas agravadas quando há abuso sexual. Renata foi vítima de *stealththing*, ao ter a camisinha retirada sem consentimento por um parceiro casual. Patrícia também relatou episódio análogo: ao pedir ao parceiro para “não gozar dentro”, ele desrespeitou sua vontade, configurando outra forma de transgressão da autonomia reprodutiva.

Essas vivências, quando analisadas em sua dimensão relacional e interseccional, revelam como o contexto macrossocial contemporâneo – marcado por opressões sexuais, de gênero, raciais – favorece a reprodução de dinâmicas assimétricas de poder. Nesse cenário, pessoas que podem engravidar, especialmente as “mulheres”, têm suas escolhas, necessidades e autonomias reprodutivas sistematicamente suprimidas. As experiências relatadas evidenciam a interdependência dos eixos de opressão nos níveis societário, relacional e individual, gerando sofrimento e angústia. Diante de tantas intercorrências, torna-se evidente que a adoção de MAC na juventude não é uma equação simples (sim ou não), mas um processo atravessado por múltiplas determinações sociais de classe, gênero e raciais²⁷.

Métodos contraceptivos não hormonais que “não existem”? Barreiras e dificuldades de acesso a métodos não hormonais almejados

Todas as jovens entrevistadas relataram algum tipo de sofrimento, desconforto ou receio diante dos efeitos colaterais dos MAC hormonais, o que levou a maioria a abandoná-los. Apenas Suzana e Vanessa ainda os utilizavam, embora expressassem o desejo de evitá-los. Renata (CM) foi a única que demonstrou alguma adaptação aos hormônios, apesar do efeito colateral inicial, e cogitava substituir a pílula pelo implante hormonal.

Segundo a tipologia de Le Guen *et al.*²⁸ sobre os motivos para a rejeição de contraceptivos hormonais, as jovens interlocutoras mencionaram cinco razões, das quais a menos frequente: efeitos colaterais físicos, discurso relativos à “natureza”, distúrbios hemorrágicos (mas apenas relacionados à menstruação), medo/ansiedade e impacto na sexualidade. Os efeitos físicos adversos foram a justificativa mais recorrente nas narrativas, evidenciando experiências marcadas pelo desconforto e pela recusa dos métodos hormonais.

O esforço das mulheres para lidar com os efeitos colaterais dos MAC hormonais permanece, em grande parte, “invisível” – inclusive para profissionais de saúde. Entre os efeitos físicos, os “distúrbios hemorrágicos” foram destacados como alterações menstruais relevantes. Hianka expressou medo e ansiedade quanto a possíveis reações adversas, como a trombose, associando seu receio à falta de informações adequadas. Também mencionou impacto negativo na sexualidade devido à secura vaginal. A percepção de que os hormônios sintéticos desestabilizam o “equilíbrio natural de seus corpos” conecta-se a um discurso que valoriza a “natureza”²⁸. Segundo a literatura, essa tendência geracional está ligada tanto a preocupações ecológicas quanto à influência de movimentos feministas – desde a “segunda onda” – que têm denunciado os efeitos adversos dos MAC²⁸. Nesse sentido, os relatos de insatisfação podem ser interpretados como formas de resistência à medicalização da reprodução e às pressões da indústria farmacêutica.

Paradoxalmente à valorização do “natural” e do ciclo menstrual espontâneo, observa-se um uso crescente de hormônios, com implicações biopolíticas geracionais. Isso se manifesta tanto no controle da fecundidade quanto no uso de hormônios para aprimoramento de performances corporais, as chamadas “drogas de estilo de

vida”²⁸⁻³⁰. Importa destacar que a ideia de um “corpo hormonal”, é menos um dado natural e mais uma construção social da medicina científica³¹.

