



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JUSSILENE JESUS SOUSA

**CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM
MULHERES ADULTAS**

SALVADOR

2011

JUSSILENE JESUS SOUSA

**CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM
MULHERES ADULTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR

2011

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Iole Terso CRB 5 – 1329
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S725 Sousa, Jussilene Jesus.
 Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em
mulheres adultas / Jussilene Jesus Sousa. 2011.
 119 f.: il.; 29 cm.

Orientadora: Prof. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia,
Escola de Enfermagem, 2011.

1. Gravidez não planejada. 2. Planejamento familiar. 3. Maternidade. 4. Programa Saúde da Família. 5. Identidade feminina. I. Título.

CDD: 613.951

Jussilene Jesus Sousa

**CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM
MULHERES ADULTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, na linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 10 de junho de 2011

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Benedito Medrado Dantas _____

Doutor em Psicologia Social. Professor da Universidade Federal de Pernambuco.

Enilda Rosendo Nascimento _____

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Jeane Freitas de Oliveira _____

Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal da Bahia.

*Com carinho, dedico este trabalho ao meu filho
Pedro, que trouxe à minha vida imensa
felicidade, tornando-se fonte da minha
inspiração, dedicação e perseverança.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais essa vitória em minha vida.

À minha orientadora Prof^ª. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho pelo carinho, apoio, dedicação e admirável competência com que me conduziu neste processo.

Às mulheres entrevistadas pela disponibilidade em participar desta pesquisa e pela confiança em compartilhar suas experiências de vida.

Aos meus pais co-responsáveis pelas minhas conquistas ao longo da vida.

Ao meu marido Pieter pelo grande amor e companheirismo.

À minha irmã Mara pelo carinho e incentivo.

À minha amiga Netinha pelo carinho e apoio em todos os momentos.

Aos meus irmãos Humberto, Juli e Júnior por sempre acreditarem em mim.

Aos meus amigos por compartilharem comigo essa alegria.

À Universidade Federal da Bahia, à Escola de Enfermagem, aos funcionários e professores que me proporcionaram a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

Às Prof^{as}. Enilda Rosendo do Nascimento e Jeane Freitas Oliveira e ao Professor Benedito Medrado Dantas pela disponibilidade e atenção em colaborar com esta pesquisa participando da Banca Examinadora.

À Professora Lucila Scavone (UNESP) por colaborar na avaliação deste estudo em sua fase de projeto.

À minha amiga Talita sempre disposta a dar uma força, em todos os aspectos, com tanto carinho.

A Lais, Lindiane e Millani, bolsistas PIBIC/CNPQ pela parceria e pelos desafios que vencemos juntas.

À CAPES pelo apoio financeiro por meio de uma bolsa de estudos.

Ao CNPQ por financiar a pesquisa mais ampla e seus subprojetos.

Ao GEM (Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher) por contribuir para um maior aprendizado nos estudos de gênero.

Às colegas da turma do mestrado, pela convivência, carinho e troca de experiência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, aos funcionários das Equipes de Saúde da Família, especialmente as enfermeiras e Agentes Comunitária(o)s de Saúde pela disponibilidade em facilitar o acesso às mulheres e me acompanhar nas visitas domiciliares.

RESUMO

SOUSA, Jussilene Jesus. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

A gravidez é marcada por mudanças físicas e psicossociais que define novos papéis para a mulher, podendo ser fruto de livre escolha reprodutiva ou ser referida como não planejada. Ações buscando garantir o direito das mulheres a decidir livremente sobre os padrões de reprodução estão implantadas na rede pública de saúde, entretanto um número significativo de mulheres refere vivenciar gravidez não planejada. O PSF se apresenta como possibilidade de dar respostas mais efetivas às demandas das mulheres, pois foi erguido sob princípios que valorizam as especificidades de cada grupo populacional no âmbito da atenção básica. O estudo teve como objetivo conhecer o contexto de vida de mulheres, usuárias do PSF, por ocasião da ocorrência de gravidez não planejada e analisar as circunstâncias de sua ocorrência. A pesquisa foi desenvolvida sob abordagem qualitativa e enfoque teórico de gênero. O universo empírico do estudo foi constituído por dez mulheres, cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família localizadas no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Ba, sendo o material empírico produzido por meio de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas. Os depoimentos das participantes do estudo foram analisados pela técnica de análise de discurso. O discurso expressa uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem e sua análise revela a visão de mundo dos sujeitos, sendo essa determinada socialmente. Os resultados mostraram que a maternidade é concebida como importante elemento identitário por todas as mulheres do estudo. Nas que estavam vivenciando a primeira gravidez, em relações estáveis, houve desejo do casal e *descuidos* que resultaram em gravidez, confirmando-se ambivalência, com aceitação imediata e sentimento de realização feminina. Para mulheres com gravidez subsequente, com desejo de ser mãe concretizado, as circunstâncias da ocorrência fizeram emergir sentimentos contraditórios e se estabeleceu o conflito entre aceitação e rejeição, havendo situações de desejo ou tentativas de abortamento. Quanto ao parceiro, foi constatada a não assunção de responsabilidade com a contracepção, tendo seu apoio importante papel no desfecho da gravidez. As dificuldades das mulheres em compartilhar a responsabilidade com seus parceiros, na gestão cotidiana da contracepção, somaram-se à informações fragmentadas e dificuldades de acesso aos métodos com descontinuidade e/ou limitação na oferta; incompatibilidade entre horários do trabalho com o do serviço de saúde; desejo do parceiro e da própria mulher ancorado nas construções identitárias. Desse modo, a gravidez ocorreu com inexistência da decisão consciente da mulher ou do casal, sendo a ambivalência um forte componente do processo. Uma vez tais situações ocorrendo em área de cobertura do PSF, afirmamos que este se encontra comprometido em seus fundamentos e urge rever a organização das práticas e a vontade política em todos os níveis da gestão para abrir caminhos à autonomia e à liberdade feminina, negadas pelos resultados deste estudo.

Palavras-Chave: Gravidez não planejada. Planejamento Familiar. Maternidade. PSF. Homem e Contracepção. Identidade Feminina. Gênero. Enfermagem

ABSTRACT

SOUSA, Jussilene Jesus. Circumstances of occurrence of non-planned pregnancy in women user of the Family Health Program – Bahia. 2011. 119 p. **Dissertation** (Master's Degree in Nursing). Nursing School of Federal University of Bahia, Bahia, 2011.

Pregnancy is a period marked by physical and psychosocial changes which defines new roles to the woman whether being fruit of free reproductive choice or be referred as non-planned. Actions that seek to ensure women's right to decide freely over reproduction patterns are implanted in the public health grid. Nevertheless a significant number of women reports living a non-planned pregnancy. The Family Health Program (FHP) presents itself as a mean to give more effective answers to women's demands, for it was built under principles that value the specificities of each population group in the basic attention's sphere. The study has as objective to know the life context of women users of the FHP because of the occurrence of non-planned pregnancy and analyze the circumstances in which it occurs. The research was developed with qualitative approach and theoretical gender approach. The empiric universe of the study was constituted by ten women registered on two Units of Family Health located in the Sanitary District of the Rail Suburb of Salvador-BA, with the empiric material being produced by means of structured and semi-structured interviews. The statements of the participants of the study were analyzed by the speech analysis technique. The speech express a social position whose ideological representations are materialized on language and its analysis reveals the subject's viewpoint of the world which is socially determined. The results have shown that motherhood is taken as important identity element by all the women in the study. For those who were living the first pregnancy on stable relationships there was the desire of the couple and careless actions that resulted in pregnancy, which confirmed ambivalence with immediate acceptance and feminine feelings of accomplishment. To women with subsequent pregnancy, with the desire of being a mother fulfilled, the occurrence circumstances have made emerge contradictory feelings, thus establishing the conflict between acceptance and refusal, having situations of abortion desire or attempts to it. Regarding the partner, it was perceived a no assumption of responsibility with contraception being his support an important definer of the woman's feelings and the pregnancy outcome. The difficulties women have in sharing responsibility with their partner in the day-to-day management of contraception were added to fragmented information and difficulties in the access to the methods with discontinuity and/or offer limits; incompatible schedule with the health service; desire from the partner and the woman herself anchored in the identity constructions. Thus pregnancy occurred with a non-existence of a conscious decision of the woman or the couple having ambivalence as a strong piece of the process. Once such situations occurs in the FHP coverage area, we affirm that this one is compromised regarding its fundamentals and it is an urge review the organization of practices and government will in all management levels in order to open ways to feminine self-determination and freedom, which were denied according to the results of this study.

KEYWORDS: Non-planned pregnancy. Family Planning. Motherhood. FHP. Men and contraception. Feminine Identity. Gender. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliares de consultório dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BEMFAM	Sociedade Brasileira de Bem Estar Familiar
CEPAIMC	Centro de Estudos e Pesquisa Integral à Mulher e à Criança
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico
DIU	Dispositivo intra-uterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEM	Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
HIV	Human immunodeficiency virus
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher
PCCU	Prevenção do Câncer Cérvico Uterino
PNAISH	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	Organization Health World

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS	17
2.2	PAISM E AS DIFICULDADES NO ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	20
3	IDENTIDADE FEMININA E MATERNIDADE	26
3.1	IDEOLOGIA DA MATERNIDADE	26
3.2	MATERNIDADE: DO BIOLÓGICO AO SOCIAL	28
3.2.1	Maternidade para a mulher na atualidade	29
4	METODOLOGIA	32
4.1	GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA	32
4.2	TIPO DE ESTUDO	34
4.3	LOCAL DO ESTUDO	35
4.3.1	Programa Saúde da Família	37
4.4	SUJEITOS DA PESQUISA	37
4.5	PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	38
4.6	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	40
5	CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E REPRODUTIVO DE MULHERES USUÁRIAS DO PSF EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA	42
5.2	CARACTERIZAÇÃO QUANTO A EVENTOS REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO À SAÚDE	43
6	CONDICIONANTES DE GÊNERO E DA ATENÇÃO À SAÚDE NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA	52
6.1	AMBIVALÊNCIA DO DESEJO PERMEANDO AS CIRCUNSTÂNCIAS DE OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA	52

6.1.1	Analisando a correlação entre atenção à saúde, relação com o parceiro e ambivalência	56
6.2	FALTA DE APOIO DO PARCEIRO COMO FATOR DECISIVO PARA O DESFECHO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM MEIO A CIRCUNSTÂNCIAS ADVERSAS	63
6.3	INTERSEÇÃO ENTRE DIFICULDADE DE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA	73
6.3.1	Dificuldades de acesso à contracepção comprometendo os direitos reprodutivos das mulheres	73
6.3.2	Domínio masculino e submissão da mulher na ocorrência da gravidez não planejada	82
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	105
	APÊNDICE A – Informações às colaboradoras	106
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
	APÊNDICE C – Formulário de entrevista estruturada	110
	APÊNDICE D – Entrevista semi-estruturada	116
	ANEXOS	117
	ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto pelo CEPEE – UFBA	118
	ANEXO B – Parecer de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para execução de pesquisa envolvendo seres humanos.	119

1 INTRODUÇÃO

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez passa pelo plano da racionalidade, sendo resultado do exercício da autonomia e da liberdade reprodutiva, de modo que a participação consciente da mulher no processo decisório de uma gestação orienta nosso olhar sobre gravidez planejada. Neste sentido, consideramos como não planejada a gravidez resultante de um processo em que inexistiu a decisão consciente da mulher ou do casal para sua ocorrência. Essa pode gerar ou ampliar conflitos e insegurança e caminhar para a sua continuidade e possibilidade de aceitação ou para sua interrupção voluntária.

O acesso das mulheres a contraceptivos, uma das condições essenciais para dissociar prática sexual e reprodução, iniciou-se no Brasil a partir da segunda metade do século XX, permitindo que a gravidez ocorresse por uma decisão mais racional (SCAVONE, 2004). Torna-se, assim, elemento imprescindível para a legitimação do direito da mulher na escolha da maternidade e importante passo para a mobilização feminista pelos direitos reprodutivos.

Diversos fatores contribuíram para o significativo aumento das demandas por contracepção, como a acelerada urbanização, difusão pela mídia de novos valores de “modernidade” em que a família nuclear de dois filhos corresponde ao tipo ideal de organização familiar e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho. Ocorre, assim, uma ruptura no padrão tradicional de reprodução, expressando uma mudança na dinâmica da população brasileira com queda brusca da fecundidade no país (PITANGUY, 1999). Com o aumento das mulheres no mercado de trabalho, a maternidade deixa de assumir papel central na vida dessas mulheres que passam a buscar outros espaços de realização, tendo a profissão assumido um importante lugar (FERRAND, 2007; ROCHA-COUTINHO, 2003).

Ações em contracepção com o objetivo de viabilizar o planejamento reprodutivo estão implantadas desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que apresenta, como pressuposto, o direito das mulheres em decidir livremente sobre os padrões de reprodução que lhes convém, devendo ser valorizado o contexto em que se inserem suas experiências sexuais e reprodutivas, respeitando-se as mulheres em sua singularidade (BRASIL, 2004). Entretanto, após quase trinta anos, indicadores epidemiológicos da saúde da mulher mostram que sua implementação foi acompanhada por avanços e retrocessos, não conseguindo responder às necessidades de saúde da mulher de forma integral e equânime. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criada em 2004, se propõe ao desafio da superação, o que envolve a ampliação da atenção a grupos historicamente excluídos (BRASIL, 2004).

As condições sociais e econômicas desprivilegiadas a que são submetidas um grande número de mulheres usuárias da rede pública de saúde colaboram para que a tomada de decisão sobre seu corpo e sobre sua vida reprodutiva seja dificultada, exigindo que políticas públicas se concretizem, valorizando o contexto em que se inserem as demandas femininas e viabilizando direitos de cidadania das mulheres.

Estudos sobre planejamento reprodutivo no Brasil, mostram que as ações desenvolvidas no âmbito das ações direcionadas ao planejamento familiar se apresentam de forma fragmentada, não atendendo adequadamente à parcela da população feminina que depende deste sistema e expõem as mulheres ao risco de gravidezes não planejadas/indesejadas (MATTOS, 2004; MOREIRA; ARAÚJO 2004). Assim, apesar das transformações nos padrões de reprodução ocorridas nas últimas décadas, na atualidade, muitas mulheres convivem com gravidezes fruto de restrições à liberdade e à autonomia reprodutiva.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2008), dos nascimentos ocorridos nos primeiros cinco anos da década atual, 45,8% não foram planejados para aquele momento, dentre os quais 17,6% foram referidos como indesejados. A proporção do(a)s filho(a)s indesejado(a)s cresce com a idade da mãe, chegando a 41% para aquelas com 35 anos ou mais, sendo o(a)s primeiro(a)s o(a) mais desejado(a)s.

Essa realidade reafirma que o planejamento reprodutivo tem se apresentado como um desafio em diferentes localidades no país, em decorrência de dificuldades na oferta dos contraceptivos; deficiência na infra-estrutura da assistência; inadequação dos métodos contraceptivos à demanda e distribuição inapropriada; falhas na divulgação das ações de planejamento reprodutivo existentes no serviço de saúde; ações centradas na demanda espontânea; capacitação deficitária do pessoal de saúde, dificultando as ações de educação em saúde reprodutiva; inexistências de estratégias nas unidades de saúde para a inclusão dos homens no planejamento reprodutivo, dentre outros aspectos (COSTA, 1992; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Além das dificuldades de acesso à rede oficial e mantenedora da atenção à saúde da mulher, as precárias condições financeiras e de educação de muitas mulheres brasileiras que dependem da rede pública de saúde têm contribuído para o aumento de gravidezes não planejadas. Tais dificuldades limitam o conhecimento sobre o corpo, o uso correto do contraceptivo e as escolhas nesse campo. Conforme resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), a realização das intenções reprodutivas se dá de modo diferente entre as mulheres, sofrendo influência das condições socioeconômicas de modo que o

planejamento da fecundidade é mais difícil para as mulheres com menor escolaridade, as negras e as residentes em regiões menos favorecidas do país, sendo exatamente as que mais dependem da rede pública de saúde (BRASIL, 2008).

Ferrand (2007), socióloga francesa, considera que a ocorrência de gravidezes não planejadas pode ser explicada por falhas na contracepção, devido ao uso inadequado, principalmente por falta de conhecimento quanto ao uso, abandono do método devido a efeitos colaterais adversos, erros médicos e ou prescrições inadequadas, realizada sem serem consideradas as necessidades individuais e o contexto de vida em que a mulher está inserida, além do limite de eficácia do próprio método. Para as mulheres que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis e não reconhecem seus direitos sobre a reprodução, a contracepção é mais complicada, pela dificuldade de acesso às tecnologias contraceptivas, além da medicalização da contracepção, cuja prescrição é realizada sem serem consideradas as necessidades individuais e o contexto de vida das mulheres (SCAVONE, 2004).

Somam-se a esses fatores as desigualdades de gênero presentes no contexto da reprodução, que contribuem para que se mantenha a idealização de que o desejo e o prazer masculino é predominante na relação, o que se traduz, muitas vezes, nas dificuldades que as mulheres enfrentam em negociar com seus parceiros o uso dos contraceptivos. Nesse contexto, a supremacia das decisões na reprodução é centrada no homem, o que denota a assimetria dos papéis e a subalternidade feminina, expondo as mulheres ao risco de gravidezes não planejadas (MOREIRA; ARAÚJO, 2004). Scavone (2004) defende a necessidade de um questionamento mais profundo das relações entre homens e mulheres não só no mundo público, mas também no privado, intensificando-se a luta pelo amplo acesso à contracepção, com inserção dos homens neste processo.

Na ocorrência das gravidezes não planejadas, valoriza-se, ainda, a participação de mecanismos inconscientes relacionados à constituição da identidade feminina, fruto de construções sociais e históricas que contribuíram para a estruturação de uma forte ideologia em torno da maternidade, enquanto desígnio feminino, que se mantém até os dias atuais. Desse modo, mudanças nos papéis sociais femininos ao longo da história, que inclui a ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho, não conseguiram reverter a naturalização da relação cultural mulher e maternidade, sendo a identidade feminina ainda construída nessa direção (SCAVONE, 2004).

Assim, na ocorrência de uma gravidez não prevista existe interferência de mecanismos inconscientes que geram ambivalência no discurso da mulher ao verbalizar os desejos em relação à gravidez (DEBRAY, 1988). Essa questão é justificada pela autora ao se referir à

autonomia possibilitada pelos métodos contraceptivos, que trazem às mulheres o sentimento de que dominam sua fecundidade, entretanto motivações subjetivas, muitas vezes culminam em gravidez referida como não planejada. Para Lima, Feliciano e Carvalho (2004), mesmo entre as mulheres que fazem uso de contraceptivos, a gravidez não planejada acontece e, nesses casos, é entendida como decorrente de um descuido, por omissão, inabilidade ou problema no uso de contraceptivos.

As decisões a tomar diante de uma gravidez não planejada sofrem influência de fatores subjetivos e sociais presentes no contexto em que a mulher está inserida. Na realidade brasileira, são responsáveis pelo aumento do número de abortos no país, constituindo um importante problema de saúde pública, pois, realizados em condições inseguras, figuram entre as principais causas de mortalidade materna (VIEIRA et al., 2002). Segundo o Dossiê Aborto na Bahia (2009), Salvador é uma das capitais onde o aborto aparece como uma das principais causas de óbito materno, atingindo mulheres em sua grande maioria solteiras, negras e com baixo nível de escolaridade e revelando o drama das mulheres excluídas dos bens sociais, incluindo os serviços de atenção à saúde (DOSSIÊ ..., 2009).

Assim, quando optam pelo aborto, sem o suporte do Estado, as mulheres pobres se valem de iniciativas próprias, arcando com o ônus financeiro e os danos para a saúde, ao recorrer a meios inseguros com alto risco de adoecimento e morte. Isso revela uma face perversa do acesso aos recursos para regular a fertilidade, negando-se os direitos reprodutivos assegurados pela Constituição (MOREIRA; ARAÚJO, 2004). A baixa participação dos homens na contracepção e a falta de apoio desses diante de uma gravidez imprevista são determinantes para o aborto, tornando necessária a conscientização masculina em relação ao planejamento reprodutivo (OLINTO; GALVÃO, 1999; NADER et al., 2008).

Em se tratando das responsabilidades que tem a rede pública em reverter a situação apontada, o Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como possibilidade de se obter respostas mais efetivas. Nessa estratégia de reorganização do modelo assistencial, o discurso sobre saúde é focado nas condições de vida da(o) usuária(o), no conhecimento e respeito das especificidades locais e na substituição do modelo curativo pela prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrado na qualidade de vida dos indivíduos e do seu meio ambiente (FRANCO; MERHY, 2004).

Para isto, as equipes multiprofissionais estabelecem uma relação de proximidade com as demandas da população das áreas adscritas, facilitando o acesso e a utilização dos serviços através de atividades educativas e clínicas articuladas ao contexto em que as necessidades de saúde são geradas. Contudo, tem-se observado que grande número de mulheres usuárias da

rede pública de saúde encontra-se em condição de vulnerabilidade social e econômica o que contribui para que a tomada de decisão sobre seu corpo e sobre a sua vida seja dificultada, incluindo o planejamento reprodutivo.

Além desse cenário, as discussões atuais em torno da gravidez não planejada são insuficientes para explicá-la, haja vista essa temática ser abordada em estudos voltados, sobretudo, para adolescentes, violência sexual, soropositividade para o HIV e mulheres com doenças crônico-degenerativas, desconsiderando-se que possa acontecer com qualquer mulher, não incluída nessas situações (MAULDON, 1997; SANTOS, 2008).

No Brasil, poucos estudos exploram as gravidezes não planejadas em mulheres não adolescentes, havendo lacunas de conhecimento quanto às circunstâncias de sua ocorrência, com escassez na literatura nacional de trabalhos que abordam a interseção de fatores biológicos, sociais e subjetivos e sua relação com o contexto em que a mulher está inserida, no momento em que a gravidez acontece.

Observações empíricas da prática profissional na atenção ao pré-natal e ao planejamento reprodutivo, na rede básica de saúde e na área hospitalar, mostram que um número significativo de mulheres apresenta-se, cotidianamente, com gravidez referida como não planejada reforçando a necessidade de aprofundar estudos sobre esse fenômeno. A pesquisa *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do Programa Saúde da Família em Salvador-BA*¹, em que estou inserida, se propõe a estudar entre outros aspectos, o contexto em que se insere a gravidez referida como não planejada.

Diante do exposto, definiu-se por um estudo, partindo do pressuposto de que uma vez reconhecido que uma interseção de fatores colabora para a ocorrência de uma gravidez não planejada, sobressaem-se, nas circunstâncias de sua ocorrência, dificuldades de acesso a meios que permitam às mulheres o exercício da liberdade e da autonomia sobre o planejamento reprodutivo.

Foi definido como objeto de estudo, “circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada.”

Tal pressuposto se aplica ao seguinte questionamento: Considerando que a gravidez não planejada tem sido comum na vida das mulheres, quais as circunstâncias de sua

¹ *Ocorrência de gravidez não planejada em área de cobertura do Programa Saúde da Família em Salvador-BA*¹, financiada pelo CNPQ - Edital MCT/CNPq /SPM-PR/MDA N° 57/2008. O projeto matriz em que esta pesquisa se insere foi desenvolvido com 191 mulheres grávidas cadastradas em 10 Unidades de Saúde da Família (USF) e gerou novos estudos, de abordagem quantitativa e qualitativa. Foi realizada no Subúrbio Ferroviário, Salvador-BA.

ocorrência, tendo em vista que, na atualidade, ações em contracepção são praticadas em todo o sistema de saúde e as mulheres têm a possibilidade da livre escolha reprodutiva?

Para responder a esse problema de pesquisa o estudo tem como objetivos:

- Descrever o contexto de vida de mulheres usuárias do PSF por ocasião da ocorrência de gravidez não planejada.
- Analisar as circunstâncias da ocorrência de gravidez referida como não planejada a partir do contexto de vida de mulheres que a vivenciam.

Consideramos que o estudo apresenta relevância por ampliar o conhecimento no campo dos direitos sexuais e reprodutivos na linha de pesquisa sobre Mulher, relações de gênero e integralidade do cuidado do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM); oferecer subsídios para o redirecionamento das ações de planejamento reprodutivo no PSF; contribuir para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das práticas de saúde e de gestão do sistema, com ações voltadas para as necessidades de saúde das mulheres, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, vislumbrando o direito das mulheres e do casal à livre escolha sobre a reprodução.

2 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS

Os direitos reprodutivos se fundamentam nos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva que possibilitam às mulheres decidir sobre seu próprio corpo e vivenciar a sexualidade dissociada da procriação.

Eles se apresentam como instrumentos importantes para a cidadania, cujo exercício somente será possível a partir da conquista da autonomia, entendida como a liberdade de existir, de decidir, de refletir, de sair da tutela do outro (ÁVILA, 1992). A liberdade pode ser definida, a partir de princípios aristotélicos, como a capacidade de escolher e decidir, com espontaneidade plena, sem ser forçado por nada ou por ninguém. Pressupõe-se a capacidade de darmos um sentido novo ao que parecia fatalidade, transformando a situação numa nova realidade, criada por nossa própria ação (CHAUI, 2000).

Partindo desses princípios, os direitos reprodutivos buscam fazer com que as mulheres sejam sujeitos plenos, com capacidade para escolher e decidir livremente sobre sua vida reprodutiva, desfazendo, assim, a lógica do determinismo biológico que define a maternidade como desígnio feminino.

Na primeira década do século XX, as mulheres passam a reivindicar direitos sociais e políticos como o direito ao voto, à educação, à igualdade salarial, ao divórcio. A regulação da fertilidade ainda não estava em pauta, mas, no início do século, as primeiras mobilizações se dão nos Estados Unidos, tendo como líder, a enfermeira e feminista Margareth Sanger, que se mostra sensível às queixas das mulheres no campo da reprodução, por razões sociais, econômicas ou de saúde. Na Inglaterra, o movimento foi liderado por Marie Stopes (RODRIGUES, 1990). Contudo, a luta das mulheres pela liberdade reprodutiva se inicia a partir da década de 60 na Europa, quando o feminismo se caracteriza como movimento politicamente organizado, reivindicando a (re)apropriação do corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como questões políticas (SCAVONE, 2004).

Nessa época, nos países desenvolvidos, as mulheres passam a ter acesso aos métodos contraceptivos, principalmente a pílula, que possibilita maior autonomia e liberdade reprodutiva. No Brasil, entretanto, esse contraceptivo entra no mercado no final da década de 60 como ação controlista de organismos internacionais, juntamente com a prática indiscriminada de esterilização em massa de mulheres pobres (ÁVILA; CORRÊA, 1999). Nessa época, os Estados Unidos implementam política de ajuda econômica por meio de empréstimos aos países do terceiro mundo, pressionando o governo brasileiro a adotar políticas de controle populacional (PEDRO, 2003).

As mulheres foram submetidas a altas dosagens hormonais contidas na pílula naquele período e aos programas de esterilização em massa, não sendo, na maior parte das vezes, informadas sobre os efeitos desses métodos e sobre a irreversibilidade da laqueadura, com consequências desastrosas para a sua saúde. Essas práticas foram viabilizadas por entidades privadas, financiadas por capital estrangeiro, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMEC), atuando principalmente nas camadas populares, com distribuição gratuita de anticoncepcionais, sem os critérios devidos (PEDRO, 2003).

Além do uso crescente da pílula, a esterilização feminina foi praticada de modo pouco criterioso, tornando-se o método de maior utilização até o início da década atual. No grande contingente de mulheres submetido a tal procedimento, destaca-se a direção de tais ações às mais desfavorecidas economicamente, utilizando-se o argumento da hiposuficiência econômica, o que caracteriza uma visão neomalthusiana utilizada na perspectiva do controle da natalidade contrariando princípios fundamentais dos direitos reprodutivos, ainda que tal perspectiva nunca tenha sido assumida pelo Estado brasileiro (PEDRO, 2003). Essa foi uma prática adotada pela BEMFAM e CPAIMEC nas décadas de 60 e 70 construindo-se uma cultura de que a esterilização é o que se vislumbra no horizonte após algum tempo de uso de métodos hormonais e após o nascimento de filho(a)s que atendam aos padrões de cada família, sobretudo na zona urbana (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Segundo Ávila e Corrêa (1999), a busca significativa das mulheres brasileiras pela esterilização é reflexo das difíceis condições em que vivenciam a maternidade, considerando que elas continuam sendo as principais responsáveis pela criação do(a)s filho(a)s e pelo trabalho doméstico. Todavia, faltou às mulheres uma política de saúde reprodutiva que orientasse seu olhar para uma prática contraceptiva por meio de métodos reversíveis, além de não serem garantidos o acesso aos meios referidos, bem como informação adequada.

No Brasil, o movimento feminista se organiza politicamente no final da década de 70 e os direitos sobre o corpo passam a ser ponto principal da sua luta. Do final dessa década ao início dos anos 80, é introduzida a noção de saúde integral da mulher, até então concebida apenas nos aspectos da reprodução biológica. As discussões sobre a saúde reprodutiva são incorporadas pelas feministas brasileiras quando o discurso sobre direitos e cidadania compunha o debate político pela redemocratização do país articulado às premissas de autonomia e justiça social na saúde o que resultou na PAISM, em 1983 (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Nesse tempo histórico, movimentos em prol da saúde reprodutiva das mulheres se expandiam em várias partes do mundo, cuja finalidade era fazer com que as mulheres pudessem ter a autonomia de decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva em ótimas condições de saúde e bem-estar econômico e social. Buscou-se, assim, relacionar o princípio do direito da mulher de decidir sobre reprodução às condições sociais, econômicas e políticas que tornavam tais decisões possíveis (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

A partir de 1984, após o Congresso Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã, o termo direitos reprodutivos ganha, internacionalmente, legitimidade social e política, abarcando os conceitos com os quais se trabalhava na luta pela liberdade reprodutiva, relacionado à livre escolha da maternidade, ao aborto e à contracepção, enfim, à saúde integral da mulher (PORTELLA, 2007; SCAVONE, 2004). Na Conferência Internaciomnal sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, o conceito adquire verdadeira legitimidade institucional, sendo entendido como “o direito de indivíduos e casais de tomar decisões livres de coerção com relação ao número e espaçamento de filhos e filhas e de como tê-los/las ou não tê-los/las”, sendo conferido ao Estado a responsabilidade em viabilizar esse direito (GIFFIN; COSTA, 1999).

A Conferência traz, para discussão, a qualidade das políticas públicas existentes nos campos da sexualidade e da reprodução, mostrando a importância de, além de se operar no campo da contracepção, serem formuladas políticas sociais mais amplas sob a perspectiva de gênero. Também foi ressaltado o tratamento das mulheres como cidadãs de segunda classe, tendo em vista estar, em relação aos homens, em piores condições sociais, econômicas e culturais (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2002).

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Beijing, os direitos reprodutivos foram reafirmados como direitos humanos das mulheres e defendido seu exercício livre de discriminação, coerção e violência. Foi definido que para tal seria necessária a promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde, respeito ao meio ambiente e empoderamento das mulheres sob a perspectiva da equidade de gênero (PORTELLA, 2007).

Os direitos reprodutivos envolvem mudanças sociais, políticas e econômicas que possibilitem autonomia e tomada de decisão, sendo os direitos reprodutivos, necessariamente direitos sociais. Um modelo social desigual não possibilita escolhas igualmente livres e pressiona as decisões das mulheres em múltiplas direções. Assim, devido aos contrastes sociais existentes, os recursos para que as mulheres tomem decisões diferem muito, afetando o exercício dos direitos reprodutivos. Para que as decisões reprodutivas sejam realmente

“livres” e não compelidas pelas circunstâncias, torna-se necessário que exista a autonomia sustentada na premissa dos direitos sociais, condição que fortalece a base dos direitos reprodutivos das mulheres (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Entende-se, portanto, que o exercício dos direitos reprodutivos está diretamente relacionado à ação do Estado, pois os direitos envolvem não somente liberdades pessoais, mas igualmente obrigações sociais, sendo necessárias, para a sua efetivação, políticas públicas e meios que viabilizem escolhas e decisões conscientes (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Kalsing (2000) afirma que se a mulher não tem acesso aos métodos contraceptivos e à orientação a respeito de sua utilização, se não pode decidir livremente quanto ao número de filho(a)s e ao momento de tê-lo(a)s, estarão prejudicados seus direitos individuais, necessários ao exercício de sua cidadania reprodutiva e ao desenvolvimento de autonomia e autodeterminação.

Em síntese, a concepção de direitos reprodutivos constitui uma mudança de paradigma, pois possibilita à mulher liberdade no campo da reprodução, pressupondo garantia de acesso a todos os meios que proporcionem autonomia e favorecem a tomada de decisão sobre suas demandas no campo da sexualidade e da reprodução.

2.2 PAISM E AS DIFICULDADES NO ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

A partir do final dos anos 70, a mobilização feminista pelos direitos reprodutivos busca o reconhecimento do direito das mulheres à maternidade como livre escolha e defende o acesso à informação, à contracepção segura, bem como à interrupção voluntária da gravidez, o que levou a uma tomada de posição do Estado no âmbito da saúde reprodutiva. Foi criado o PAISM em que dentre outras ações sobressaem-se alternativas para regular a fertilidade (PITANGUY, 1999).

O PAISM tem como eixo central a assistência integral à saúde da mulher, através de ações dirigidas para o atendimento das necessidades prioritárias desse grupo populacional e ampla aplicação no sistema de saúde. Foi o primeiro passo dado pelo Estado brasileiro para atender diretamente às necessidades específicas da saúde das mulheres, vista, até então, apenas como mãe e reprodutora, pelos Programas de Assistência Materno-infantil. Um dos grandes méritos do PAISM foi a inclusão do planejamento familiar como ação da assistência à saúde da mulher e constitui importante marco histórico consolidado pela Constituição de 1988, que, entre outras conquistas, acrescentou, às funções do Estado, a responsabilidade pela promoção do acesso ao Planejamento Familiar a toda a população (BRASIL, 2004).

As atividades nesse campo são regulamentadas pela Lei No 9.263/96 e deverão ser desenvolvidas a partir de um conjunto de ações que garantam a mulheres e homens autonomia na constituição, limitação ou aumento da prole, orientados por ações preventivas e educativas, com acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Essas condições devem ser garantidas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo respeitado o princípio da integralidade à saúde (BRASIL, 1996).

Entretanto, a atenção fragmentada ou inexistente do planejamento familiar, que constitui a realidade de muitas mulheres no Brasil, leva, em 2001, à inclusão desse campo de atenção na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) sendo reafirmado que as ações de planejamento familiar devem fazer parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Estudos mostram que, para que haja autonomia e escolhas conscientes no planejamento reprodutivo, é importante que haja um número suficiente de métodos a ser oferecido, informações científicas acerca das vantagens e desvantagens do método, suporte/acompanhamento às pessoas que escolhem um determinado método e interação dinâmica entre profissional e usuária. Deve ser favorecido a troca de conhecimento e experiências, e utilizados meios visuais facilitadores da memorização sobre o método, garantindo-se educação em saúde a partir de orientações de boa qualidade sem sobrecarga de informações (DÍAZ, 1999; KALSING, 2000).

Todavia, apesar dos avanços na área, as mulheres brasileiras ainda convivem com uma assistência à saúde precária, não sendo atendidas, de modo integral, em suas demandas reprodutivas, o que compromete o exercício dos direitos reprodutivos. No campo da contracepção, há várias lacunas e as mulheres estão expostas, a riscos de gravidezes não planejadas/indesejadas muitas tendo como desfecho o abortamento (MATTOS, 2004; MOREIRA; ARAÚJO, 2004; COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; COELHO; FONSECA, 2004).

No Brasil, as normas jurídicas que criminalizam o aborto culpabilizam a mulher pela responsabilidade individual da decisão e ocultam as desigualdades de poder no campo da sexualidade e a falta de autonomia das mulheres para negociação com seus parceiros. Sem contar muitas vezes com a solidariedade do parceiro, quando a gravidez acontece, as mulheres não se apresentam em condições psicológicas e financeiras para arcar com os custos da reprodução e se expõem à realização de abortos inseguros, que se apresentam entre as

principais causas de mortalidade materna no país, estando as mulheres pobres e negras expostas a maiores riscos (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Em 2007, foram registradas no país, aproximadamente 220.000 internações motivadas por abortos inseguros nas unidades do SUS e se estima que cerca de 750 mil a 1.400.000 mulheres realizem aborto no país a cada ano. Na Bahia, entre 2000 e 2006 foram internadas por gravidez que terminaram em aborto, 205.462 mulheres. Em Salvador, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o abortamento no ano de 2006 se apresentou como uma das causas mais freqüentes de internações em hospitais da rede pública, representando aproximadamente 20.000 internações, ou seja, 22% do total de todas as internações no SUS, sendo a principal causa isolada de mortalidade materna em Salvador (COSTA, 2007).

Essa situação é mais agravada ao se considerar a classe social e a raça, pois segundo o Ministério da Saúde a maioria das mulheres negras encontra-se abaixo da linha da pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada à das mulheres brancas. Por essa razão, possuem menor acesso a bens e serviços de saúde de qualidade e se apresentam como grupo de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2004).

Entretanto, segundo Corrêa e Ávila (2003) apesar do fato de mulheres de classes sociais mais favorecidas, não enfrentarem problemas de acesso aos serviços de saúde e na obtenção dos métodos contraceptivos, como ocorre com as mulheres pobres, tendo maior facilidade de acesso, não implica necessariamente, que a atenção à saúde seja sempre assegurada com qualidade ou que garanta autodeterminação no campo da sexualidade e da reprodução.

Apesar do acesso à educação e aos recursos financeiros se apresentarem como um pré-requisito para autonomia e autodeterminação pessoal, não se excluem os constrangimentos a que estão submetidas as mulheres no campo da sexualidade e da reprodução, haja vista, as desigualdades de gênero atravessar os extratos econômicos e, em todos eles, podem ter efeitos perversos sobre a autonomia das mulheres. Mesmo nos níveis mais altos de renda, persiste uma clara divisão sexual em relação às responsabilidades contraceptivas, sendo conferidas às mulheres mais tarefas e aos homens mais autonomia (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Portanto, a consolidação dos direitos reprodutivos apresenta-se como tarefa complexa, sendo necessária a ampliação de ações de educação nesse campo, para que as mulheres e a sociedade se conscientizem sobre a importância da cidadania reprodutiva, e essas possam viver plenamente sua liberdade. Torna-se também necessária uma maior responsabilidade política do Estado em efetivar ações que viabilizem a liberdade de escolha e decisões conscientes no campo da reprodução.

Na tentativa de preencher algumas lacunas do PAISM e atender às especificidades e necessidades de grupos que historicamente foram excluídos das políticas públicas, o Ministério da Saúde, a partir dos indicadores epidemiológicos, elaborou, em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que defende a incorporação do enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando, assim, a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004).

Em relação ao uso dos métodos em geral, o percentual de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que usam atualmente algum contraceptivo é consideravelmente alto, alcançando 80,6% entre as unidas. Praticamente todas as mulheres que regulam a fecundidade utilizam métodos anticoncepcionais modernos: 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm companheiro vasectomizado e apenas 3% utilizam métodos tradicionais. Essa distribuição apresenta mudança em relação à situação apresentada em 1996, quando a prevalência da esterilização masculina era de 3%, o uso da camisinha masculina era de apenas 4%. Ressalta-se o fato de 26% das mulheres não unidas se valerem da camisinha masculina para sua prática anticoncepcional. Persiste, portanto no país a tendência de crescimento da prevalência anticoncepcional pela expansão do uso de métodos modernos, entretanto, com perda de importância relativa da esterilização feminina, que alcança atualmente uma taxa de 29% (BRASIL, 2008).

Segundo dados da PNDS (BRASIL, 2008), houve uma significativa redução nas taxas de fecundidade entre as mulheres brasileiras, desde a introdução das tecnologias contraceptivas, configurando-se da seguinte forma: 1960: 6,28; em 1970: 5,76; em 1980: 4,35; em 1996: 2,5 e em 2006: 1,8 filho(a)s por mulher em idade fértil (BRASIL, 2008). Esse declínio na taxa de fecundidade vem ocorrendo também entre as mulheres com baixa instrução, ou seja as mais pobres, o que leva a pensar que as mulheres estão buscando métodos mais efetivos para evitar a gravidez, independentemente de seu nível econômico e grau de escolaridade (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

Nos últimos 40 anos, os padrões de reprodução vêm passando por transformações, decorrentes de processos econômicos, sociais e políticos. Os indicadores demográficos sugerem mudanças no padrão reprodutivo em todo o mundo, motivados por razões distintas a depender da realidade de cada país ou região. No Brasil, com o processo crescente de industrialização e urbanização, interesses internacionais por controle demográfico, inserção dos métodos contraceptivos a partir da década de 1960 e ampliação do trabalho feminino no mundo público, demandaram controle reprodutivo (SCAVONE, 2001).

Portanto, algumas explicações para o declínio da fecundidade no país centram-se no aumento do uso dos contraceptivos, pois com o processo de modernização e urbanização, diminuiu a força de trabalho no campo e houve um aumento do trabalho feminino, levando à demanda por menos filho(a)s. Outra vertente relaciona o declínio da fecundidade à intensificação do processo de proletarização, com deterioração das condições de vida de segmentos substanciais da população, levando os estratos médios e baixos a modificar seu comportamento reprodutivo (UNITED NATIONS, 1988 *apud* VIEIRA, 1999).

Entretanto, Barroso (1988) aponta fatores culturais na causalidade do declínio da fertilidade. Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho formal e aumento nos níveis de educação, essas passam a ver na profissão uma nova forma de realização. De outro lado, teriam persistido os padrões tradicionais da divisão sexual do trabalho, tendo que conviver com as duplas jornadas de trabalho o que levou as mulheres a uma maior reflexão sobre a prole. Considera-se também, que a partir das transformações sociais advindas da urbanização, houve um aumento do custo de vida e da expectativa de consumo, entretanto houve uma piora das condições de vida das famílias urbanas, requerendo controle na reprodução com uma demanda por menos filho(a)s.

Na atualidade, mesmo quando as mulheres apresentam o desejo de ser mãe, enfrentam dificuldades em conciliar a gravidez com o trabalho fora de casa e com projetos de realização profissional, pois as responsabilidades dos cuidados com o(a)s filho(a)s, ainda são predominantemente das mulheres, fazendo com que essas convivam com sentimentos ambivalentes em relação ao melhor momento para que a gravidez aconteça. Para Mondardo e Lima (1998) esses conflitos se justificam, pois na maternidade o comprometimento e a responsabilidade são mais intensos se comparados com aqueles demandados pela atividade profissional, haja vista que um trabalho sempre pode ser abandonado, caso traga desprazeres, ao contrário da irreversibilidade de se ter filho(a)s.