Três jovens mães de camadas populares, com menor renda e residentes em territórios precarizados, relataram dificuldades de acesso à saúde sexual e reprodutiva, sobretudo no SUS. Patrícia aguardava consulta ginecológica há seis meses, e Ana Maria enfrentava entraves para realizar laqueadura, cogitando recorrer ao setor privado diante da falta de médicos. Tatiana, por outro lado, relatou acesso regular à ginecologia, mas aguarda inserção de DIU de cobre. Já entre as jovens de camadas médias, o uso de planos de saúde não impediu experiências negativas com o atendimento. Vanessa foi criticada por uma médica por ter buscado cuidados apenas após iniciar a vida sexual. Hianka, por sua vez, relatou desinformação sobre a pílula e necessidade de recorrer à contracepção de emergência, considerada por ela como uma vivência “horrível”. Posteriormente, foi desencorajada por outra médica a utilizá-la e, ao solicitar um MAC não hormonal, ouviu que ele “não existia”, ficando desiludida: “Eu queria alguma coisa que não fosse hormonal, mas não existe, né?”.

Essas experiências evidenciam falhas tanto no acesso quanto na qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. À luz da perspectiva da justiça reprodutiva, problematizada pelas autoras feministas negras que se debruçam ao tema^{2,17,18}, o acesso a esses serviços é uma condição essencial para a garantia dos direitos humanos, o que implica disponibilidade econômica, física e atendimento não discriminatório². Contudo, o acesso, por si só, não basta: é preciso que os serviços respondam às demandas das jovens com escuta qualificada e respeito às suas necessidades. No aconselhamento contraceptivo, é fundamental considerar os receios das mulheres quanto aos MAC hormonais e valorizar suas escolhas informadas²⁸. O caso de Hianka ilustra como orientações médicas inadequadas, contraditórias e pouco acolhedoras podem criar barreiras, levando jovens a buscar informações na internet – com riscos de desinformação. Sua queixa foi deslegitimada e as opções oferecidas foram limitadas, negando-lhe o direito à contracepção de emergência.

As jovens relataram buscar informações sobre contracepção na internet, ao passo que não tiveram acesso à educação sexual compreensiva³² nas instituições de ensino ou de saúde que frequentaram. Esse cenário revela uma grave lacuna de informação qualificada, compromete-

tendo a capacidade de decisão informada e autônoma em saúde sexual e reprodutiva.

As jovens de camadas populares enfrentaram opções contraceptivas bastante restritas, aguardando a inserção de DIU de cobre pelo SUS sem alternativas viáveis em outros serviços. Paralelamente, estudos apontam uma tendência hegemônica de abordagens centradas exclusivamente na eficácia de métodos como os LARC (*long-acting reversible contraception*), em detrimento das vivências das usuárias. Uma “abordagem centrada no paciente” é fundamental para reconhecer que as escolhas contraceptivas são complexas, individuais e atravessadas por múltiplos elementos²⁸. Nesse cenário, barreiras externas e internas aos serviços de saúde aprofundam o descompasso entre escolhas e acesso²³, limitando ainda mais as opções quando se rejeita o uso de MAC hormonais.

Em meio às dificuldades do manejo contraceptivo, as gravidezes “simplesmente aconteceram”³³, de forma não intencional. Foram seis ao todo, vivenciadas por quatro jovens – três de camadas populares e uma de camada média. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA-2021), que entrevistou mulheres de 18 a 39 anos, 66% das gravidezes no Brasil foram não intencionais, ou seja, afetando duas em cada três mulheres grávidas. Apesar de o aborto ser uma realidade na vida de muitas jovens brasileiras^{34,35}, o tema segue invisibilizado, e cercado por lacunas investigativas sobre suas condições de realização³⁶. Embora todas as jovens grávidas tenham cogitado ou tentado interromper a gestação, seus direitos sexuais e reprodutivos – sobretudo o de decidir não levar adiante uma gravidez não intencional – ainda não são plenamente assegurados. O desamparo social empurra essas jovens a um “beco sem saída”, mesmo diante de políticas públicas como o SUS, que falham em garantir acesso adequado e universal a insumos, serviços e informações em saúde sexual e reprodutiva.

Conclusão

A escassez de opções não hormonais e a complexidade do manejo de métodos como a camisinha – que dependem da colaboração do parceiro – têm levado muitas jovens a desejar o DIU de cobre ou a laqueadura para se verem livres do risco (temporário ou definitivo) de engravidar. Causa preocupação o fato de que esses métodos, embora previstos como direitos no SUS, não sejam prontamente disponíveis.