Apesar das transformações ocorridas no campo reprodutivo, vária(o)s autora(e)s brasileira(o)s têm se debruçado em estudos sobre a situação do planejamento familiar no país, o que possibilita uma visão geral sobre a forma como as mulheres brasileiras têm sido atendidas nos seus direitos reprodutivos. Esses estudos apontam para a precariedade da assistência em anticoncepção no Brasil, com limitado acesso das mulheres aos métodos, bem como às informações sobre o leque de opções para regular a fecundidade (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; MOREIRA; ARAÚJO, 2004; BAHAMONDES, 2006; MOURA; SILVA, 2006).

Consideramos que uma das conquistas mais importantes no campo da reprodução a partir da luta feminista foi o reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos, rompendo-se com o determinismo biológico da maternidade pela dissociação entre práticas sexuais e reprodução. Apesar disso, há problemas graves a se superar, entre eles o abortamento que continua provocando impactos indiscutíveis na saúde das mulheres, revelando a complexa rede de dificuldades das mulheres para assumir o controle sobre seu corpo, entre elas a precariedade com que se efetivam as políticas públicas de saúde no campo da cidadania reprodutiva.

A ênfase atual na inclusão da responsabilidade masculina nos processos que envolvem a contracepção se apresenta como um ganho significativo nesse campo, haja vista a mulher ter historicamente assumido, de modo isolado, a responsabilidade pela reprodução. Torna-se necessário que os homens assumam seu papel na reprodução e na contracepção e que os serviços de saúde construam estratégias para o atendimento a mulheres e homens em suas demandas reprodutivas.

3 IDENTIDADE FEMININA E MATERNIDADE

3.1 IDEOLOGIA DA MATERNIDADE

A ideologia em torno da maternidade se apresenta como uma característica da sociedade moderna, quando a figura da mãe passa a ser exaltada, sugerindo a vivência da maternidade como desígnio feminino. Antes dessa época, não se atribuía importância à questão do instinto maternal e, na Europa, as mulheres não amamentavam seus/suas filho(a)s, sendo função das amas -de- leite, pagas para tal. Essa prática, comum entre as mulheres dos séculos XVI a XVIII, levanta dúvidas sobre a existência do instinto materno (BADINTER, 1985).

Com as transformações sociais, econômicas e políticas, que ocorreram na sociedade a partir do final do século XVIII, como ascensão da burguesia, criação dos estados nacionais e início da industrialização, a diminuição da população européia é vista como um problema para o capitalismo que necessita de mão-de-obra crescente para seu desenvolvimento. Nesse momento histórico, foram lançadas políticas pró-natalistas, passando-se a valorizar a vocação maternal como característica inerente às mulheres (VIEIRA, 1999; ÁVILA, 2003; REA, 2003).

Nesse contexto, além dos interesses do Estado, apresentaram-se os interesses da Igreja, cujo discurso masculino é dirigido para o controle do corpo das mulheres, defendendo-se a maternidade como lugar de redenção, com a qual a vida sexual deve estar obrigatoriamente vinculada. Por outro lado, encontram-se os interesses da medicina que, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, estabelece a medicalização do corpo feminino, passando a ser área de conhecimento e da prática médica (VIEIRA, 1999; ÁVILA, 2003; REA, 2003).

Diante da descrença da condição da maternidade enquanto vocação pelas mulheres, proliferaram conselhos sobre maternagem, e vários livros e manuais foram escritos para ensiná-las a ser boas mães, sendo naturalizado que as crianças deveriam ser amamentadas por suas mães biológicas, e que a criação do(a)s filho(a)s era tarefa exclusivamente feminina (REA, 2003). Desse modo, para atender às novas exigências e interesses da sociedade capitalista o espaço público é legitimado como espaço masculino e símbolo de liberdade, desafios, poderes e produção, enquanto a mulher é confinada à esfera privada, sendo seu papel social reduzido à reprodução, ao cuidado dos(as) filhos(as), do marido e às atividades domésticas (ROCHA-COUTINHO, 1994).

O discurso que nega, às mulheres, o mundo público a partir do século XIX

[...] é um discurso naturalista, que insiste na existência de duas ‘espécies’ com qualidades e aptidões particulares. Aos homens, o cérebro (muito mais importante do que o falo), a inteligência, a razão lúcida, a capacidade de decisão. Às mulheres, o coração, a sensibilidade, os sentimentos. (PERROT, 1992, p. 176).

Não se trata, porém, de falar desse século como a origem das desigualdades e da opressão, pois

o século XIX nada inventou nesse domínio; ele apenas reformula uma questão muito antiga, na verdade eterna, reapropriando-se dela. Talvez com uma intensidade particular, na medida em que a construção das democracias ocidentais vem acompanhada, e mesmo apoiada, numa definição mais estrita do público e do privado e dos papéis sexuais [...] o século XIX liberal marcaria um divisor na questão [...] (PERROT, 1992, p. 172).

Nesse sentido, reafirma-se que a ideologia em torno da maternidade, reelaborada a partir do século em foco, é construída sob uma lógica biologicista. Os seios que amamentam e o útero que gera filho(a)s, conferem proximidade da mulher com a natureza, e o dever de ser mãe passa a ser desígnio feminino, reduzindo-se sua função a gerar filho(a)s, cuidar e se envolver emocionalmente nessas atividades. Serão esses os símbolos da identidade feminina reproduzidos através dos séculos seguintes (PEDREIRA, 2008).

A identidade feminina é construída na direção à maternidade, quando, desde crianças, as meninas são ensinadas a serem mães e preparadas para os cuidados maternos, desde as roupas cor-de-rosa que são designadas a vestir, às brincadeiras com bonecas, fazendo papel de mãe. Além disso, são orientadas a adotar modos e comportamentos considerados próprios do feminino, identificando-se desde cedo com suas mães. Essa identificação produz a menina como uma mãe e, uma vez dominadas por essas pressões cognitivo-psicológicas, as meninas passam a preferir “coisas de mulher”, a exemplo da maternidade (CHODOROW, 1990). Esse modelo de mulher é legitimado pelas principais instituições sociais como Família, Escola, Igreja e Mídia, contribuindo para a reprodução social da idealização do papel de mãe.

A ideologia em torno da maternidade, que atribui à mulher todos os deveres e obrigações em relação à criação dos(a) filhos(as), limita a função social da mulher e a presença delas no mundo público (SCAVONE, 2004). Regra válida, sobretudo, para as mulheres burguesas, pois as pobres construíam, cotidianamente, as condições de sobrevivência fora do espaço privado, ajudando financeiramente no sustento da família por meio de lavagem de roupas, pequenos comércios e outras atividades (PERROT, 1992).

Em contraposição à concepção ideologizada sobre a maternidade, Chodorow (1990) defende que não existe nenhuma prova biológica de que hormônios ou cromossomos definam a maternidade como própria do feminino, havendo evidências de que homens e mães não biológicas podem proporcionar cuidados maternos tão adequadamente quanto as mães

biológicas e sentir-se tão maternas quanto elas. Assim, as conclusões sobre as bases biológicas dos cuidados maternos são construções sociais, pois, mesmo os que defendem componentes fisiológicos na “identificação projetiva” da mãe com seu bebê no ventre, referem que essa dura pouco tempo após o parto, podendo prolongar-se, no máximo, até o período da lactação e depois perde a significação. A internalização do papel de maternas se constrói no psicológico a partir das influências vivenciadas, no preparo que as mulheres têm para o papel de mãe, identificando-se com as funções ditas femininas.

3.2 MATERNIDADE: DO BIOLÓGICO AO SOCIAL

O discurso social sobre a maternidade como vocação começou a se modificar no século XX, pois, com as duas grandes guerras mundiais, as mulheres foram incentivadas a sair do espaço privado e ampliar a sua atuação no mundo produtivo, num papel de exército de reserva, haja vista que os homens haviam partido para os campos de batalha, e as fábricas necessitavam de mão-de-obra para a manutenção do desenvolvimento econômico (CAIXETA; BARBATO, 2004).

Os meios de comunicação e a ciência se empenham em estimular as mulheres para assumir esses espaços, mostrando vantagens e encantos do mundo público. Todavia, no pós-guerra, com o retorno dos homens, as mulheres são obrigadas a voltar para o espaço privado e, mais uma vez, a mídia e a ciência entram em ação, dessa vez, para tratar dos prejuízos que o trabalho das mulheres fora de casa representava para o desenvolvimento do(a)s filho(a)s, a partir de um discurso de culpabilização da mulher que não exercesse em tempo integral seu papel de mãe e doméstica (CAIXETA; BARBATO, 2004). Entretanto as mulheres não recuaram e, insatisfeitas com o lugar secundário que ocupavam na sociedade, passaram a reivindicar outros direitos sociais, sendo deflagrado o movimento feminista que denuncia as condições de injustiça a que as mulheres são submetidas e luta pelos direitos das mulheres como direitos humanos.

O processo crescente de industrialização e urbanização fez com que as mulheres ampliassem sua participação no espaço público, com maior acesso ao mercado de trabalho, à educação formal e à formação profissional, entretanto, mantêm as responsabilidades relativas às tarefas domésticas e à criação do(a)s filho(a)s, instalando-se a dupla jornada de trabalho. Conviver com essas mudanças é sacrificante para as mulheres, que passam a ter sobrecarga do trabalho ao unir trabalho fora de casa com o trabalho doméstico. Nesse contexto, há mudanças nas concepções idealizadas de maternidade, buscando-se a realização de outros desejos, além

de ser mãe (LO BIANCO, 1985; SCAVONE, 2001). As discussões sobre a maternidade, como escolha, se dão numa época em que predominavam idéias conservadoras em defesa de valores morais, dos bons costumes e da valorização da família.

No final da década de 60, o movimento feminista se organiza politicamente na Europa e, na década de 70, no Brasil, defendendo a reapropriação do corpo pela mulher e a liberdade nas escolhas reprodutivas, a partir da dissociação entre sexualidade e procriação. As conquistas, sobretudo no campo da contracepção, viabilizaram maior autonomia e liberdade e criaram a possibilidade da escolha entre ser ou não ser mãe (COELHO; FONSECA, 2004; SCAVONE, 2004).

A partir do reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos humanos e sua legitimação como questão política, o Estado passa a se responsabilizar em prover meios para que as mulheres possam exercer a cidadania reprodutiva (RIBEIRO, 1993). Se no início do século, as mulheres tinham uma função materna bem definida que se sobrepunha a todos os papéis tidos como femininos, tais valores passam por uma reestruturação, e a maternidade passa a se configurar como uma opção que pode ser adiada e, até mesmo, descartada (BORTOLETTO, 1992). Assim, com o questionamento crítico a respeito do instinto materno e da concepção idealizada de maternidade, as mulheres conquistam o direito de viver autenticamente a produção de seus desejos (AZAMBUJA, 1986).

Para Scavone (2004), a escolha reflexiva da maternidade se apresenta como um elemento importante desse período da história, que possibilita às mulheres tomar decisões na esfera reprodutiva sem medos, culpas, ou qualquer sentimento de não realização individual e/ou social. Para a autora, as mulheres não devem necessariamente abrir mão da maternidade, pois essa pode se apresentar com significado importante, apenas precisam sentir-se em liberdade para fazer suas escolhas, compreendendo que a maternidade não deve ser entendida como uma condição natural, mas como possibilidade, cabendo à mulher decidir, a partir de uma escolha reflexiva, se deseja ou não ter filho (a)s, bem como quando e quantos quer ter.

3.2.1 Maternidade para a mulher na atualidade

Dados da literatura que abordam a relação identidade feminina e maternidade na atualidade mostram que, apesar dos grandes avanços no campo dos direitos reprodutivos, da contracepção e das mudanças relacionadas às concepções sociais de maternidade, a influência histórica, cultural e social em torno da ideologia da maternidade ainda tem importante significado, sendo a identidade feminina construída na direção da maternidade, apesar de

outros valores terem sido agregados (BEZERRA; MOREIRA 2005; FARIA, 2009; SCAVONE, 2004; BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007).

Estudo realizado com mulheres em idade fértil acerca dos hábitos relacionados às escolhas dos contraceptivos mostra que, apesar da modificação do comportamento reprodutivo, mantém-se a idealização da maternidade como significado de “ser mulher”, sendo esse papel determinante na identidade feminina. Percebe-se que ocorreu a liberação da mulher biologicamente, mas, orientadas por sua construção identitária, continuam engravidando, amamentando, cuidando do(a)s filho(a)s e continuam tomando essa responsabilidade exclusivamente para si (FARIA, 2009).

Corroborando essa autora, Bezerra; Moreira (2005), ao realizar pesquisa que evidencia as concepções de mulheres na atualidade sobre maternidade, mostram que a maternidade continua sendo concebida, para a maioria das mulheres do estudo, como santificação e condição natural. Elas continuam sentindo um grande desejo em ser mães, independentemente da correlação que algumas fazem em causar sofrimento, angústia ou alegria, percebendo o ser mãe como algo bom para suas vidas. Ao mesmo tempo, apesar de enfatizarem a realização pessoal também através da profissão, sentem-se culpadas por não se dedicarem aos/às filho(a)s da forma como lhes foi ensinado.

Ferrand (2007), socióloga francesa, reafirma que, atualmente, a maternidade não constitui mais a única fonte de identidade social das mulheres, e a carreira profissional se apresenta com significado importante, facilitada através da contracepção moderna, que possibilita a conciliação entre trabalho e vida familiar. Para Sansson (1988), a mulher pode vir a se sentir plena e realizada como mulher, não apenas por meio da maternidade, mas também pela sua atividade profissional, uma vez que a realização pode acontecer por qualquer objeto de desejo.

Contudo, o modelo da mulher da atualidade tem construído sua identidade, tendo como base vários elementos que convivem simultaneamente. Assim, a mulher, inserida atualmente no mercado de trabalho, busca substituir o modelo da mulher que interrompe momentaneamente ou definitivamente seu trabalho para educar o(a)s filho(a)s, pela mulher que convive com as duplas ou triplas jornadas de trabalho. Essas são representadas pela gestão simultânea da escolarização, da profissão e do projeto de maternidade, sendo os dois tipos de identidade, o de mãe e o de mulher profissionalmente ativa, realizados de maneiras diferentes, de acordo com o meio social em que as mulheres estão inseridas (FERRAND, 2007).

Nessa perspectiva, o que se busca, não é que a mulher abra mão da maternidade, tendo em vista a sua importância desta na identidade feminina, mas que a mulher se permita outras experiências, com elementos que também se constituem, de forma significativa, parte de sua identidade, podendo haver uma fusão entre o papel de mãe e de mulher realizada profissionalmente, de forma que a maternidade possa ser uma escolha e não imposição social (SCAVONE, 2004).

Vê-se que os discursos em torno da identidade feminina e da maternidade traduzem um sistema simbólico que envolve crenças e valores construídos socioculturalmente em torno de representações históricas sobre a mulher. Após meio século de luta do movimento feminista pela liberdade reprodutiva, a maternidade já não é vista como único lugar de realização social das mulheres, mas sua naturalização ainda acompanha a formação da identidade de gênero, interferindo nos padrões de reprodução.

As escolhas das mulheres neste campo serão mais reflexivas e racionais quanto maior for a possibilidade de acesso à informação e aos meios de regular a fertilidade, mas sua cidadania reprodutiva é também influenciada pela qualidade de vida o que envolve informação e acesso à educação, renda digna, moradia, transporte, bens e serviços, todos componentes do processo de construção da autonomia, da liberdade e do empoderamento feminino.

4 METODOLOGIA

4.1 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Historicamente, sob uma lógica biologicista, foram naturalizadas desigualdades nas relações entre homens e mulheres, conferindo-se ao homem o papel da produção e à mulher o da reprodução. O mundo público, considerado espaço de maior poder, é reconhecido como masculino e definido segundo os princípios de força, racionalidade, atividade, objetividade, enquanto no mundo privado, representado pelo espaço doméstico, conjugam-se fragilidade, emoção, passividade e subjetividade, atributos socialmente considerados como inerentes ao feminino (GONÇALVES, 1998).

Entretanto, a partir do movimento feminista, é reconhecido que tudo que mulheres e homens fazem, tudo que deles e delas é esperado, com exceção das funções reprodutivas distintas (gestação, parto, amamentação e fecundação) tudo pode mudar e muda, através do tempo de acordo com as variações socio-culturais (WILLIAMS, 1999, p. 9). Essa autora nos remete a Simone de Beauvoir na seguinte afirmação:

As pessoas nascem macho e fêmea, mas aprendem a ser meninos e meninas que se desenvolvem como homens e mulheres. A eles são ensinados os comportamentos e atitudes apropriados, os papéis e atitudes adequados e como eles/elas devem se relacionar com outras pessoas. Este comportamento aprendido é o que organiza a identidade de gênero e determina os papéis de gênero.

Com essa compreensão, gênero desenvolve-se como categoria analítica a partir da década de 80 do século XX entre as feministas americanas, defendendo o caráter fundamentalmente social das desigualdades entre homens e mulheres e rejeitando o determinismo biológico, implícito no uso dos termos, sexo ou diferença sexual (SCOTT, 1995).

Em sua definição de gênero como categoria analítica, Scott (1995, p. 14) afirma que esse tem como núcleo a conexão de duas proposições: "o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder". É por meio do gênero que o poder é articulado nos diferentes espaços sociais.

Gênero implica a correlação de quatro elementos: símbolos culturalmente disponíveis, dos quais emergem múltiplas representações; conceitos normativos que evidenciam interpretações dos símbolos e tomam a forma de uma oposição binária que afirma o sentido do masculino e do feminino; noção de fixidade que leva à aparência de permanência eterna na representação binária dos gêneros reforçada pelas organizações sociais e a identidade

subjetiva a partir da maneira como a identidade é construída que tem um ponto de referência na psicanálise (SCOTT, 1995).

Gênero constitui uma categoria de análise, apontando para um novo paradigma que redimensiona os estudos e conduz a novas visões de mundo e a novas formas de reinventá-lo (GONÇALVES, 1998). Analisando gênero como categoria analítica, Machado (1998) afirma que os estudos de gênero conseguiram construir um novo paradigma a partir da rejeição do determinismo biológico das desigualdades entre homens e mulheres e do reconhecimento da sua construção social, cultural e histórica. Argumenta afirmando que, com a construção de gênero como categoria analítica, há ruptura definitiva entre a concepção de sexo biológico e a noção social de gênero; privilégio metodológico das relações de gênero sobre qualquer substancialidade das categorias de mulher/homem e feminino/masculino; e a transversalidade de gênero, compreendendo que a construção social e cultural de gênero perpassa por todo o contexto social.

Para Scott (1995) o uso de gênero como categoria explicativa de análise permite operar mudanças e sair da polaridade essencialista e a-histórica. Assim, o eixo de reflexão sobre as relações entre homens e mulheres passa a ter como foco as construções culturais, sociais e históricas das relações de gênero.

Os aprendizados de gênero são construídos ao longo da vida sob orientação de instituições como família, igreja, escola e mídia, sendo reproduzidas crenças e valores acerca do papel da mulher como mãe e cuidadora. A noção de gênero é também constitutiva da organização social, das relações de poder e de dominação/subordinação que são estabelecidas em cada cultura, baseadas na dicotomização entre masculino e feminino. As desigualdades entre os sexos estruturam outras desigualdades e repercutem em todos os espaços sociais (BANDEIRA, 1999). A sociedade legítima, também, diferentes estratégias a serem utilizadas por homens e mulheres para exercer influência e controle sobre o outro, compreendendo-se estratégia de controle como a capacidade que um sujeito tem de influenciar uma pessoa no seu modo de pensar, sentir ou agir (ROCHA-COUTINHO, 1994).

Em se tratando da relação gênero e reprodução, para as mulheres, a identidade de gênero, esteve, e talvez ainda esteja, diretamente relacionada ao exercício da maternidade, pois a relação entre sexo e reprodução, até a segunda metade do último século, limitou drasticamente o exercício da sexualidade pelas mulheres, facilitando a constituição de uma identidade de gênero calcada no controle dos desejos. Em relação aos homens, a identidade estaria mais marcada pela não contenção, ou mesmo, exacerbação dos desejos sexuais, entendida como sinal de poder (VILELLA; ARILHA, 2003).

Nas últimas décadas, com a legitimação dos direitos reprodutivos, acontece um reordenamento no campo da reprodução, provocando mudanças significativas nas relações de gênero em nosso país. Entretanto, ainda permanecem entraves em algumas questões centrais do projeto feminista, entre os quais se destaca a real democratização da vida privada e a complicada tensão entre liberdade, igualdade e autonomia, tanto na vida privada quanto na vida pública. Assim, apesar das mulheres representarem a maioria nas escolas, universidades e em muitas profissões, continuam sendo controladas socialmente e orientadas para a construção de um projeto de vida, em que a maternidade ocupa um lugar central, e a responsabilidade pelos cuidados do(a)s filho(a)s e com os cuidados domésticos ainda é predominantemente das mulheres (PORTELLA, 2007).

A categoria gênero permite, portanto, perceber a construção social das desigualdades entre homens e mulheres sendo orientação analítica adequada ao estabelecimento do “sujeito-mulher”, fundado na idéia de autonomia contraposta à heteronomia a que historicamente estiveram as mulheres condicionadas (PETCHESKY, 1999).

Entretanto, na área da saúde reprodutiva, as condições de informação, acesso e escolha em relação aos métodos contraceptivos, bem como a escolha da gravidez e da maternidade ainda se apresentam como um problema para as mulheres brasileiras, principalmente as inseridas em condições socioeconômicas mais desfavoráveis que dependem de um sistema público de saúde, orientado por um modelo de atenção que subestima as especificidades femininas e o contexto em que suas demandas são geradas.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa.

O estudo exploratório tem como finalidade explorar as dimensões dos fenômenos, a forma com que ele se manifesta, bem como os fatores com os quais ele se relaciona (POLIT; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa apresenta-se como mais adequada, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000, p. 22).

Nesse sentido, a autora considera que a pesquisa qualitativa é capaz de revelar valores, símbolos, normas e representações, possibilitando elaborar, interpretar e analisar os fenômenos sociais, sobretudo o comportamento humano e suas relações.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário, região da cidade de Salvador - Bahia. Esta área geográfica localiza-se na periferia desta capital e é constituída por diversos bairros, com uma população de 324.931 habitantes (SALVADOR, 2009). Estudo desenvolvido com amostra significativa dessa população mostra que essa convive em meio a precárias condições socioeconômicas. O nível de escolaridade se caracteriza predominantemente entre ensino fundamental e médio, entretanto apesar do acesso à educação, a qualidade dessa é questionável face ao elevado índice de desemprego, que reflete grande problema na renda do(a)s moradore(a)s (REGIS, 2007).

A renda situa-se na faixa de 1 a 2 salários mínimos e somados aos que ganham menos de um salário mínimo constata-se o elevado índice de pobreza local, com contingente de informalidade preocupante. Há elevado índice de moradores com residência própria, que se justifica por ocupações espontâneas (invasões em terrenos desocupados e ao mar através de palafitas) ou através dos programas governamentais de ordenamento habitacional. O acesso ao saneamento básico é precário, esgotamento sanitário deficiente com esgotos a céu aberto, apenas pequena parcela da população está ligada à rede de esgoto sanitário, grande parte das residências utiliza fossas sépticas; a coleta de lixo é dificultada pela precariedade de certos acessos locais (REGIS, 2007).

A atenção à saúde é oferecida por 21 Unidades de Saúde da Família com 42 equipes; 5 unidades básicas, 1 Hospital Estadual e 1 Pronto-Atendimento Municipal. A área é, portanto, uma das mais carentes de Salvador-BA, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas (SALVADOR, 2009).

Buscando reorganizar a atenção à saúde, em consonância com os princípios do SUS, o Município de Salvador, decidiu pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todos os distritos sanitários, tendo suas atividades iniciadas em outubro de 1998. A implantação do Programa Saúde da Família ocorreu dois anos após, com 11 equipes distribuídas em áreas consideradas prioritárias. Entre os 12 Distritos Sanitários existentes em Salvador, o Subúrbio Ferroviário foi escolhido para o desenvolvimento da primeira fase do

PSF devido ao perfil epidemiológico da população, caracterizado por uma complexidade de problemas de saúde e risco social (SALVADOR, 2009).

A implantação do Programa na área buscou garantir a redução da morbi-mortalidade, maior impacto sobre a saúde da população, por meio de ações de promoção, prevenção, assistência, vigilância e recuperação, visando à melhoria da qualidade de vida dos grupos populacionais das áreas adscritas, aprofundando os laços de compromisso e a co-responsabilidade entre instituição, profissionais de saúde e população (SALVADOR, 2009).

A população dos referidos bairros é assistida por equipes de Saúde da Família compostas por auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário (ACD), agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas, enfermeira(o)s e médica(o)s. Para este estudo foram selecionadas duas Unidade de Saúde da Família (USF), a número 1 atende a uma população de aproximadamente 12.292 pessoas, perfazendo um total de 2.568 famílias, 100% cadastradas e assistidas por três equipes de saúde. A USF número 2 atende a uma população de aproximadamente 13.100 pessoas, perfazendo um total de 3.080 famílias, 100% cadastradas e assistidas por três equipes de saúde (SALVADOR, 2009). Ambas desenvolvem as ações de atenção em planejamento reprodutivo, pré-natal e Prevenção do Câncer Cérvico Uterino (PCCU) propostas pelo Ministério da Saúde do ponto de vista clínico e educativo, desde 2003.

As atividades de planejamento reprodutivo nas USF, segundo informações das enfermeiras, são realizadas por palestras e consultas individuais, dirigido predominantemente à demanda espontânea. Não há monitoramento das mulheres no sentido de avaliar frequências/ausências ao serviço e o grau de satisfação das usuárias com o serviço, no que tange ao planejamento reprodutivo, sendo difícil o acesso de mulheres e homens que trabalham e têm incompatibilidade entre horário de trabalho desses e de atendimento no serviço de saúde.

As unidades contam com área física inadequada para o acolhimento da população cadastrada e a provisão de métodos contraceptivos à população se faz com descontinuidade na oferta e limitação dos métodos disponíveis. Conta com os seguintes métodos: contraceptivo hormonal oral (ciclo 21); contraceptivo hormonal injetável (contracep), preservativo masculino e dispositivo intra-uterino (DIU). Para laqueadura tubária, as mulheres são referenciadas para serviços especializados, havendo dificuldades na referência e contra-referência, com demanda reprimida entre as usuárias para todos os métodos contraceptivos, principalmente os métodos definitivos.

4.3.1 Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde como eixo estruturante na atenção básica à saúde, vem reorientando o modelo assistencial tomando como foco a família no seu espaço físico e social, proporcionando aos profissionais de saúde uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença. Possibilita também o desenvolvimento de ações nas quais interagem questões sociais e saúde o que favorece a construção de uma nova consciência política e possibilidades de mudanças nas práticas assistenciais com base nas reais necessidades dos indivíduos e da coletividade.

Na atualidade, o Programa Saúde da Família se apresenta como possibilidade de se obter respostas mais efetivas para as questões de saúde, visto que se constitui numa estratégia de reorganização do SUS tendo em sua proposta a atuação segundo os princípios constitucionais de integralidade, qualidade, equidade da atenção e participação social (COSTA-NETO, 2000; ALVES, 2005).

O PSF distancia-se dos programas verticalizados e se apresenta prenhe de sentidos que fortalecem o SUS com qualidade e sustentabilidade (SANTOS, 2004). Todavia, a reorganização do modelo de atenção à saúde depende não somente de proposições teóricas, mas, também, de condições efetivas para as mudanças requeridas, entre as quais figuram as práticas concretas orientadas por referenciais em que os sujeitos do cuidado são acolhidos em suas demandas mais amplas, tendo a integralidade como perspectiva de superação do modelo clínico hegemônico (MATTOS, 2001).

Em relação à saúde da mulher, a atenção pré-natal ao planejamento reprodutivo e à prevenção do câncer de colo uterino e de mama está incorporada ao Programa, todas tendo como pressuposto que as experiências vividas no corpo devem ser contextualizadas, respeitando-se as mulheres em sua singularidade.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Constituíram sujeitos desta pesquisa 10 gestantes com gravidez referida como não planejada cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família, que atenderam a critérios pré-estabelecidos:

- a) Estar vivenciando uma gravidez referida como não planejada;
- b) Ter entre 20 e 40 anos. Nessa idade cronológica, classificada por Melo (2004) como adulta jovem, a mulher apresenta-se com uma estrutura psicológica melhor

organizada, sentidos mais apurados, emoções mais fortes e evoca relações íntimas mais duradouras (MELO, 2004).

- c) Estar frequentando o pré-natal de baixo risco na USF;
- d) Encontrar-se no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, pois, teoricamente, no último trimestre gestacional, a gravidez encontra-se melhor elaborada (SZEJER; e STEWART, 1997);.
- e) Aceitar participar do estudo;
- f) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As duas USF foram escolhidas após conhecermos a dinâmica de atendimento. Ambas tinham agendamento de pré-natal em dias fixos da semana e outras atendiam por livre demanda. Assim, nas USF escolhidas, havia maior facilidade de acesso às mulheres que já haviam participado da etapa quantitativa.

4.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A produção do material empírico foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA. O acesso às USF deu-se após autorização prévia da Secretaria de Saúde do Município, da Coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário e das gerências das USF.

Inicialmente, foram feitos contatos com, enfermeiras(os) e Agentes Comunitária(o)s de Saúde, que foram convidada(o)s a contribuir com a pesquisa, como facilitador(a) do acesso às mulheres que haviam sido selecionadas como possíveis participantes do estudo. No contato com as enfermeiras, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, sendo informada a pretensão de entrevistar as gestantes por ocasião do comparecimento para a consulta pré-natal e por visita domiciliar. Foram também realizadas reuniões com a(o)s ACS com apresentação dos objetivos da pesquisa e solicitação da colaboração para me acompanhar por ocasião das visitas.

O material empírico foi produzido em dois momentos. No *primeiro momento*, para obtenção dos dados referentes a aspectos socioeconômicos, experiências sexuais e reprodutivas e à atenção à saúde, com ênfase na ocorrência da gravidez vivenciada, foi utilizado o banco de dados da pesquisa matriz (APÊNDICE C). As informações contidas no banco de dados foram selecionadas buscando atender ao primeiro objetivo da pesquisa. No *segundo momento*, mulheres cadastradas nas duas USF que fizeram parte da pesquisa base e referiram gravidez não planejada foram contactadas para participar desta e,

havendo interesse, foram adotados os procedimentos éticos e realizadas as entrevistas. Foi realizado estudo piloto com duas gestantes, possibilitando avaliar o entendimento das questões elaboradas havendo readequação das questões não compreendidas. Ao realizar dez entrevistas, excluído o teste piloto, os relatos obtidos já atendiam aos objetivos da pesquisa, havendo recorrência de temas que abordavam o contexto e neste, as circunstâncias da ocorrência da gravidez referida como não planejada, sendo assim delimitado o número de mulheres participantes.

A entrevista se caracteriza como uma conversa entre duas pessoas, das quais uma se apresenta como entrevistador(a) e outra como entrevistada. Essa técnica permite ao/à entrevistador(a) liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, podendo, assim, explorar mais amplamente as questões propostas. Apresenta-se como uma conversa efetuada face-a-face, de maneira a proporcionar resultados satisfatórios e informações necessárias (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Neste estudo foi utilizada técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Foram explorados os aspectos referentes ao contexto de vida das mulheres com gravidezes referidas como não planejadas, buscando as circunstâncias da sua ocorrência. Foram aplicadas questões semiestruturadas com os temas nucleares sendo possível realizar intervenções, organizando a conversa em torno de um fluxo coerente na direção dos objetivos.

Nesse segundo momento, a produção do material ocorreu, na USF e no domicílio, sendo oferecida à mulher possibilidade de escolha quanto ao local que se sentiria mais à vontade para realizar a entrevista. As que foram realizadas na USF ocorreram por ocasião do comparecimento da mulher para consulta pré-natal e, no domicílio, em dia e horário por elas definidos. Foi solicitado apoio às enfermeiras para que a entrevista ocorresse em sala de atendimento individual, possibilitando à mulher ambiente que assegurasse sua privacidade; no domicílio, também buscou-se local privativo. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra. A principal dificuldade dessa etapa foi em relação ao espaço físico disponível, pois a maioria das salas eram utilizadas para atendimento pelo(a)s profissionais da unidade. Os nomes utilizados para a identificação das gestantes são fictícios e foram escolhidos pelas próprias participantes.

Todas atenderam ao critério de inclusão citado e aceitaram em participar do estudo, sendo oferecido a estas um documento com informações sobre a pesquisa (APÊNDICE A), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), elaborado segundo a Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi garantido o anonimato, sigilo e direito de desistir de participar da pesquisa sem nenhuma restrição, ao mesmo tempo em que foi

permitido o acesso aos dados e ao relatório de pesquisa e às pesquisadoras em qualquer momento do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

4.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi analisado sob duas formas. Os dados referentes à caracterização socioeconômica, reprodutiva e da atenção à saúde, obtidos na primeira etapa da pesquisa, foram organizados na forma de resultados e discussão e interpretados à luz da literatura pertinente, buscando atender ao objetivo referente ao contexto de vida da mulher em que se inseria a gravidez.

O material empírico produzido por meio das entrevistas, na segunda etapa do estudo, foi analisado por meio da técnica de análise de discurso.

Para Fiorin (2003, p. 11)

O discurso são as combinações de elementos lingüísticos, usados pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso, ela é rigorosamente individual, pois sempre é um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso.

Segundo Orlandi (2001, p. 14):

A análise de discurso busca desvendar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem [...] Trabalha o ponto de articulação da língua com a ideologia e procura explicitar o modo como se produzem as ilusões do sujeito e dos sentidos (os pontos de estabilização referencial e os de subjetivação).

Essa autora acrescenta ainda que, neste processo, o(a) analista deve evidenciar a compreensão do que é a textualização do político, a simbolização das relações de poder, os modos de historicização dos sentidos, o modo de existência dos discursos no sujeito, na sociedade e na história.

Os discursos são construções sociais organizados com base nas imagens, idéias, representações que os sujeitos constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores inconscientemente, incorporados e naturalizados. A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo determinada socialmente, uma vez que o discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2003).

Para esse autor, a análise deve se preocupar com aquilo que está inscrito no discurso, o que revela a sua verdade naquele momento, mostrando a que formação discursiva pertence o discurso, que representações estão associadas à construção do modo de ver o mundo. Assim, a análise revela quem é o sujeito do discurso e qual a sua visão de mundo, que se expressa acompanhada por crenças e valores incorporados inconscientemente, de modo que acabam por serem vistos como naturais.

O texto construído a partir da fala se estrutura em níveis de abstração crescente. Para chegar ao nível mais abstrato, é preciso agrupar os temas que têm algo em comum, buscando-se chegar no plano mais profundo do que está sendo dito. Aquilo que percebemos imediatamente está no nível da aparência, no nível superficial, não revelando a ideologia que pode estar por trás da fala (FIORIN, 2003).

A ideologia constitui a maneira que cada pessoa tem de ver e compreender o mundo, no contexto a sua volta, e é construída através das relações que as pessoas mantêm umas com as outras, das experiências acumuladas ao longo da vida, tornando o referencial do indivíduo na condução da sua vida social. Quanto aos determinantes de cunho social relacionados à ideologia, Fiorin (2003, p. 28, grifo do autor) ressalta que:

A esse conjunto de idéias, a essas representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida do ser humano e as relações que ele mantém com os outros é o que comumente se chama ideologia. Como ela é elaborada a partir das formas fenomênicas da realidade, que ocultam a essência da ordem social, a ideologia é 'falsa consciência'.

No nosso estudo, o processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2003):

1) Leitura do texto inteiro, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo plano de significação, de modo a garantir a coerência.

2) Agrupamento dos dados segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados .

3) Depreensão dos temas centrais com formulação de três subcategorias que levaram à construção de uma categoria empírica central.

4) Análise e discussão das subcategorias empíricas sob orientação do eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente, mantendo-se coerência com o sentido que se revela na categoria empírica central para as circunstâncias de ocorrência da gravidez não planejada.

5 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E REPRODUTIVO DE MULHERES USUÁRIAS DO PSF EM SITUAÇÃO DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Neste estudo, foram entrevistadas 10 mulheres adultas, na faixa etária entre 23 e 34 anos, que estavam vivenciando uma gravidez referida como não planejada. No período anterior à gravidez, cinco mulheres eram casadas há mais de três anos; uma, tinha união estável há três anos; quatro eram solteiras com parceiro fixo, com 3 meses, 5 meses, 3 anos e 6 anos de relacionamento. Ressalta-se que houve mudança nessa condição, visto que, com a ocorrência da gravidez, três mulheres foram abandonadas pelos parceiros que, rejeitando a gravidez e se eximindo da responsabilidade, não assumiram a paternidade. Dessas, duas encontravam-se em situação de namoro e uma em união estável. Duas mulheres referiram apresentar conflito na relação, que se agravou com a notícia da gravidez.

No que diz respeito à raça-cor, a maior parte das mulheres declarou-se negra, 6 pardas, 3 pretas e uma da cor branca. Quanto à escolaridade, duas delas tinham a primeira fase do ensino fundamental, quarta série; duas, ensino fundamental incompleto; três, ensino médio incompleto e três, ensino médio completo. Foi constatado que a maior parte das mulheres não havia completado o ensino médio. Apresentaram como motivos para terem parado de estudar: primeiro, a ocorrência de gravidez anterior, seguido da necessidade de trabalhar e, por terem concluído o ensino médio. Dessas, duas tinham plano de dar continuidade aos estudos, frustrado com a ocorrência da gravidez. Apenas uma encontrava-se estudando no momento anterior à gravidez atual, tendo interrompido com a ocorrência da gravidez.

Quanto à situação ocupacional, por ocasião da pesquisa, nove entre as dez mulheres entrevistadas não desenvolviam atividades remuneradas, eram donas de casa e cuidadoras do(a)s filho(a)s, apenas uma exercia atividade com remuneração na função de professora de creche. Quanto à situação ocupacional no período anterior à gravidez, duas referiram não exercer atividade remunerada porque precisavam cuidar do(a)s filho(a)s, duas estavam desempregadas por dificuldade de inserção no mercado de trabalho e seis exerciam atividades remuneradas, cujas funções eram: empregadas domésticas (2), vendedoras de loja (2), professora de creche(1) e garçonete(1).

Em relação aos motivos por estarem fora do mercado de trabalho, cinco delas deixaram o trabalho com a ocorrência da gravidez, sendo que três pediram demissão em decorrência da sobrecarga de trabalho e reações do organismo, próprias do primeiro trimestre da gravidez, e

duas foram demitidas por estarem grávidas. Esses fatos foram relatados com naturalidade, sem a mínima noção dos direitos trabalhistas. Das mulheres que trabalhavam fora de casa no momento anterior à gravidez, todas exerciam função com características próximas à dos cuidados domésticos e, sem qualificação profissional, inseriam-se na parcela populacional que têm baixos salários.

A renda individual média no período anterior à gravidez era menor que um salário mínimo, e a renda familiar média de um a dois salários mínimos, sendo o companheiro referido como principal responsável pelo sustento da família. Os baixos salários a que estavam submetidas no período anterior à gravidez e a dependência econômica que tinham dos parceiros ou de outros familiares fazem gerar outras dependências que limitam a autonomia dessas mulheres. Quanto à prática religiosa, quatro mulheres eram católicas, três protestantes, uma praticava candomblé e duas referiram não praticar nenhuma religião.

5.2 CARACTERIZAÇÃO QUANTO A EVENTOS REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO À SAÚDE

Em relação à gravidez que estavam vivenciando, as mulheres as classificaram como: *não planejada, queria esperar mais*, referida pelas quatro mulheres que vivenciavam a primeira gestação; das que estavam em gravidez subsequente, seis informaram *não planejada, não queria ter mais filhos*, e dentre essas 5 mulheres referiram também como *indesejada, não queria ter mais filhos*, essas tinham de 1 a 5 filhos(a)s. Percebe-se que a gravidez considerada como indesejada foi aquela que contrariou o desejo da mulher, decidida a não ter mais filhos.

As mulheres participantes do estudo tiveram a menarca entre 11 e 17 anos. A iniciação sexual deu-se predominantemente na adolescência, oito mulheres, as outras duas, em fase imediatamente posterior, aos 20 anos. Em relação à primeira gravidez, quatro engravidaram pela primeira vez na adolescência e as demais após os 20 anos. Do total das mulheres que já haviam engravidado anteriormente, seis relataram uma a quatro gravidezes não planejadas e o número de filho(a) vivos variou entre um a cinco, sendo esses do mesmo parceiro ou de outro(s) relacionamento(s).

Em relação ao uso de contraceptivos na primeira relação sexual, seis mulheres não utilizaram nenhum método e quatro referiram ter utilizado a camisinha masculina. No decorrer da vida reprodutiva, nove mulheres relataram ter tido acesso às informações sobre todos os métodos por amigas, profissionais de saúde, escola, televisão, revistas, livros e pela mãe, apenas uma tinha ouvido falar somente sobre a pílula, camisinha e DIU. No decorrer das

entrevistas, foi possível perceber que elas não contavam com informações adequadas que possibilitassem proteger-se da ocorrência de gravidez imprevista.

Os métodos contraceptivos utilizados no período anterior à gravidez atual foram: camisinha masculina, eventualmente, (6), seguido da pílula (2), injetável trimestral (1) e tabela (1). O método de escolha iniciado em algum momento da vida, pela maioria das mulheres, foi a pílula, tendo sido interrompido devido a efeitos adversos ou descontinuidade na oferta pelo serviço de saúde. Quatro dessas mulheres referem ter feito tentativas para realizar a laqueadura, porém não tiveram sucesso, tendo sido surpreendidas por outras gravidezes sem planejamento devido à dificuldade de acesso a contraceptivos.

Em relação ao histórico do aborto, quatro referiram ter história de abortamentos em gravidezes anteriores, tendo sido 03 espontâneos e 02 provocados. Quanto à tentativa de aborto na gravidez atual, três referiram que, diante da surpresa da gravidez, apresentaram desejo de abortar (3), mas não tiveram coragem ou meios para fazê-lo, e uma realizou tentativas em casa, utilizando como meio o cytotec e chás, sem sucesso, decidindo-se pela doação do(a) filho(a).