A morosidade no oferecimento compromete a equidade e reforça desigualdades no acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Além dos receios quanto aos MAC hormonais, observa-se que o aconselhamento reprodutivo prestado por profissionais de saúde frequentemente é insuficiente²⁸. Falhas na comunicação, omissão de informações sobre efeitos colaterais, desconsideração de queixas e exclusão das jovens do processo decisório comprometem sua autonomia reprodutiva. É fundamental que a assistência em saúde sexual e reprodutiva avalie o grau de autonomia das usuárias, identifique barreiras de acesso e forneça informações técnicas, não discriminatórias e alinhadas às suas necessidades. O aconselhamento deve ser centrado na pessoa usuária, visando decisões informadas e coerentes com seus valores e projetos de vida.

Portanto, o cuidado com a vida reprodutiva não deve recair exclusivamente sobre as jovens mulheres, mas ser assumido como responsabilidade coletiva – social, política e estatal – orientada por políticas públicas comprometidas com os direitos humanos universais. As iniquidades sociais produzem desfechos desfavoráveis à saúde sexual e reprodutiva, demandando ação efetiva do Estado^{2,17,18,22}. Além da saúde, é crucial integrar políticas de educação que promovam a socialização contraceptiva entre os jovens⁷ e assegurem uma abordagem ampla e inclusiva da educação sexual³⁷.

Tem sido amplamente recomendado que futuras pesquisas incorporem a perspectiva da justiça reprodutiva, derivada da matriz interseccional, para investigar barreiras estruturais que moldam atitudes e comportamentos individuais em saúde sexual e reprodutiva^{6,25,35,38,39}. Produzir conhecimento com base nessa abordagem é essencial para subsidiar políticas que promovam transformações estruturais e institucionais voltadas à autonomia reprodutiva e à dignidade de vida. Ao articular justiça social e autonomia, a justiça reprodutiva oferece um referencial teórico-metodológico potente para compreender como múltiplas opressões interseccionais impactam, de forma desigual, as experiências das jovens. Conectar as dimensões macroestruturais às vivências cotidianas permite analisar criticamente práticas contraceptivas em contextos marcados pelo cisheteropatriarcado, racismo e capitalismo⁴. Avançar nessa direção requer o enfrentamento das desigualdades históricas e o reconhecimento da diversidade de corpos, subjetividades e trajetórias.

Colaboradores

Ambas as autoras trabalharam na concepção do estudo, análise dos dados e elaboração do manuscrito, aprovando sua versão final e assumindo a responsabilidade pelo conteúdo.

Agradecimentos

A pesquisa Jovens da Era Digital: Sexualidade, Reprodução, Redes Sociais e Prevenção às IST/HIV/Aids foi coordenada por Cristiane da Silva Cabral (coordenação geral e de São Paulo/Universidade de São Paulo), Ana Paula dos Reis (Salvador/Universidade Federal da Bahia); Daniela Riva Knauth (Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul); Elaine Reis Brandão (Rio de Janeiro/Universidade Federal do Rio de Janeiro), Flávia Bulegon Pilecco (Conceição do Mato Dentro/Universidade Federal de Minas Gerais); José Miguel Nieto Oliver (São Gabriel da Cachoeira/Universidade de São Paulo). O estudo contou com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processos 442878/2019-2 e 431393/2018-4). Agradecemos, também, o apoio recebido pela primeira autora, como bolsista de mestrado financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ; processo SEI-260003/001958/2022).