Em relação à participação do parceiro na contracepção, quatro mulheres afirmaram que *o parceiro participa e se envolve*; duas, *o parceiro não se envolve e vê a contracepção como coisa de mulher*, e quatro referiram que os parceiros *não se envolvem e aceitam as decisões da mulher*. Quanto à responsabilidade em evitar a gravidez, sete mulheres afirmaram *ser da própria mulher*, duas referiram *responsabilidade compartilhada*, e uma afirmou que *a responsabilidade era do parceiro*.

Quanto à atenção ao Planejamento reprodutivo recebido pelas mulheres antes da gravidez atual, sete já participaram das ações desenvolvidas na USF, em algum momento, caracterizadas como palestras e reuniões de grupo ou consulta clínico-ginecológica, e três nunca participaram, alegando incompatibilidade entre o horário do serviço e o do seu trabalho, ou por falta de interesse; uma refere não ter conhecimento da existência desse tipo de atividade na USF. No que diz respeito à frequência à USF para planejamento familiar, no período anterior à gravidez, apenas duas participavam, recebiam as orientações e a prescrição, mas não havia no serviço o método prescrito.

Das sete mulheres que referiram ter participado em algum momento do planejamento reprodutivo, seis desistiram em virtude da descontinuidade na oferta dos métodos, efeitos colaterais da pílula, falta de profissionais capacitados para inserção do DIU, ausência de serviço de referência para laqueadura e informações fragmentadas. Nove entre as dez mulheres do estudo referiram que diante da falta do contraceptivo na USF, compravam na

farmácia(6), interrompiam(2) ou mudavam para o método disponível no serviço (1) dada às dificuldades financeiras, e uma utilizava método natural, tabela. A esses fatores somaram-se: não gostavam do atendimento; havia demora para marcar a consulta e para atendimento no dia agendado. Das que participaram das atividades educativas, apenas quatro referiram que essas atenderam às suas necessidades, as demais informaram continuar com dúvidas.

Há tendência das gestações ocorrerem em situação de existência de parceiro fixo, o que se confirma em estudos quantitativos, a exemplo do estudo de Santos (2010), na mesma área geográfica, em que 61,7% de mulheres em idade fértil eram casadas ou se encontravam em união estável, correspondendo as solteiras a 35,9% das entrevistadas, 2,4% eram divorciadas/viúvas/separadas. Nessa lógica, as gravidezes não planejadas poderão ocorrer em maior proporção entre mulheres com parceiro fixo, inclusive porque são aquelas que apresentam maiores possibilidades de reduzir as exigências quanto ao uso de contraceptivos, sobretudo no início da vida sexual e na ausência de gravidez anterior. Estudo realizado há duas décadas já mostrava associação da gravidez não planejada com o tipo de união da mulher e uma correlação direta entre o número de gestações com a ocorrência da mesma, ou seja, quanto maior a paridade maior a probabilidade de uma gravidez não ser planejada (MAIA, 1992).

A predominância de mulheres da raça negra residente na área geográfica do estudo se apresenta como indicador de níveis socioeconômicos mais desfavoráveis, que determinam maiores dificuldades de acesso a oportunidades sociais, o que envolve maior limitação na atenção à saúde em relação às mulheres brancas e compromete diretamente a liberdade de escolha e a decisão em relação a ter ou não ter filhos.

A grande maioria das mulheres da raça negra encontra-se abaixo da linha da pobreza, e a taxa de analfabetismo é o dobro comparada com a das mulheres brancas. Elas têm menos acesso a serviços de saúde de boa qualidade e estão mais expostas a riscos de adoecer e morrer (BRASIL, 2004). Os indicadores de saúde evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida, expressas nas precárias condições de assistência à saúde, assim como os piores níveis de renda e escolaridade (MARTINS, 2006).

No estudo de Santos (2010), das 376 mulheres entrevistadas, 54% tinham o ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto, 37,9% haviam concluído o ensino médio e 7% concluíram a alfabetização ou tinham o ensino fundamental incompleto e apenas 0,8% ingressaram no ensino superior (SANTOS, 2010). O nosso estudo, de abordagem qualitativa, não se propõe a precisões estatísticas, mas, considerando que o estudo de Santos (2010) é parte do projeto em que este se inclui, as mulheres grávidas entrevistadas apresentam

características que se aproximam. Sobre a escolaridade das mulheres brasileiras, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) mostra que cerca de 20% delas haviam cursado até a quarta série do ensino fundamental e 50% ultrapassaram oito anos de estudo (BRASIL, 2008).

Mulheres com baixa escolaridade tendem a ter jornadas domésticas em média 75% superiores às das mulheres com nível superior completo, assim, quanto menor a escolaridade, menos qualificada será a ocupação (RIOS-NETO; MARTINE; ALVES, 2009). Em geral, as mulheres menos escolarizadas são as que apresentam as piores condições em termos de inserção no mercado de trabalho (BRASIL, 2008).

Entre as mulheres residentes na área deste estudo, foi constatado que o maior percentual das mulheres 47,1% desenvolviam atividades como donas de casa, cuidadoras do(a)s filho(a)s e de familiares. No que se refere à renda familiar, o maior percentual, 51,6%, das mulheres tinham uma renda mensal familiar entre 2 e 3 salários mínimos e 42,5% até 1 salário mínimo. Quanto à variável raça/cor 93,4% declararam-se negras (pretas e pardas), 5,9% brancas e 0,5% indígenas (SANTOS, 2010).

Em 2001, segundo dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), as mulheres representavam 41,9% da população economicamente ativa do Brasil, e as que trabalhavam fora do âmbito domiciliar exerciam, fundamentalmente, o emprego doméstico ou atuavam nas áreas da educação, saúde, indústria têxtil e de confecção. Esse estudo mostra ainda que, para as mulheres que exercem trabalho remunerado, independentemente do grau de instrução, a remuneração média é expressivamente inferior à obtida pelo homem com igual nível de instrução, atingindo diferenças salariais superiores a 50%, sendo um dos principais indicadores das desigualdades de gênero. Isto ainda se confirma, na vida da maioria das mulheres que enfrenta duplas ou triplas jornadas de trabalho, articulando público e privado (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2001).

Pelos resultados do nosso estudo, referentes às atividades exercidas antes e após a gravidez, vê-se que a ocorrência de uma gravidez pode dificultar a vida das mulheres, comprometendo seu bem-estar. Ao afastar-se do mercado de trabalho em momento não previsto, seja por iniciativa própria, seja porque não interessa ao mercado uma mulher grávida e se ignoram direitos trabalhistas, o fato é que tais situações concorrem para que elas se tornem dependentes de seus parceiros ou familiares, acentuando desigualdades de gênero e retardando a autonomia das mulheres.

O Relatório sobre situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vive em situação de pobreza é superior ao de homens, as mulheres trabalham

mais horas e, pelo menos, metade de seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. Nesse sentido, as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto nas condições de vida e saúde das mulheres, expondo-as a maiores níveis de vulnerabilidade.

Segundo Souza-Lobo (1998), a trajetória ocupacional das mulheres é vinculada a seu ciclo reprodutivo. Elas, frequentemente, abandonam o emprego quando têm filhos, mas é possível identificar mudanças de comportamento dependendo da situação profissional, financeira e educacional. As mulheres com profissões qualificadas tendem a conservar seus empregos, o que mostra que a relação com o trabalho é mediada pelas possibilidades de ser substituída nas funções familiares e pelos projetos de vida das próprias mulheres.

Resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostram que os motivos que levam as mulheres a deixar de trabalhar são, primeiramente demissão, em seguida a existência de filho(a)s e a necessidade de cuidar deles, além do fato de ter engravidado. Verificamos assim que, apesar das mudanças nos padrões de reprodução e das crescentes discussões sobre as desigualdades de gênero, a responsabilidade do cuidado ainda está centrada na mulher, mantendo-se a ideologia e a exaltação em torno do papel da mulher enquanto mãe e cuidadora, sendo-lhe atribuídas todas as obrigações em relação aos cuidados do(a)s filho(a)s e da casa, reduzindo sua função social à maternidade (BRASIL, 2008).

No tocante à religião, sabe-se que a Igreja condena a anticoncepção, a prática do aborto e a atividade sexual que se realiza à margem do casamento e o alvo das suas ações tem sido as mulheres, sobretudo mulheres pobres, em razão da vulnerabilidade social a que estão expostas (ÁVILA, 2003). A posição de algumas Igrejas, contrárias aos métodos contraceptivos e à descriminalização do aborto, pode determinar orientações, práticas e crenças que influenciam atitudes e decisões das mulheres em relação ao seu modo de vida, particularmente no que se refere a práticas sexuais e reprodutivas.

Na etapa quantitativa deste estudo, realizada com 191 mulheres grávidas, foi verificada a associação entre número de gestações e gravidez não planejada, e a segunda gravidez apresentou-se como fator de proteção para a ocorrência de nova gravidez (COELHO et al. 2011), significando que as mulheres do estudo seguem o padrão de família que se consolidou no século XX e se mantém na atualidade, orientando sua composição em todos os estratos sociais. Neste, constatamos que o olhar das mulheres sobre gravidez e maternidade ancora-se na perspectiva de família nuclear com estabilidade da relação e apoio do parceiro e, pelos resultados apresentados, afirma-se que, uma vez que tal realização se concretizem, as

mulheres passam a adotar estratégias mais eficazes para evitar uma gravidez em momento inoportuno.

A gravidez não planejada é uma realidade confirmada em muitos estudos científicos e acontece em qualquer grupo etário. Conforme relatado, os resultados da pesquisa matriz na qual este estudo se insere, revelaram uma prevalência de 66,7 % de gestações referidas como não planejadas, numa amostra de 191 mulheres do Subúrbio Ferroviário de Salvador, sendo em sua maioria mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e baixa renda, vivenciando suas experiências sexuais e reprodutivas em um contexto que dificulta o acesso à informação e aos meios que possibilitem assumir o controle de sua fecundidade (COELHO et al., 2011). Ressalta-se que o referido estudo é localizado, realizado em área periférica em que vive uma população com características socioeconômicas semelhantes, não comportando portanto, as categorias de maior poder aquisitivo para a tomada de decisões sobre contracepção/reprodução.

Esses resultados trazem números superiores aos da PNDS que mostram entre as mulheres brasileiras uma taxa equivalente a 45,8% de gravidezes não planejadas. A pesquisa mostra também que o planejamento reprodutivo no Brasil apresenta maior dificuldade de se efetivar entre as mulheres com menor escolaridade, negras e residentes em regiões menos favorecidas do país, sendo diretamente influenciado pelas condições socioeconômicas (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, as condições a que estão expostas as mulheres negras restringem suas liberdades individuais e sociais, fazendo com que as mesmas sejam impedidas de viver livremente seus desejos e dificultando escolhas no âmbito reprodutivo. Dados da PNDS relacionados ao número de filhos mostram que as mulheres que se declaram pardas ou pretas, agrupadas, neste caso, na categoria “negra”, apresentam maior número de filhos se comparadas com as brancas, ficando com taxa de 1,98 enquanto as mulheres brancas apresentam taxa equivalente a 1,53 (BRASIL, 2008).

Melo (2003), em estudo sobre planejamento familiar em unidades públicas de saúde de Salvador, constatou que a experiência concreta das mulheres com a contracepção dá-se em meio a dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos e à ocorrência de efeitos colaterais decorrentes do uso de métodos hormonais. Além disso, há dificuldade de acesso às ações de planejamento familiar no serviço público, para atender às necessidades específicas da população além da dificuldade de acesso às informações.

Segundo dados da PNDS, o percentual de mulheres que conhece ou ouviu falar de algum método anticoncepcional, por tipo de método, em diferentes grupos, é praticamente

universal, sendo que o conhecimento de métodos modernos são mais disseminados que os tradicionais. Mas, apesar do número de métodos conhecidos, a totalidade de alternativas de regulação da fecundidade não é citada por todas as mulheres, o que representa uma limitação no seu leque de escolha do anticoncepcional, tendo a imensa maioria já feito uso de algum método. É importante salientar que o número de mulheres que fazem uso de algum tipo de contraceptivo é maior entre as mulheres que não têm parceiros fixos e são sexualmente ativas do que entre as mulheres em relação estável (BRASIL, 2008).

No estudo de Coelho et al. (2011), 78,42% relataram que não estavam usando contraceptivo, apesar da gestação atual ter sido considerada não planejada, o que nos permite afirmar que há um misto de ambivalência e de outros fatores associados à ocorrência da gravidez.

No que diz respeito às responsabilidades do parceiro, a não assunção plena das responsabilidades contraceptivas está presente em parceiros de todos os segmentos sociais, e quem decide e toma a iniciativa pela adoção de um método e mantém seu uso regular, quando isso acontece, são as mulheres. Entretanto, há grande variedade de contextos de negociação entre os casais, influenciado por diferenças etárias, trabalho e renda, tempo de relacionamento, existência ou não de filhos e/ou abortos anteriores, se estão unidos ou solteiros, se existem parceiros ou parceiras ocasionais, enfim, há uma gama de aspectos que interferirão na capacidade de ambos em impor suas condições frente às decisões sobre como se protegerão, ou não, nas relações sexuais. Assim, a gestão da vida sexual e reprodutiva apresenta dilemas e dificuldades, pois envolve emoções, desejos, determinação e relações de poder entre homens e mulheres (BRANDÃO, 2009).

Em relação às razões para o não uso da camisinha masculina na última relação sexual, ocorrida nos últimos 12 meses, dados da PNDS (BRASIL, 2008) mostram que em torno de 31% das mulheres não usaram a camisinha por confiar no parceiro, 12%, por não gostar e 6% por recusa do parceiro. Foi verificado também que a porcentagem de mulheres que não usaram a camisinha por confiar no parceiro aumenta gradativamente com o aumento da idade. A resposta “meu parceiro não quis”, permaneceu estável por faixa etária, porém, ao ser analisada por anos de estudo, houve uma queda neste percentual com o aumento dos anos de estudo, 2,9% em mulheres com 12 anos ou mais de estudo, refletindo, provavelmente, um maior poder de negociação com os parceiros (BRASIL, 2008).

Ao investigar o histórico de gravidez de mulheres da mesma área de abrangência, Santos (2010) constatou um elevado índice de abortamento. Em uma amostra de 376 mulheres, ocorreram 110 abortos, sendo 39,1% provocados, 47,3% espontâneos e 13,6%

declararam as duas formas. Esse estudo corrobora com os dados da literatura sobre os elevados índices de abortamento em Salvador, se apresentando entre as principais causas de óbito materno nesta capital (DOSSIÊ..., 2009).

A assistência ao Planejamento Familiar no Brasil é regulamentada e determina ações pautadas nos direitos reprodutivos, de forma a garantir às mulheres e aos homens cuidados preventivos e educativos, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, seja com a finalidade de aumentar ou limitar a prole (BRASIL, 2006). Entretanto, o que se percebe no estudo em foco é que o PSF ainda não se estruturou com ações básicas no Planejamento Familiar capazes de atender às necessidades reprodutivas das mulheres. Ações fragmentadas, que distanciam a prática das proposições teóricas, revelam uma desarticulação entre os três níveis do sistema, municipal, estadual e federal que se refletem no modo de organização dos serviços e das práticas.

Na atualidade, a enfermeira é a profissional que está à frente da atenção ao planejamento reprodutivo na rede pública, sobretudo no PSF. Nessa estratégia de atenção básica à saúde, assume ações de cuidado aos diversos grupos populacionais em todo o ciclo vital, bem como funções no âmbito da gestão. A multiplicidade de ações sob sua responsabilidade não somente coloca a enfermeira em lugar de destaque na equipe, mas, sobretudo, aumenta suas responsabilidades em oferecer práticas resolutivas neste campo de atenção. Todavia, o planejamento reprodutivo, sem garantia da provisão de insumos pelos níveis centrais, não consegue atender, sequer, às demandas mais imediatas que garantam às mulheres o acesso à informação e aos meios de regular sua fertilidade, o que daria nesse campo específico, credibilidade às práticas e aos serviços.

Em relação às atividades educativas, as palestras, como espaço de informação contraceptiva, são consideradas por Coelho e Fonseca (2004) uma prática em que a(o) profissional se apresenta com um saber pré-estabelecido, pautado numa lógica biologicista, que essa nega às mulheres a oportunidade de discussão e reflexão sobre suas experiências de vida e as distancia do conhecimento sobre sexualidade, reprodução e implicações das relações de gênero na ocorrência de uma gravidez, o que se acentua com a ausência de ações dirigidas aos homens.

Os obstáculos para a implementação de políticas de planejamento familiar comprometem a integralidade na atenção à saúde reprodutiva das mulheres, representando um entrave para o exercício de plena cidadania e dos direitos sexuais e reprodutivos (KALSING, 2000). Na prática, não se garante o acesso aos métodos contraceptivos de modo regular, desrespeitando-

se direitos e negando-se os meios para que as mulheres tomem decisões com autonomia sobre o seu corpo.

A realidade revelada pelas mulheres deste estudo, é convergente com o que tem sido constatado na literatura científica. Apesar do planejamento reprodutivo ser uma das ações a serem desenvolvidas no PSF, com o objetivo de ser um facilitador do exercício dos direitos reprodutivos, na prática, esse não consegue acolher as demandas das mulheres, havendo comprometimento do acesso aos métodos, às informações e aos meios que viabilizam a cidadania. Nesse âmbito da atenção à saúde, mantêm-se as mulheres vulneráveis à gravidez não planejada, indesejada e ao aborto.

6 CONDICIONANTES DE GÊNERO E DA ATENÇÃO À SAÚDE NA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

Esta categoria foi construída a partir do conjunto de temas que, organizados por convergência, resultaram em três subcategorias. Uma em que o tema de maior abstração diz respeito à ambivalência do desejo condicionada pela identidade de gênero; outra refere-se aos desdobramentos da gravidez, em que o apoio do parceiro mostrou-se decisivo para sua aceitação, e a terceira agrega a interseção entre dificuldades de acesso à contracepção e a responsabilidade do parceiro. Há, em todas, transversalidade da relação que a mulher estabelece com o serviço de saúde e com o parceiro, sendo ambas objeto de análise em todo o estudo.

Pelos relatos das mulheres, estão presentes, nas circunstâncias de ocorrência da gravidez, fatores relacionados à construção identitária que geram ambivalência numa estreita relação com fatores relacionados ao parceiro, expressos por meio da resistência ou uso eventual do preservativo, desejo de ter um(a) filho(a), descompromisso com a contracepção, descompromisso com a responsabilidade em ter mais um(a) filho(a), submissão das mulheres e pensamento mágico, “não acontecerá comigo”, referido como posição da mulher ou do casal em algumas situações. Do ponto de vista da relação com o serviço de saúde, as mulheres expressaram: intolerância a contraceptivos; informações fragmentadas; descontinuidade e/ou limitação na oferta de métodos pelos serviços de saúde; incompatibilidade entre horários do trabalho das mulheres e do serviço de saúde; ausência da procura do serviço de saúde ou desistência de ir à USF por não ser atendida em suas demandas contraceptivas.

6.1 AMBIVALÊNCIA DO DESEJO PERMEANDO AS CIRCUNSTÂNCIAS DE OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

Compreendendo que a ocorrência da gravidez está ligada à interseção de múltiplos fatores, pode assumir diferentes significados na medida em que é vivenciada em sua concretude. No nosso estudo, em que buscamos analisar as circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada, procuramos, inicialmente, captar o significado de ser mãe por considerá-lo central em um ambiente sociocultural que molda a identidade feminina na direção da maternidade.

As mulheres se posicionaram frente à maternidade e à gravidez, influenciadas pela naturalização dessa função social, sendo a maternidade importante elemento identitário. É

expressa não somente como *algo importante*, mas como *um dom, uma bênção, sonho de toda mulher, referência de vida, realização da mulher, algo ótimo e maravilhoso, símbolo de amor, afetividade, comunhão e entendimento; sentido de felicidade*. Tais significados foram expressos, sobretudo, pelas que vivenciavam a primeira experiência de estar grávida, mantendo-se, diante de uma gravidez referida como não planejada, a idealização da maternidade incorporada como lugar primeiro da realização feminina.

Assim, Ana, Samara, Helena e Cláudia, grávidas pela primeira vez, mostram-se felizes com a gravidez, desejada objetivamente para outro momento, mas aceita em qualquer circunstância. Revelam em seus depoimentos a gravidez como algo inerente a toda mulher, algo divino, que as anatece e constitui “papel essencial para a realização feminina a ser cumprido em algum momento da vida”, como mostram os relatos a seguir:

Esse é meu primeiro filho e pra mim ser mãe é uma nova descoberta, é algo que eu sempre sonhei, é infinito, é positivo, é muito bom, apesar de que eu não planejei ser mãe neste momento, eu queria sim mais bem pro futuro. Ser mãe não deixa de ser um desejo de toda mulher e é bom para a família [...] Muitas mulheres compartilham a graça de ser mãe com a graça de Deus, mais outras infelizmente não conseguem (informação verbal)².

Ser mãe pra mim é uma coisa muito importante, acho que toda mulher deve passar por isso um dia. Eu não pensava em ser mãe agora, mais já que aconteceu, sei lá... um dia ia acontecer mesmo, entao eu tô feliz [...] No fundo, eu acho que algum dia a mulher precisa ser mãe pra se sentir realizada em todos os sentidos em sua vida (informação verbal)³.

Eu acho que ser mãe é o sonho de toda mulher, é uma coisa que não tem muita explicação não. Ser mãe é um dom que só a mulher mesmo tem é uma coisa muito boa, muito gratificante, eu acho que é um dom que Deus deu para a mulher [...] Pra mim, ser mãe é o que há de mais importante na vida da mulher, tem outras coisas que são importantes, como o trabalho, mais pra mim ser mãe é o mais importante [...] mas eu não queria engravidar agora não (informação verbal)⁴.

Acho que no pacote completo o significado de ser mãe é felicidade. Eu acho que pra gente mulher ser feliz a gente tem que ser mãe, enquanto a gente não é mãe a gente não é feliz completamente, ser mãe tá sendo um complemento muito grande na minha vida pra eu ser realmente feliz (informação verbal)⁵.

Essas mulheres estavam vivenciando a gravidez pela primeira vez, encontravam-se em relacionamento estável, tinham o apoio do parceiro e não frequentavam regularmente o serviço de saúde. Os depoimentos revelam que ainda que não apresentassem o desejo manifesto de uma gravidez para aquele momento, o tinham latente movido por uma subjetividade em que ser mãe é condição para ser mulher em plenitude e se sobrepõe a outras

² Ana, G1, 4 meses.

³ Cláudia, G1, 6 meses.

⁴ Helena, G1, 9 meses.

⁵ Samara, G1, 5 meses.

possibilidades de realização feminina. Embora tenham referido gravidez não planejada, há ambivalência no desejo que caminha na direção da gravidez em condições favoráveis à aceitação, por estabilidade na relação e/ou por atender ao desejo do parceiro de ser pai, o qual cria condições facilitadoras da gravidez, conforme constatado nas circunstâncias de sua ocorrência, relatadas e analisadas a seguir:

Ana, 28 anos, cor preta, ensino medio completo, desempregada, renda familiar de um salário mínimo, refere namoro há 6 anos. Fez uso de contraceptivo oral e injetável há cinco anos, interrompendo por intolerância. Participou de atividades educativas na unidade de saúde, com informações contraceptivas, deixando de frequentar o serviço por não haver métodos que atendessem às suas necessidades. Fazia uso de preservativo, comprado pelo parceiro, que assumia responsabilidades com a contracepção. Ressalta o sonho em ser mãe em outro momento, mas, ao engravidar, afirma:

Eu sempre pensei assim, eu quero ter um filho [...] mas pra eu ser mãe eu queria estar estabilizada, mas a gravidez aconteceu, não foi planejada para este momento, mas graças a Deus o pai do meu filho tá trabalhando, eu já tô desempregada tem seis meses [...] Eu não me cuidei como devia, eu não me preveni [...] eu usava a camisinha, a gente usava com frequência, mais nessa relação eu não utilizei por descuido mesmo [...] veio essa gravidez, não que eu quisesse provocar essa gravidez agora, porque eu já tinha vontade de engravidar, mas foi o momento de Deus, eu respeito (informação verbal) ⁶.

Cláudia, 23 anos, parda, ensino médio completo, professora de creche, renda familiar entre dois e três salários mínimos, namoro há 3 anos com convivência harmoniosa. Fazia uso frequente do preservativo, com alguma resistência do casal, algumas vezes aceitava relações desprotegidas para não contrariar o parceiro, descuidando pelo tempo da relação e pela confiança. Nunca frequentou o serviço de saúde para planejamento reprodutivo pela incompatibilidade do horário do trabalho com o serviço e por desinteresse, visto que o parceiro comprava o contraceptivo, mas refere ter conhecimento sobre todos os métodos por meios de comunicação diversos. Não queria ser mãe agora, mas, ao engravidar, teve apoio do parceiro, da família e se mostra tranquila:

A gente ficava pensando que não ia acontecer e eu acabei engravidando [...] a gente pensava que ia acontecer, mais não agora, mais pro futuro [...] Eu sempre falava pra ele usar a camisinha [...] mas ele sempre falava pra eu confiar nele que eu não ia engravidar, e eu acabava deixando pra não criar problema. Tinha dia que a gente não tava com vontade de usar e aí nem pensava em camisinha, mas acabava transando, depois vinha o arrependimento, o medo de ficar grávida [...] o homem não tá nem aí, na hora da vontade ele quer é fazer e pronto e a gente besta, acaba deixando, aceita pra não contrariar e aí a gravidez acontece e a gente se culpa (informação verbal) ⁷.

⁶ Ana, G1, 4 meses.

⁷ Cláudia, G1, 6 meses.

Samara, 26 anos, cor branca, ensino médio completo, desemprego após a gravidez, renda familiar de mais de cinco salários mínimos, 6 anos de relacionamento, brigas frequentes por cobrança do parceiro em ter filhos. Nunca frequentou o serviço de planejamento reprodutivo por incompatibilidade de horário do trabalho e desinteresse, mas tinha conhecimento sobre todos os contraceptivos e facilidade de acesso. Usou pílula por três meses, mas suspendeu por intolerância, usava o preservativo com frequência, havendo resistência do parceiro por desejar ter filhos, o que levava ao descuido. Afirma:

Eu acho que no fundo eu queria realizar o desejo do meu marido em ser pai porque eu gosto muito dele e isso não ia ser uma coisa tão sacrificante pra mim, sei lá também podia me fazer bem [...] Meu marido me pressionou tanto que eu não aguentei e acabei cedendo, querendo ou não. Eu não queria engravidar agora, mas na cabeça dele foi planejada e ele pressionou, pressionou e acabou conseguindo [...] Nossa!!! mas quando eu descobri foi um susto [...] no começo eu não queria ser mãe por causa da questão da liberdade [...] mas no fundo, no fundo, eu acho que eu também queria ser mãe [...] eu até discuti com ele sobre isto, que ele não me deu opção, foi por pressão mesmo (informação verbal)⁸.

Helena, 29 anos, cor parda, ensino médio incompleto, desemprego após a gravidez, renda familiar entre um a dois salários mínimos, relacionamento de 13 anos, com desejo do parceiro em ter filhos. Após 10 anos de utilização do DIU, teve dificuldades de nova inserção em decorrência de trabalho e, segundo a mesma, por não ter priorizado, optando por utilizar a tabela. No período anterior à gravidez, não participava de planejamento reprodutivo no serviço de saúde por incompatibilidade de horário com o trabalho, refere que tinha todas as informações sobre os métodos, obtidas em uma palestra na unidade de saúde.

Muitas vezes meu marido falava: eu quero ter um filho! E eu dizia não, eu não quero e nós estamos juntos há treze anos [...] Se fosse só por causa do desejo dele eu já teria engravidado [...] então eu tive minha escolha de ter filho ou não, e tive liberdade pra isso, e tinha as informações e os métodos. Essa gravidez aconteceu foi por descuido meu mesmo. Eu pretendia ser mãe um dia, mas não agora. Meu parceiro respeitava meu desejo de não querer engravidar, de não ter filho agora [...] não tinha dificuldade de ele usar a camisinha não, mas me dava corrimento, então eu passei a usar só a tabelinha, mas me descuidei e acabei engravidando (informação verbal)⁹.

Tais características foram constatadas também em situação de gravidez subsequente. No depoimento que segue, vê-se que a gravidez e a maternidade, uma vez internalizadas como espaço de realização, despertam reações dependentes de aprendizados de gênero, desejo e apoio do parceiro, princípios religiosos, qualidade da atenção à saúde, condições objetivas para o cuidado e para provisão da família e visão de mundo da mulher.

Fátima, 34 anos, cor preta, ensino fundamental incompleto, desemprego após a

⁸ Samara, G1, 5 meses.

⁹ Helena, G1, 9 meses

gravidez, renda familiar abaixo de um salário mínimo, duas filhas, 16 anos de relacionamento, com boa convivência. Usou contraceptivo injetável trimestral por 10 anos, com interrupção por 3 meses pela falta do método no serviço de saúde, utilizando o preservativo eventualmente, pela dificuldade de adaptação do parceiro. Participava do planejamento reprodutivo no PSF e refere que tinha informações sobre todos os métodos. Ressalta, em alguns momentos da entrevista, o desejo do parceiro em ter um “filho homem” e que, algumas vezes, pensava na possibilidade de concretizar esse desejo, referia “ser filho graça de Deus” enfatizando ser evangélica, mas não queria engravidar em decorrência das condições financeiras desfavoráveis.

Eu acredito que o que contribuiu para essa gravidez foi mais o desejo do meu esposo em ter um filho homem [...] meus planos não era ter outra gravidez [...] mas eu acabei ficando sem tomar o remédio por três meses, porque tava faltando no posto, aí aconteceu [...] eu corri atrás [...] mas dessas últimas vezes eu vinha pegar não tinha e eu não usei outra coisa porque [...] nas outras gravidezes eu demorava de engravidar, como eu usava a injeção tinha muito tempo pensava que era mais difícil pra pegar filho logo [...] fui fazer um exame de preventivo, descobri que eu estava grávida. No posto eu recebia todas as informações, eles orientam, o único problema é que o remédio as vezes falta [...] eu não tinha dificuldade pra falar pra ele usar a camisinha, mas ele sempre dizia: Se tiver que usar eu uso, mas é muito incomodativo [...] vá você no posto buscar a injeção se não quiser pegar filho agora. Às vezes ele usava, mas nós dois relaxamos em muitas relações, achamos que não aconteceria a gravidez e aconteceu [...] Ele me confortou muito, apesar que as coisas tão difícil, ele não tem trabalho fixo, a renda é pouca, mas nós ficamos felizes. Eu não queria antes, mais agora eu tô feliz [...] Ser mãe pra mim é maravilhoso, eu me sinto tão bem, me sinto uma mulher realizada [...] quando o bebê mexe minhas lágrimas logo descem de tanta alegria (informação verbal)¹⁰.

6.1.1 Analisando a correlação entre atenção à saúde, relação com o parceiro e ambivalência

Diante das situações apresentadas, constata-se que no que diz respeito ao serviço de saúde, este não estabeleceu com as mulheres o vínculo necessário para o atendimento de suas demandas. Há subjacente às falas das mulheres, superficialidade de informações, da relação com o serviço e da efetividade das ações, constatadas quando Ana afirma ausência de métodos para suas necessidades e intolerância ao que fez uso; Cláudia nunca foi à USF para planejamento reprodutivo; Samara nunca frequentou a USF e interrompeu o uso da pílula por intolerância em período de adaptação (3 meses), quando certas manifestações clínicas são esperadas; Helena, embora tendo feito uso do DIU por 10 anos, relata ter informação em única palestra, quando a escolha de métodos requer atividades preferencialmente em grupos

¹⁰ Fátima, G4, A1, 8 meses.

para discussão e reflexão sobre demandas das mulheres, antecedendo as atividades clínicas; Fátima, frequentava a USF regularmente e, ao se deparar com a descontinuidade da oferta do contraceptivo pela USF, é surpreendida por uma gravidez.

Do ponto de vista da relação estabelecida com a USF, os depoimentos revelam que as condições objetivas foram mais favoráveis à ocorrência de uma gravidez do que a sua prevenção, mas as participantes em foco, enquanto tiveram a determinação em não engravidar, adotaram condutas de proteção, apesar do desejo explícito do parceiro, e conseguiram adiar *o sonho da maternidade por 3,6 e 13 anos* até o *descuido* acontecer e terem sua primeira gravidez, fortemente movidas pelo desejo de ser mãe. Helena dá demonstrações de exercício da liberdade reprodutiva em convivência com o desejo do parceiro. A relação de 13 anos, a opção por tabela (método de maior índice de falha), após retirada do DIU, a proximidade de iniciar a década de vida em que as gravidezes tornam-se tardias, podem ser indicativas de que se aproximava a hora de realizar o desejo que também era seu, assumindo ter exercido a sua liberdade de escolha.

Fátima, embora informe a inexistência do contraceptivo no serviço de saúde, convive com o desejo do parceiro por um filho homem. Ao analisar o discurso, é revelado que, quando o parceiro expressa desejo de mais um filho, essa demanda é imediatamente registrada e, ainda que objetivamente busque meios de satisfazer ao que entende ser melhor para ela, quando o serviço de saúde não a acolhe em suas necessidades, o risco da gravidez se impõe. Se as dificuldades de acesso se mantêm, cria-se uma condição que move a mulher na direção de atender ao desejo do parceiro, pela incorporação da obrigação de satisfazê-lo, ajudada pelo papel naturalizado da maternidade. Instala-se um conflito entre desejo e demanda, prevalecendo aquele que, do ponto de vista de gênero, foi construído por um intenso processo cultural e simbólico, a maternidade como destino, aceitando *quantos filhos Deus der*, o que se sobrepõe às difíceis condições financeiras informadas por esta participante do estudo. Diante da certeza do apoio do parceiro, é poupada de culpa e de maiores conflitos na ocorrência da gravidez.

A análise dos discursos revela também que, quando a experiência com os métodos contraceptivos e o acesso ao serviço de saúde não são satisfatórios, impõem-se limites à liberdade de escolha e, uma vez incorporado gravidez e maternidade como algo nato, em condições objetivas adversas, criam-se circunstâncias favoráveis à sua ocorrência, ou seja, para que as mulheres cedam à “natureza”. Essa condição interage com a submissão ao parceiro que, ainda quando parcialmente assume a contracepção, num jogo de poder, seduz ou ordena responsabilidades e se exime dessas, ao tempo em que a mulher sedimenta em si a

responsabilidade pela contracepção e pela gravidez, portanto pelos *descuidos* na relação sexual.

Algumas tentam proteger a si e ao parceiro, ao parecer terem sido traídas pelo pensamento mágico, “isso não acontecerá comigo”. Segundo Silva (2002), essa forma de pensamento está relacionada à fase de transição pela qual passam as adolescentes, que incluem fantasias, distanciamento do mundo concreto e necessidades do prazer imediato. Entretanto, percebe-se que isso não se aplica somente a essa fase da vida, sendo também comum em mulheres na idade adulta, haja vista, nos depoimentos das mulheres deste estudo, ter sido uma das condições que favoreceram o descuido no uso do método e, conseqüentemente, a ocorrência da gravidez.

No Brasil, apesar da inclusão do planejamento familiar na assistência à saúde da mulher representar um ganho importante nessa perspectiva e ser o maior diferencial do PAISM em relação às ações a serem viabilizadas pelo Estado, sendo referendado pela Constituição Federal de 1988, sua operacionalização tem se dado de modo precário. O sistema público de saúde não oferece acesso aos métodos em quantidade e qualidade que atendam às demandas reprodutivas das mulheres e ou do casal, impossibilitando a livre escolha reprodutiva (CITELI, 1996; PIROTTA, 1998; OSIS et al., 2004; COELHO; FONSECA, 2004; HEIBORN; PORTELLA, 2009).

Na parcela da população que apresenta níveis de educação e renda mais desfavoráveis e que depende do sistema público de saúde, as mulheres estão mais expostas a gravidezes não planejadas e aos abortos inseguros, e o PSF não tem conseguido reverter esse quadro (MATTOS, 2004; SANTOS, 2010; COELHO et al., 2011). A integralidade proposta pelo PSF e, na atualidade, pela PNAISM está comprometida, pois, além de não haver garantia de informação e de acesso a métodos, o acolhimento das demandas das mulheres não se efetiva conforme as proposições teóricas (SANTOS, 2010; COELHO et al., 2011).

No âmbito da saúde da mulher, a integralidade é considerada por Coelho et al. (2009, p.155) como

a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo e de adoecimento das mulheres.

Neste estudo, foi constatado que algumas mulheres nunca frequentaram a USF com fins de planejamento reprodutivo, o que tem sido uma marca histórica em relação a esse campo da atenção. A pouca efetividade da rede pública soma-se às particularidades da história da

contracepção no Brasil, cuja disponibilização às mulheres, em sua origem, deu-se de modo indiscriminado e sem acompanhamento clínico, criando-se uma cultura de que a contracepção não seria parte da atenção básica à saúde, confirmada no atraso em ser assumida como direito das mulheres e dever do Estado, o que se deu somente na década de 1980 (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Nesse campo, a facilidade de acesso a métodos na rede farmacêutica se manteve, com baixo custo para um grupo de contraceptivos e a não obrigatoriedade da prescrição médica. Assim, ao mesmo tempo em que algumas podem usá-los de modo irregular por dificuldades financeiras para adquiri-los, outras, ao contrário, com o apoio do parceiro, encontram pelo acesso à rede privada, os meios para se proteger e se manter em relações estáveis sem gravidezes imprevistas.

Por outro lado, quando o desejo de ser mãe, em algum momento, se inter cruza com o desejo explícito do parceiro, as condições de sua ocorrência se ampliam, seja por entenderem ter obrigação em satisfazê-lo, seja porque isso traduz estabilidade da relação, o que oferece segurança à mulher. Ao mesmo tempo, o desejo do parceiro em ter um filho garante a transcendência masculina, assim, a satisfação em oferecer essa possibilidade ao parceiro pode se transformar em desejo da mulher, ainda que de modo ambivalente.

A ambivalência e as razões a ela relacionadas acompanham as mulheres ancoradas em uma identidade construída cultural e socialmente na direção da maternidade, enquanto que na formação identitária masculina, a paternidade é algo que lhe confere virilidade e realização como homem. A assunção da paternidade, por sua vez, além de fazer o homem cumprir uma obrigação moral, do ponto de vista dos papéis de gênero, dá segurança à mulher e fortalece os ideais de maternidade.

A ambivalência faz parte de todas as relações humanas, inclusive na relação mãe-filho (TACHIBANA; SANTOS; DUARTE, 2006). Assim, a decisão de ser ou não ser mãe não se estabelece sem conflitos e está associada tanto à disponibilidade interna para a maternidade quanto ao grau de favorecimento proporcionado pelas condições externas (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007).

Em relação à ambivalência quanto à maternidade, Debray (1988) defende que, em alguns casos, a mulher consegue identificar quais são seus verdadeiros desejos. Mas, na maioria das vezes, não consegue fazê-lo por conviver simultaneamente com o desejo de engravidar que, de acordo com a abordagem psicanalítica, corresponde à esfera inconsciente, e suas demandas em relação à gravidez se apresentam como a vontade pertencente ao consciente.

Em “Reflexões sobre procriação e maternidade”, com base na obra de Simone de Beauvoir, Swain (2007) ressalta que as decisões e sentimentos expressos pelas mulheres não correspondem sempre a seus verdadeiros desejos, havendo contradição em relação à vontade de ser mãe, em diferentes fases de sua vida ou ambivalência entre desejo e repulsa. A emergência desses sentimentos está diretamente relacionada à força da relação com o pai do seu filho, sendo muitas vezes modelados de acordo com os sentimentos do parceiro. Assim, a gravidez e a maternidade serão acolhidas com felicidade ou desagrado a depender da reação masculina de orgulho ou aborrecimento.

Para Ferrand (2007), a gravidez não planejada pode ocorrer como uma consequência direta das expectativas femininas sobre a relação. As relações sexuais, principalmente a que dá origem à ocorrência de uma gravidez não planejada, constitui um elemento relativamente importante da relação. A escolha e a decisão sobre o uso do contraceptivo estão automaticamente ligadas à atitude e ao envolvimento dos dois parceiros na relação. Assim, a depender da expectativa de cada um, não se proteger confere um significado à relação amorosa e sexual e o risco assumido pode representar a importância que tem a relação, podendo dar-lhe um novo sentido e permitir consolidá-la.

Ainda para essa autora, as mulheres têm a possibilidade de fazer uso de métodos contraceptivos que elas poderiam gerenciar sozinhas, protegendo-se do risco de uma gravidez não planejada, diante da recusa do parceiro em protegê-la, ao negar-se a compartilhar a responsabilidade na contracepção. Entretanto, muitas mulheres se privam dessa estratégia, pelo fato dessa atitude remeter à idéia de que a mulher está na posição de dominação na relação, o que pode não estar de acordo com a imagem que ela almeja ver reconhecida pelo parceiro, ou que esse espera da parceira (FERRAND, 2007).

Segundo Soifer (1980), na ocorrência de uma gravidez, sentimentos ambivalentes de querer não querer ter filhos não se encontram na mesma proporção, sobrepondo-se o desejo pela maternidade. Essa motivação inconsciente de engravidar pode ser percebida em mulheres que afirmam não desejar engravidar, entretanto descuidam do uso do preservativo, da tabela ou da pílula, por exemplo. No entanto, o sentimento de aceitação ou rejeição, por parte da mulher em relação à gravidez, varia conforme o reforço ou não do ambiente social imediato, dentre o qual o apoio do parceiro assume importância relevante. Com base nas matrizes patriarcais, foi construída uma imagem do feminino na qual instituíram que as mulheres só realizam seu ser no mundo no encontro incontornável com o masculino, buscando dar-lhe uma descendência e realizar seu desejo, sendo a maternidade sua única forma de concretizar a transcendência (SWAIN, 2007).

No entanto, o contexto de vida das mulheres em seus aspectos subjetivos e objetivos define horizontes e projetos de vida diferenciados, podendo ser um facilitador da ocorrência da gravidez quando impõe limites ao seu planejamento pela força das construções identitárias que determinam a realização feminina pela maternidade. A valorização da maternidade pelas mulheres difere, a depender do contexto de vida em que essas estão inseridas, assim, ter um filho reforça a identidade das mulheres que têm pouca ou nenhuma perspectiva profissional, ou porque elas têm pouca escolaridade e não conseguem obter um trabalho interessante, ou porque elas preferem permanecer em casa e se dedicar à criação dos filhos (FERRAND, 2007).

Na cultura ocidental, a mulher quase sempre foi e, em grande parte, continua a ser vista a partir de sua natureza biológica, mais especificamente pela sua capacidade de gerar e parir filhos, estando ainda presente no imaginário social noções como a do instinto materno, a despeito dos questionamentos e avanços relativos a essa questão (BANDITER, 1985). Assim, a maternidade ainda é representada como meta natural da mulher, como se essa já tivesse nascido preparada para ser mãe, reproduzindo-se a crença em explicações biológicas, indevidamente apropriadas pelo discurso social. Na atualidade, entende-se que apenas a capacidade de gestar e o parto estão no nível biológico, mas a maternidade é fruto de um aprendizado social (TRINDADE; ENUMO, 2002).

Nas últimas décadas, têm sido abertos espaços para uma multiplicidade de experiências femininas, mas as mulheres continuam a ser, em parte, submetidas a antigos valores, cujo impacto em sua vida não pode deixar de ser levado em consideração. Desse modo, ao mesmo tempo em que há um incentivo à profissionalização da mulher e uma expectativa pessoal, e por parte da sociedade, para que estudem e invistam em uma carreira profissional, mantêm-se as cobranças de que um dia elas venham cumprir seu “principal” papel, ser mãe (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2007).

Para Stevens (2007), a maternidade representa, para a maioria das mulheres, uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas. Corroborando com essa autora, Swain (2007) afirma que, apesar das transformações ocorridas em algumas normas sociais, a maternidade povoa os sonhos e o imaginário das mulheres que para se sentirem completas precisam ser mães. Paim (2001) e Blanc (2001) reforçam tal posição, afirmando que a importância atribuída à maternidade na configuração da identidade de gênero está ligada ao seu papel tido como biologicamente definido, o que coloca a maternidade como condição para a plenitude da mulher.

Portanto, nas definições cotidianas acerca do significado de “ser mãe”, a maternidade

ainda figura como destino, de modo que uma mulher pode escolher não ser mãe, mas a incorporação da essência da maternidade se faz. Entretanto, a compreensão e a vivência da maternidade por parte das mulheres não são facilmente dedutíveis, estando diretamente relacionadas com uma série de interações sociais presentes no seu contexto de vida (PEDREIRA, 2008).

Fatores de ordem biológica, social e subjetiva, presentes no contexto de vida das mulheres, se interseccionam na escolha da maternidade, tais como: o desejo pela perpetuação da espécie e da própria existência; a busca de sentido para a vida; reconhecimento e valorização social; o amor pelas crianças; reprodução do modelo tradicional de família, dentre outros. Em relação aos fatores especificamente sociais, essa autora destaca as condições econômicas e culturais das famílias; projetos e possibilidades profissionais das mulheres; acesso a serviços públicos e ou particulares de qualidade; apoio da família e as redes de solidariedade femininas. Ressalta, entretanto, que as condições financeiras não determinam, necessariamente a escolha da maternidade, embora definam suas características e possibilidades, a depender do meio social em que a mulher está inserida (SCAVONE, 2001, 2004).

Nesse contexto, para as mulheres que apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis e não reconhecem seus direitos sobre a reprodução, a contracepção apresenta-se como problema. Este advindo da dificuldade de acesso à contracepção, sendo a gravidez não planejada possibilitada por falha na contracepção, por falta de informações sobre os métodos, levando ao uso inadequado, descontinuidade na oferta do método pelo serviço; efeitos colaterais adversos levando a abandono do método e limite de eficácia desse (FERRAND, 2007).

Além disso, a gravidez e a maternidade modificam o poder relativo de uma mulher em um relacionamento e na comunidade, havendo reconhecimento dessa condição e respeito. É atribuído à mãe um *status* superior em relação à mulher que não tem filhos. Essa importância atribuída à maternidade, na configuração da identidade, está ligada às construções sociais de naturalização da maternidade que, para sentir-se plena, a mulher tem que ser mãe (PAIM, 2001; BLANC, 2001).

As difíceis condições socioeconômicas enfrentadas pela maioria das mulheres e os limites impostos aos direitos reprodutivos pelo sistema de saúde adquirem menor importância, quando se interseccionam o desejo da mulher e do parceiro ainda que, objetivamente, se busque o melhor momento para a gravidez. Há de se valorizar que a dependência econômica gera outras dependências e submissão às vontades do parceiro. Assim, *não aborrecê-lo* é uma

tônica de um grande número de mulheres que incorporou o dever de servi-lo. Por outro lado, quando está em jogo a realização da mulher pela maternidade, ao tempo em que incorpora a responsabilidade de oferecer ao parceiro as provas da sua virilidade, a mulher é duplamente satisfeita quando a gravidez, embora racionalmente não planejada, ocorre em um contexto favorável à emergência de sentimentos que reafirmam sua feminilidade e a masculinidade do parceiro.

Consideramos que, no campo reprodutivo, a autonomia e a liberdade das mulheres estão condicionadas a aprendizados de gênero que modelam a psique na direção de se realizarem pela maternidade, faltando, para um grande número de mulheres ao longo da construção identitária, a convivência com outras possibilidades de se sentir mulher em plenitude. Assim, a reafirmação se dá a cada experiência reprodutiva para aquelas que vivem o desejo explícito ou a ambivalência, com dupla satisfação quando a masculinidade do parceiro pede respostas pela reprodução e é presenteada com a certeza da virilidade, respondendo-se assim a ambos e à sociedade de gênero.

6.2 FALTA DE APOIO DO PARCEIRO COMO FATOR DECISIVO PARA O DESFECHO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM MEIO A CIRCUNSTÂNCIAS ADVERSAS

No capítulo anterior, os discursos sobre o significado da maternidade e as circunstâncias da ocorrência da gravidez atual revelaram a incorporação da maternidade como elemento essencial da identidade feminina, naturalizando-se essa função social. Todavia, uma gravidez não planejada poderá ressignificar a maternidade a depender do contexto em que se insere, sendo o discurso das mulheres fortemente influenciado por: primeira gravidez ou gravidez subsequente, condições socioeconômicas, estabilidade da relação e, essencialmente, o apoio do parceiro.

Os depoimentos revelaram que quando em relacionamento estável e com o apoio do parceiro, cria-se para as mulheres um ambiente propício à aceitação da gravidez não planejada, o que não se verifica quando, em meio a outras circunstâncias adversas, falta esse apoio. Neste estudo, para as mulheres que se encontravam em gravidez subsequente, com a maternidade sendo vivenciada como situação concreta, e os parceiros, ainda com filho(a)s de outros relacionamentos, também já exerciam a paternidade, foi constatado: ausência de apoio do parceiro em relacionamento sem estabilidade, havendo desejo ou tentativas de aborto (Marta, Patrícia e Adriana); relacionamento estável com não aceitação pela mulher e desejo de abortar revertidos pelo apoio do parceiro e da mãe (Mônica) e aceitação passiva da

gravidez pela naturalização da maternidade, em relacionamento estável, sem apoio do parceiro (Rejane).

Neste grupo de mulheres, as circunstâncias de ocorrência da gravidez comprometeram o simbolismo em torno da maternidade, fazendo emergir sentimentos contraditórios. Assim, a conceberam como *algo bom, mas difícil e complicado, bom, mas compromete a vida; um sonho de realização, mas difícil; mudança de vida com limitação da liberdade para o trabalho, bom, mas traz sacrifícios e é uma provação, algo muito difícil; quando a gravidez não é planejada o sentimento é diferente, causa angustia, traz tristeza, revolta e insegurança, arrependimento, culpa; algo que desperta sentimentos bons e ruins*, prevalecendo quando indesejada os sentimentos *ruins*.

Ainda que uma gravidez não planejada traga, em geral, principalmente sentimentos de rejeição, a reação inicial não se solidifica para sempre, podendo a rejeição dar lugar à aceitação e vice-versa (MALDONADO, 1988). Assim, a depender das circunstâncias da sua ocorrência, a gravidez não planejada gera conflitos e desperta sentimentos que podem oscilar entre aceitação e rejeição, culminando no paradoxo *maternidade como realização e fardo*. Os sentimentos que emergem afetam o bem-estar da mulher e a relação que vai estabelecer com o(a) filho(a), estando fortemente associados ao apoio do parceiro. Lê-se nas situações a seguir:

Patrícia, 26 anos, cor preta, ensino médio incompleto, 3 filho(a)s, relacionamento de três meses, brigas frequentes, difícil condição financeira, desempregada, subsidiada pelo Programa Bolsa Família do Governo Federal. Refere dificuldade de acesso ao contraceptivo como principal responsável pela gravidez em curso e pelas anteriores referidas também como não planejadas.

Ser mãe é importante, mas quando a gente nao planeja, não sente aquele gosto de tá realizada [...] Eu não tenho sentimento bom em relação a essa gravidez não, tô fria mesmo, meus sentimentos são todos negativos, são ruins, só angústia, assim uma gravidez indesejada mesmo [...] Ele (o parceiro) se afastou depois da gravidez, antes falava que se acontecesse ele assumiria como homem, mas agora caiu fora [...] ele sempre dizia que não queria filho e eu também nao queria [...] e se acontecesse providenciava logo para abortar, eu já fiz isso antes e nessa gravidez eu fiz várias tentativas de aborto com cytotec, com chás, eu ia tentar a sonda mais eu não tive coragem não, porque ele já tá grande, mais eu não quero este filho não [...] eu falei que eu ia dá a criança e ele não se importou, inclusive ele já tá com outra mulher, em outro relacionamento [...] Minha situação financeira é péssima e dificulta muito esta gravidez!!!! Eu tenho três filhos, tô desempregada, moro de favor na casa de meu pai, que também ta desempregado, tive que dá minha outra filha porque não tinha condições de criar, o pai desse filho me abandonou, tá tudo muito difícil!!!! eu vivo da ajuda dos outros e do benefício da bolsa familia (informação verbal)¹¹.

¹¹ Patrícia, G6, A2, 7 meses.

Marta, 27 anos, um filho, relacionamento de 5 meses, sem conflitos até a gravidez, abandonada posteriormente, desemprego após a gravidez, conta com a ajuda financeira da mãe. Fez uso de pílula há três anos, interrompeu por intolerância. Nunca participou de planejamento reprodutivo no serviço de saúde, acesso dificultado por incompatibilidade do horário de trabalho e desinteresse, tem informações insuficientes sobre os métodos com uso eventual do preservativo por dificuldade de negociação. Ciente dos riscos, submetia-se a relações desprotegidas pelos desejos do parceiro e com base na confiança. Teve parceiros diferentes nos últimos três anos, não usava com frequência o preservativo, acreditando que a gravidez não iria acontecer, entendendo estar protegida pelo autocontrole do parceiro no momento da relação sexual.

Ser mãe é bom, traz um sentido de felicidade, mas nessa gravidez não tá sendo a mesma coisa, é diferente (introspectiva, expressando tristeza) [...] antes dessa gravidez eu não tinha desejo nenhum de ser mãe de novo [...] nesse momento eu tava pensando em trabalhar e reformar minha casa [...] ter que depender dos outros por causa dos filhos e difícil!!, eu nao tô trabalhando por causa da gravidez, dependo da ajuda da minha mãe pra viver, eu e minha filha, não é fácil!!! [...] logo que ele soube que eu estava grávida não apareceu mais [...] Quando eu tive a notícia desta gravidez eu fiquei muito triste [...] pensei em fazer um aborto, mais minha mãe não concordou e eu também não (informação verbal)¹².

Adriana, 34 anos, parda, ensino fundamental incompleto, 3 filhos, relacionamento de três anos em conflito, desempregada, beneficiada por pensão de um salário mínimo por morte de ex-marido. Afirma que fazia uso da pílula há nove anos, com uso irregular na relação atual, nega dificuldade de acesso às informações e aos métodos e assumiu ter relações desprotegidas *na tentativa de prender o parceiro*, não conseguindo negociar a camisinha.

Ser mãe é importante [...] mas esta gravidez não tá sendo boa não, eu não planejava e nem queria este quarto filho eu nao consigo aceitar esta gravidez, porque a minha vida é uma vida assim muito cheia de problemas. A dificuldade em aceitar a gravidez é pela questão do relacionamento, e do pai dessa criança que não quer assumir a responsabilidade [...] logo que ele soube que eu estava grávida ele me largou, foi embora mesmo e eu fiquei com a responsabilidade sozinha, eu ganho um salario e além desse, tenho mais três filhos pra criar [...] quando eu tive a notícia que eu tava grávida eu pensei logo em fazer uma loucura, mas ao mesmo tempo eu pensei: se eu fizer um aborto e perder minha vida...?! Tive muitas dúvidas! (informação verbal)¹³.

Os depoimentos de Patrícia, Marta e Adriana (3 meses, 5 meses e 3 anos de relacionamento), que foram abandonadas pelos parceiros, mostram que conflitos e insegurança são marcas de uma gravidez sem o apoio do parceiro. Para o bem estar dessas mulheres na gravidez, ter esse apoio se sobrepõe a sentimentos que podem emergir diante das adversidades socioeconômicas e de frustrações no plano das intenções para o trabalho no

¹² Marta, G3, A1, 8 meses.

¹³ Adriana, G4, 5 meses.

mundo público. O homem reafirma-se como protetor e pilar para a segurança da mulher e do(a) filho(a), segundo a ideologia de gênero.

Essa condição é fruto de construções sociais que conferem responsabilidades diferentes a homens e mulheres no contexto da reprodução, contribuindo para que se mantenham as desigualdades entre os sexos nas responsabilidades parentais. A incorporação de atributos de gênero socialmente legitimados, em que o homem é responsável pela provisão material da família e a mulher pelo cuidado da casa e do(a)s filho(a)s contribui para que as mulheres se sintam fragilizadas diante da falta de apoio do parceiro. Tal apoio torna-se referência de segurança para ela e para o(a) filho(a) e fator decisivo para a tomada de decisão diante de uma gravidez imprevista, cujos conflitos se agravam em situação socioeconômica adversa que caracteriza as mulheres participantes desta pesquisa. Ressalta-se, que nenhuma dessas mulheres, encontrava-se naquele momento como provedoras da família, todas sendo dependentes financeiramente do parceiro, o que gera outras dependências.

Quando o abandono é a resposta, as mulheres sentem-se desprotegidas e com futuro incerto, o que se agrava diante de difíceis condições materiais para a provisão da família. Os sentimentos que desenvolvem, comprometem o vínculo mãe-filho(a) e, conseqüentemente, o desfecho da gravidez que oscila entre o desejo ou a tentativa de abortamento e, não concretizados, há o seguimento da gestação, arcando as mulheres, sozinhas, com o ônus, algumas em condições de não aceitação. Nessas situações, nega-se o exercício dos direitos reprodutivos, em que “as mulheres não somente têm o direito de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, mas de exigir que os homens assumam a responsabilidade pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade” (AZEREDO; STOLKE, 1991, p. 21).

Historicamente, a paternidade tem sido associada ao papel do homem enquanto provedor, fruto de estereótipos de gênero que desvalorizam o papel dele no âmbito da reprodução, pela compreensão de que este papel é atributo feminino. Assim, a internalização dessas construções sociais, baseadas em ideais de masculinidade hegemônica, faz com que os homens se excluam da responsabilidade pela vida do(a)s filho(a)s durante a gravidez, por não se sentirem parte dela (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Neste sentido, o movimento feminista tem apresentado, como bandeira de luta, a questão da paternidade responsável, adotada também pelo Ministério da Saúde, no sentido de que essa questão ultrapasse os limites da família e se torne um campo concreto de discussão no âmbito da saúde sexual, reprodutiva e da saúde coletiva. Ressalta-se, entretanto, que a questão paternidade não se limita apenas à responsabilidade social e com o provimento

financeiro da família, sendo a contribuição emocional também importante nesse processo (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Apesar das relações familiares da atualidade estar modificando o significado de ser pai, com os homens assumindo posições sociais reveladoras de algumas transformações no âmbito das responsabilidades masculinas na reprodução, mantém-se a hegemonia do modelo patriarcal, sendo o papel de pai entendido socialmente por homens e mulheres, predominantemente, enquanto provedor material e moral da família, contrapondo-se à perspectiva de divisão de responsabilidade parental (FREITAS et al, 2009).

O Programa de ação proposto pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento já propunha em 1994 a superação da masculinidade hegemônica, visando direitos reprodutivos equânimes. As estratégias sugeridas são apoiadas, principalmente, na mudança de papéis sexuais, por meio da educação, comunicação e informação, buscando a superação de estereótipos de gênero na tentativa de que os homens se envolvam ativamente na paternidade com divisão equitativa de responsabilidades. Esforços especiais devem ser envidados para esse fim, incluindo-se participação efetiva no planejamento reprodutivo e respeito à autodeterminação das mulheres (CIPD, 1997).

Na atualidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) propõe que seja estimulada a inclusão e participação do homem nas ações de planejamento reprodutivo, enfocando a paternidade responsável, de modo que as mulheres sobrecarregadas pelos encargos na vida reprodutiva possam compartilhar com seus parceiros essas responsabilidades. Há necessidade de mudanças de paradigma no que concerne à percepção da assistência prestada nos serviços de saúde à população masculina, buscando-se integrar os homens às ações do cuidado à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2008).

Rejane, 28 anos, 5 filho(a)s, casamento de 10 anos, dona de casa, difícil condição financeira, fez uso da pílula por quatro meses, interrompendo por intolerância. Tentou a laqueadura diversas vezes sem sucesso, ocorrendo quatro gravidezes sem planejamento. Além da dificuldade de acesso aos métodos, mostra que tem informações insuficientes. Usou preservativo, mas interrompeu pela irregularidade no fornecimento pela USF e por dificuldades financeiras para comprar. Embora em relacionamento estável, ao engravidar, houve revolta do parceiro pelas condições financeiras desfavoráveis, atribuindo toda responsabilidade à mulher, conforme lê-se a seguir:

Ser mãe é bom, mas sem você planejar as coisas ficam ruins, eu tenho cinco filhos, gostei de ter os cinco, mas você não esperar outra gravidez é difícil, é complicado [...] as condições de vida estão muito difíceis para criar seis filhos, porque o salário

de meu marido é pouco, não dá pra fazer quase nada, é difícil [...] Os problemas da gente, os conflitos foi por causa da gravidez que ele não aceitava, ele não queria essa gravidez, ele colocava a responsabilidade em mim [...] Mas agora ele melhorou, tá aceitando mais, não pode fazer mais nada já tá dentro mesmo! [...] Eu mesmo, eu não posso sair pra trabalhar, porque se eu sair quem vai cuidar de meus filhos pra mim? Eu não posso fazer mais nada, agora eles já tão aqui, eu que sou mãe que tenho que cuidar. Eu só planejava ter um filho, muito filho compromete os sonhos da gente [...] agora não tem como fazer mais nada da vida não, só cuidar deles mesmo, mas tá bom [...] antes a gente falava que não ia mais ter filho, não adiantou, veio por vim, agora é cuidar [...] agora tá nas mãos de Deus (informação verbal)¹⁴.

Mônica, 29 anos, 3 filho(a)s, desempregada, relacionamento de 10 anos, boa convivência, difícil condição financeira, fazia uso regular da pílula há 8 anos, atribuindo a gravidez ao fracasso do método. Desejava realizar laqueadura, durante os exames foi surpreendida por gravidez de 6 meses que a frustrou. Refere insatisfação com a assistência em planejamento familiar na USF, pelo distanciamento dos profissionais, informações fragmentadas e ausência frequente dos contraceptivos, afirma ter *optado por não ir mais [...] porque não adiantava*.

Ser mãe é uma referência de vida [...] mas esta gravidez tá sendo um sacrifício, uma provação que eu tô passando, nas outras gravidezes eu não tinha esse sentimento não, porque a gente planejou [...] cada dia as coisas tão mais difíceis, aí foi bem difícil aceitar essa gravidez [...] A situação financeira da gente não tá estabilizada, ele voltou a trabalhar agora, o salário é pouco, é um salário só, eu sei que não pode desesperar, mas nós já temos três filhos, nessas condições é difícil! [...] Era a primeira vez que eu ia ter um trabalho de carteira assinada, eu tava feliz e também eu ia começar um curso de enfermagem e agora eu tive que abrir mão de tudo, dos meus sonhos (reflexiva com expressão triste), porque a gente sonha tanto tempo com essa realização com aquilo ali e de repente surge uma gravidez e aí a gente é obrigada a abrir mão de tudo [...] quando eu descobri que tava grávida eu fiquei muito triste, arrasada, foi muito difícil, um peso pra mim [...] Desespero mesmo!!!!!! Eu só sabia chorar, reclamava da vida e com Deus o tempo todo! no momento do desespero eu pensei em abortar, mas depois eu pedi desculpa a Deus [...] Mas eu recebi muito apoio do meu marido, da minha mãe, então eu não queria, mais agora não tem mais jeito, é aceitar! Peço a Deus pra me livrar desse sentimento ruim em relação a essa gravidez! [...] porque assim, as vezes a gente não quer, é indesejada, mas quando ver se transforma em amor, em carinho [...] agora não tem mais jeito, é aceitar (informação verbal)¹⁵.

Rejane e Mônica, apesar de viverem em relacionamento estável, ambas com dez anos de convivência, diante da gravidez não planejada, vivenciam o conflito.

Rejane é afetada, sobretudo pela não aceitação do parceiro diante das precárias condições socioeconômicas, atribuindo-lhe a responsabilidade e se eximindo desta. Reproduz-se na vida de Rejane um modelo de família em que o destino da mulher é a procriação, não se vislumbrando projetos que o redefinam. Condicionada a uma situação financeira precária e ao não atendimento de suas demandas contraceptivas pelo sistema público de saúde, falta-lhe a consciência da cidadania e as alternativas para mudar de vida. Diante das dificuldades e da

¹⁴ Rejane, G6, 7 meses.

¹⁵ Mônica, G5, A1, 8 meses.

naturalização da maternidade, aceita mais uma gestação e, de modo passivo, entrega a Deus e afirma: *eu não posso fazer mais nada, já tá dentro mesmo, agora tem que cuidar!*

Mônica assume a gravidez como indesejada, tendo a rejeição como sentimento que orienta a busca de soluções. Díficeis condições financeiras e projetos profissionais frustrados aprofundam os conflitos que lhe trazem sofrimento e dor, levando ao desejo de abortar, revertido com o apoio do parceiro e da mãe. Todavia, o conflito se mantém e com a rejeição ainda presente, luta para que esse sentimento seja reelaborado e dê lugar à aceitação, *agora não tem mais jeito, é aceitar!* .

No processo de construção identitária, as mulheres internalizaram a gravidez como experiência a ser vivida com garantias de apoio, da provisão material da família pelo homem e da manutenção da estrutura familiar, que se constitui na perspectiva da família nuclear, mantendo-se o desejo da estabilidade nas relações e de condições objetivas para fazer escolhas. Para Maldonado (1988), a compreensão do significado da maternidade, para uma mulher, está relacionada à sua história pessoal; o contexto existencial da gravidez (dentro ou fora de um vínculo estável, a idade da mulher, a história de gestações da mulher); seu contexto socioeconômico e as características da evolução da gravidez.

A representação da família nuclear ainda é predominante na atualidade, apesar da família também assumir outras configurações. Assim, a valorização dada ao seu modelo e as atribuições dos pais alcança e permanece nas famílias das camadas populares como um ideal almejado (BILAC, 1995). Entendemos que cobranças sociais de constituição da família nuclear ainda se mantêm fortes nos ideais de nossa sociedade, como parâmetro de estabilidade da relação e da afirmação de papéis sociais para mulheres e homens. Segundo Heilborn et al. (2002), o tipo de vínculo estabelecido com a parceira apresenta-se como fator determinante na assunção de uma gravidez e do(a) filho(a), sendo imprescindível neste processo o reconhecimento da existência de uma relação, com um casal constituído e/ou uma relação em vias de concretizar-se.

Nesta perspectiva, a chegada de um(a) filho(a) em condições favoráveis, acolhido(a) em ambiente adequado, passa pela idéia de ocorrer num ambiente em que haja união entre o casal e os meios materiais para cuidar da criança e de ocupar-se dela da melhor forma possível, o que requer a presença do pai potencial. Situações contrárias com a inexistência do apoio do parceiro tem sido responsável por numerosos casos de aborto. Ainda que haja um eventual desejo da gravidez por parte da mulher, ela prefere abortar diante de uma maternidade que ela considera não realista, não satisfatória para seu/sua filho(a), para quem é necessário um “verdadeiro” pai (FERRAND, 2007).

Assim, diante da ocorrência de uma gravidez não planejada, as mulheres manifestam sentimentos de aceitação e rejeição, mas em determinado momento, elas acabam se posicionando mais em um estado que em outro, sendo que algumas mulheres elaboram melhor a gravidez quando contam com o apoio do parceiro (TACHIBANA; SANTOS; DUARTE, 2006). Esse se apresenta como uma realidade mais comum, em se tratando de casais em relacionamento estável, em que a condição de pai e mãe, como atributos socialmente definidos são naturalizados, e a chegada de mais um filho apresenta-se como um evento esperado, o que traz mais conforto diante da dificuldade de aceitação.

A vivência da maternidade com prazer e aceitação requer condições favoráveis à vida da mulher, e a presença do parceiro, compartilhando responsabilidades e dando apoio, faz parte das suas expectativas; quando não acontece, gera sofrimento e dor. Segundo Soifer (1980), o sentimento de aceitação ou rejeição em relação à gravidez, por parte da mulher, varia conforme as circunstâncias em que essa gravidez acontece, sendo o apoio do parceiro, neste processo elemento que assume grande importância. Entretanto, ao experimentar a paternidade, muitos homens distanciam-se do processo da gravidez, em decorrência da ambivalência presente nesse período, ligada a questões emocionais, culturais, religiosas e familiares, definindo, assim, como será estabelecida a relação entre o casal e com o filho. Nesse contexto, a solidão e o vazio são sentimentos que emanam das mulheres (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

A ocorrência de uma gravidez traz para mulheres e homens mudanças caracterizadas por transformações e incertezas diante dos novos papéis e responsabilidades que precisam assumir. Assim, para alguns casais, essa fase traz felicidade e união, enquanto para outros, conflitos anteriores acentuam-se. Diante dessa realidade, a depender da forma como os papéis sociais são compreendidos e desempenhados por homens e mulheres, alguns deles tendem a abandonar a parceira durante a gravidez, o que influencia diretamente os sentimentos e atitudes da mulher diante da gravidez (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

A gestação e o nascimento de um filho despertam no homem sentimentos diversos, que variam desde afirmação da virilidade à inveja, ciúme da mulher, apreensões socioeconômicas, insegurança, enfim, apresenta-se como um marco de transformações e incertezas com múltiplas possibilidades, momento em que o homem é solicitado a cuidar tanto da mulher, quanto do filho, podendo, assim, os sentimentos de cada homem, quanto à eminência da paternidade, serem os mais variados (VILLA, 1999). A noção de parentalidade trazida com a ocorrência de uma gravidez pode desencadear sentimentos diversos, desde a felicidade, permeada pelo desejo de conviver harmonicamente, à tristeza, insatisfação e insegurança com

os novos papéis que se apresentam, podendo gerar conflitos entre o casal (FREITAS; COELHO; SILVA, 2009).

Estudo mostra que, diante de uma gravidez imprevista, a postura de alguns parceiros é terminar o relacionamento ou abandonar a mulher sozinha com a responsabilidade da gravidez. Magoadas com a falta de apoio e incapazes de arcar com as responsabilidades materiais na criação dos filhos, algumas mulheres decidem abortar, visto que não desejam assumir a criação dos filhos, física e emocionalmente, sozinhas. Neste sentido, a qualidade do relacionamento apresenta-se como elemento importante para a continuidade da gravidez, estando a decisão pelo aborto associada à recusa da gravidez pelo parceiro, percepção de um relacionamento ruim, incerteza sobre o futuro do relacionamento e receio de negação da paternidade (CHUMPITAZ, 2003).

Assim, a postura do parceiro diante da gravidez teria um papel importante na decisão das mulheres para abortar (PINTO, 1998). Corroborando com essa autora, Chumpitaz (2003) afirma que mesmo para aquelas mulheres que desejam dar continuidade à gravidez, a falta de apoio do parceiro favorece a decisão do aborto e limita o poder de escolha para a gravidez. Entretanto ressalta que as condições econômicas desfavoráveis, comprometidas por baixos salários de ambos os parceiros, presentes no momento em que está sendo vivenciada a gravidez, apresentando-se como fator de grande relevância no enfrentamento da gravidez, intensificando a decisão pelo aborto. Assim, uma gravidez indesejada não se explica apenas pela falta de uso ou descuido do contraceptivo, mas, principalmente pela interação e negociação estabelecida pelos parceiros nas suas decisões e expectativas reprodutivas (CHUMPITAZ, 2003).

Ainda que a contribuição genética seja equânime entre homens e mulheres na reprodução, a participação e responsabilidade no processo reprodutivo não se dá de forma igualitária entre esses. Assim, com base em construções de gênero, as responsabilidades em todo o processo se impõem à mulher em termos do volume de trabalho corporal e das relações socioculturais que a reprodução acarreta (MATTOS, 2001). Diante de uma gravidez imprevista, sem condições financeiras que dê suporte para o bem-estar da família e diante do abandono do parceiro, parte das mulheres do estudo que vivenciam essa experiência, desejam ou tentam o abortamento.

O apoio do parceiro diante uma gravidez não planejada é decisivo para o enfrentamento pela mulher. A falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, interfere de forma significativa no processo do desenvolvimento psico-afetivo-social das mulheres na gravidez, o que ocasiona diversos problemas tanto para a mulher, quanto para a criança,

podendo resultar no desejo ou realização do aborto, em muitos casos (GODINHO et al., 2000).

Em relação às pessoas que as mulheres elegem para dialogar na decisão pelo aborto, estudo realizado por Chumpitaz (2003) mostra que as mulheres recorrem principalmente ao parceiro. Entretanto, quando este se exclui de efetivar qualquer decisão ou de apoiá-las, as amigas e familiares próximos, como mãe, irmãs e primas, figuram como um referencial importante, sendo as pessoas para quem expõem suas inseguranças e medos, na tentativa de obter apoio para a tomada de decisão pelo aborto.

Estudo realizado com mulheres de 20 a 49 anos que provocaram aborto em situação de primeira gravidez ou gravidez subsequente, revela que a recusa da gravidez e a tomada de decisão em abortar é resultado de um processo doloroso e difícil no qual as mulheres avaliam condições físicas e emocionais em que assumiriam a gravidez e a chegada de um filho, sendo apontadas como razões principais para a realização do aborto: falta de recursos financeiros para criar os filhos, falta de apoio do parceiro na gravidez com abandono moral e econômico do parceiro, baixos salários e a necessidade de continuar trabalhando como condicionante do aborto, medo da rejeição familiar e social da gravidez e limitações ou interrupção de planos profissionais (CHUMPITAZ, 2003).

As gravidezes indesejadas, em sua maioria, acontecem em situações em que a mulher desconhece o funcionamento do próprio corpo e não contam com o apoio do parceiro. Quando essas acontecem, e a mulher não se apresenta em condições psicológicas e financeiras para arcar com os custos da reprodução, realizam, muitas vezes, abortos inseguros. As mulheres pobres e negras estão expostas a maiores riscos, pelas condições de assistência em que esses são realizados, decorrentes de desigualdades sociais e econômicas presentes no contexto de vida dessas mulheres (CORREA; ÁVILA, 2003).

A exposição das mulheres a situações de dificuldade e riscos relacionados a clandestinidade do aborto é agravada pelo fato de se tratar de um universo de mulheres de baixos recursos, que representam a maioria das mulheres brasileiras. No processo de decisão e realização do aborto, essas mulheres estão, quase sempre, sem o apoio dos parceiros, assumindo, solitárias, os riscos à saúde e à sua vida. Associada a esses riscos, há a condenação moral e social, pelo fato de elas não terem realizado a contracepção e previsto a gravidez (SCAVONE, 2004). Para Ferrand (2008), a interrupção da gravidez, através de um aborto provocado, apresenta-se como última alternativa de controle da maternidade pelas mulheres, não acontecendo como alternativa à contracepção, mas como meio de reparar seus fracassos.

Os depoimentos analisados ratificam os estudos apresentados, ao mostrar que a falta de apoio do parceiro, com abandono das mulheres diante da ocorrência da gravidez imprevista, leva ao desejo ou a tentativas de aborto que, diante das precárias condições financeiras a que estão expostas, dão-se em condições insalubres, com risco sobre a saúde e a vida dessas mulheres. Diante do fracasso nas tentativas de aborto e em meio a difíceis condições materiais para a provisão da família, a doação do filho é uma alternativa concreta. Assim, a falta de apoio do parceiro, apresentou-se como referencial decisivo para o desfecho da gravidez entre as mulheres do estudo.

6.3 INTERSEÇÃO ENTRE DIFICULDADE DE ACESSO À CONTRACEPÇÃO E RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

6.3.1 Dificuldades de acesso à contracepção comprometendo os direitos reprodutivos das mulheres

O acesso constitui uma categoria importante no contexto dos sistemas de saúde, uma vez que revela dimensões de caráter social e político, necessariamente presentes na formulação e implementação de políticas públicas de saúde (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). A categoria acesso

[...] deve ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000, p. 232).

Uma das principais características da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a garantia do acesso aos serviços de saúde. A reorganização do processo de trabalho confere-lhe singularidade e potência enquanto modalidade tecnoassistencial na atenção básica, visto que, ao se inserir no território, constrói vínculo com a comunidade de sua responsabilidade. Isso permite identificar problemas e priorizar intervenções, favorecendo o estabelecimento mais efetivo do cuidado com a saúde. O estabelecimento de vínculos contínuos com o(a)s usuárias(o)s possibilita valorizar especificidades e organizar processos individualizados de cuidado, voltados para as reais necessidades de saúde da população (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A existência de serviços de saúde nem sempre garante o acesso, sendo necessários fatores relacionados ao consumo e à oferta para sua utilização, como a concentração de

serviços de baixa, média e alta complexidade tecnológica, além do conhecimento das características socioeconômicas e culturais da população, fluxos e rotinas e graus de satisfação dos usuários na utilização dos serviços, entre outros (WALLACE; ENRIQUEZ-HASS, 2001).

No que diz respeito ao acesso ao planejamento reprodutivo, este visa garantir a autonomia na escolha dos métodos contraceptivos e o controle da fertilidade pela mulher, por meio de práticas educativas e clínicas que possibilitem métodos e informações para uma escolha contraceptiva mais adequada (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006). A contracepção compõe um dos espaços de expressão dos direitos reprodutivos e se apresenta como um instrumento básico para o exercício deste, constituindo-se em uma prática para que a gravidez não ocorra a quem não a deseja (ÁVILA, 2003).

No nosso estudo, ao serem questionadas sobre o que consideravam que contribuiu para a ocorrência da gravidez referida como não planejada, foi constatado que as mulheres convivem cotidianamente com dificuldades em exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. Dentre os problemas apresentados para efetivar o planejamento reprodutivo nas USF, ressaltam-se a dificuldade de acesso a informações que possibilite o uso correto dos métodos e/ou à livre escolha; oferta limitada e descontínua de contraceptivos; inadequação do horário de funcionamento do serviço com o horário de trabalho das mulheres; ausência de um sistema de referência e contra-referência. Essas dificuldades podem ser constatadas nos relatos a seguir, em que parte das mulheres participantes do estudo aponta responsabilidades do serviço de saúde na ocorrência da gravidez:

Patrícia engravidou em difícil condição financeira, vencida pelas dificuldades em obter contraceptivo de modo regular pelo serviço de saúde. Relata não adaptação do casal ao preservativo por considerar desconfortável e dificultar a satisfação plena da relação. Em relação às circunstâncias da ocorrência da gravidez atual afirma:

A falta de acesso contribuiu muito para esta gravidez acontecer [...] eu fui várias vezes com a receita buscar a pílula e toda vez que eu ia não tinha, aí eu acabei desistindo [...] os outros métodos que eu queria nunca encontrava [...] Essa gravidez aconteceu por várias coisas, primeiro minha condição financeira que é péssima [...] tô desempregada, vivo de ajuda para sustentar meus três filhos, os pais deles não me ajuda em nada, crio eles sozinha, minha situação é muito difícil!!! segundo foi a falta, a dificuldade dos métodos [...] Eu já cheguei a ganhar mesmo até 03 DIU no posto, eles dão na mão da gente, mas não tem quem colocar [...] não indicava um médico pra colocar, eu é que tinha que procurar e eu não tinha como. Fui em várias reuniões no serviço, tive todas as informações, mas não tinha a pílula, tinha a camisinha, mas nem ele nem eu gostava de usar, atrapalha a relação, é desconfortável [...] ele não se importava em usar e eu não cobrava não [...] ficava naquela pensando que não ia acontecer ou tirar se acontecesse [...] ele nunca teve nenhuma responsabilidade com isso deixava a responsabilidade de evitar só comigo

[...] Eu pensei em ligar mas pelo posto era muito difícil [...] A ligadura, eu fui na maternidade que mandaram,, mas lá não faz, mas também não me encaminharam pra nenhum lugar [...] no posto me disseram que lá eles não fazem encaminhamento, eu é que tenho que sair procurando de hospital em hospital, e é assim, é super difícil!!! Aí eu acabei engravidando [...] Ele (o parceiro) me deixou depois da gravidez [...] Eu não tenho sentimento assim bom em relação a essa gravidez não, tô fria mesmo [...] eu fiz várias tentativas de aborto [...] meus sentimentos são todos negativos, são ruins, só angústia, assim uma gravidez indesejada mesmo (informação verbal)¹⁶.

Rejane convive em meio a precárias condições financeiras, foi vencida pelas dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos no serviço de saúde e teve quatro gravidezes sucessivas sem planejar, sendo a naturalização da maternidade elemento facilitador da aceitação. Embora em relacionamento estável, ao engravidar, houve revolta do parceiro pelas condições financeiras desfavoráveis, atribuindo toda responsabilidade à mulher, conforme se lê a seguir:

Usei o comprimido pouco tempo porque eu não se dava e os outros métodos eles orientavam, mas os outros ficava falando que dava muito problema o DIU, aí eu não quis não. Eu queria fazer a ligadura, eu corro atrás dessa ligadura desde o segundo filho, fui no posto, passei em consulta pra pegar o encaminhamento várias vezes, mais não consegui, sempre me dizia que não podia, que eu era muito nova, não fala mais nada, foi aí que eu desisti e as outras gravidez foi acontecendo, até chegar aqui que já é o sexto [...] Meu marido pegava a camisinha no posto, mais depois ele parou de usar porque no posto não tava fornecendo e a situação difícil não era sempre que dava pra comprar, aí eu acabei engravidando de novo [...] eu não trabalho e meu marido ganha pouco pra criar cinco filhos, mas agora vai ser seis, agora é que tá ruim [...] ele não aceitava a gravidez, ele colocava a responsabilidade em mim, porque eu não tomei o remédio, mas eu passava mal e a ligadura que eu queria eu não consegui (informação verbal)¹⁷.

Mônica apresenta difíceis condições financeiras, enfrentou diversos obstáculos no acesso à contracepção no serviço de saúde e atribui a gravidez ao fracasso do método hormonal que fazia uso há 10 anos:

Quando eu pegava o remédio no posto tinha um mês, no outro mês não, então eu preferia eu mesmo comprar, aí não faltava de jeito nenhum [...] aqui no serviço o atendimento é fraco [...] eles não me orientaram [...] só depois da gravidez que o médico foi me falar que eu engravidei porque eu tomei tanto tempo o mesmo remédio e ele ficou fraco [...] sempre que eu ia no serviço pra tirar uma dúvida com o médico ou com a enfermeira eles sempre falavam assim ‘agora eles não podem atender, tem que marcar consulta’, e lá demora pra marcar, como é que você precisa saber de uma coisa hoje e tem que esperar sei lá quanto tempo pra ser atendido?!, aqui é assim! [...] se oferecesse todos os tipos de método e a gente pudesse escolher [...] eu já tinha resolvido estrangular, no último exame acusou que eu tava grávida e eu tava usando a pílula, foi um susto [...] A participação dele para evitar filho era quase nenhuma, a gente quase não conversava sobre isto não, quem procurava a forma de evitar mesmo era eu [...] ele queria mesmo era fazer naquela hora que ele tava com vontade e acabou [...] Meu marido sempre dizia que ia fazer vasectomia, e não se decidia [...] esta gravidez tá sendo um sacrifício porque a gente não planejou,

¹⁶ Patrícia, G6, A2, 7 meses.

¹⁷ Rejane, G6, 7 meses.

as coisas tão difíceis, tá sendo difícil aceitar essa gravidez (informação verbal)¹⁸.

Marta tinha informações fragmentadas sobre contracepção, incompatibilidade de horário do serviço de saúde e seu trabalho. Apresentava dificuldade de negociação do preservativo e, ainda que ciente dos riscos, submetia-se a relações desprotegidas pelos desejos do parceiro e com base na confiança:

Ele usava camisinha algumas vezes [...] e falava na hora, ‘você não vai ficar grávida não’ [...] A gente nunca falou sobre planejamento pra evitar filhos não [...] Eu nunca procurei nenhum serviço de saúde pra saber mais sobre essas coisas não [...] por causa do trabalho e às vezes não tinha interesse [...] O problema é que eu não tinha tempo de ir no serviço de saúde [...] porque eu trabalhava das 8 da manhã às 10 da noite todos os dias e meu patrão não deixava tirar folga pra ir em médico não [...] pra dizer a verdade eu nem sabia que aqui no posto tinha esse serviço de planejamento familiar [...] Eu sempre tive informações, mas por outros meios [...] Eu não sabia sobre todos métodos não, só da pílula e da camisinha [...] Antes eu queria colocar o DIU, mas minha mãe não quer [...] porque pode engravidar, ela quer que eu estrangulo ou continuo tomando o remédio, e eu concordo [...] minha filha já tem três anos e eu não engravidei [...] com outros namorados eu também não usava camisinha toda vez não [...] pensei em fazer um aborto, minha situação tá difícil [...] eu não tô trabalhando, dependo da minha mãe para viver, eu e minha filha [...] saí do trabalho por causa da gravidez (informação verbal)¹⁹.

Os depoimentos mostram a difícil realidade com que as mulheres vivenciam a contracepção, denunciando um quadro de desigualdade de direitos e de oportunidades que comprometem suas escolhas reprodutivas. As mulheres estão à mercê do modo como os serviços estão organizados, negando o acolhimento, o vínculo e a responsabilidade, dimensões essenciais para a integralidade do cuidado. Segundo Coelho e Fonseca (2004), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no planejamento reprodutivo não se limitam à falta de acesso aos meios para controle da fertilidade, faltam-lhes também o conhecimento sobre o próprio corpo, sobre seus desejos e sobre