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3): 621-626.
2. Ross LJ, Solinger R. *Reproductive justice: an introduction*. Oakland: University of California Press; 2017.
3. Crenshaw K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: *Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem; 2004. p. 7-16.
4. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
5. Collins PH. *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. São Paulo: Boitempo; 2022.
6. Johnston J, Zacharias RL. The Future of Reproductive Autonomy. *Hastings Cent Rep* 2017; 47: S6-S11.
7. Cabral C, Brandão ER. Uma bricolagem de experiências contraceptivas. Desafios impostos à gestão da potencialidade reprodutiva. *Teor Cult* 2021; 16:21-31.
8. Rosa H. *Políticas do Feminino: saúde, sexo, gênero*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023.
9. Carvalho LP. Transnacionalismo, interseccionalidade e ativismo na política de saúde para mulheres. *Rev Estud Fem* 2023; 31:e92876.
10. Rede Feminista de Saúde. *Manifesto pela urgente e efetiva mudança de modelo de atenção obstétrica no Brasil*. 2024.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Nota Técnica Conjunta nº 220/2024-DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS. Nota Técnica 220/2024*. Brasília: MS; 2024.
12. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):563-572.
13. Aiken ARA, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concepts? *Perspect Sex Reprod Health* 2016; 48(3):147-151.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Saúde sexual e reprodutiva. In: *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. p. 83-90.
15. Heilborn ML. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, editores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Garamond; 2006.
16. Braun V, Clarke V, Hayfield N, et al. Thematic Analysis. In: *Handbook of research methods in health social sciences*. New York: Springer Berlin Heidelberg; 2019. p. 843-860.
17. Roberts D. Reproductive Justice, Not Just Rights. *Dissent* 2015; 62:79-82.
18. Ross LJ. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls* 2017; 19:286-314.
19. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). *A Situação da População Mundial 2022: Vendo o invisível: Em defesa da ação na crise negligenciada da gravidez não intencional*. Nova York: UNFPA; 2022.
20. Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Oliveira NVBV, Szabo I. 'Bomba hormonal': os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(9):e00136615.

21. Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Oliveira NVBV, Szabo I. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. *Horiz Antropol* 2017; 23:131-161.
22. Briggs L. Introduction. In: *How all politics became reproductive politics: from welfare reform to foreclosure to Trump*. Oakland: University of California Press; 2017. p. 1-18.
23. Potter JE, Stevenson AJ, Coleman-Minahan K, Hopkins K, White K, Baum SE, Grossman D. Challenging unintended pregnancy as an indicator of reproductive autonomy. *Contraception* 2019; 100(1):1-4.
24. Brandão ER, Cabral CS. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. *Horiz Antropol* 2021; 27:47-84.
25. Auerbach SL, Coleman-Minahan K, Alspaugh A, Aztlán EA, Stern L, Simmonds K. Critiquing the Unintended Pregnancy Framework. *J Midwifery Womens Health* 2023; 68(2):170-178.
26. Tarzia L, Hegarty K. A conceptual re-evaluation of reproductive coercion: centring intent, fear and control. *Reprod Health* 2021; 18:10.
27. Tambellini AT, Schütz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a ‘Determinação Social da Saúde’: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saude Debate* 2009; 33:371-379.
28. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 2021; 284:114247.
29. Manica D, Nucci M. Sob a pele: implantes subcutâneos, hormônios e gênero. *Horiz Antropol* 2017; 23:93-129.
30. Brandão ER. Hormônios sexuais, moralidades de gênero e contracepção de emergência no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:769-776.
31. Oudshoorn N. *Beyond the Natural Body: an Archaeology of Sex Hormones*. Abingdon: Taylor and Francis; 2003.
32. Kågesten A, van Reeuwijk M. Healthy sexuality development in adolescence: proposing a competency-based framework to inform programmes and research. *Sex Reprod Health Matters* 2021; 29:104-120.
33. Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, Schwarz EB. “It just happens”: a qualitative study exploring low-income women’s perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception* 2015; 91(2):150-156.
34. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Colet* 2017; 22(2):653-660.
35. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Cien Saude Colet* 2023; 28(6):1601-1606.
36. Ferrari W, Peres S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00198318.
37. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00029420.
38. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200762.
39. Manzanero JRL. Youth in Latin America and the Caribbean in perspective: overview of the situation, challenges and promising interventions. *Cien Saude Colet* 2021; 26(7):2565-2573.

Artigo apresentado em 25/07/2024

Aprovado em 11/06/2025

Versão final apresentada em 13/06/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca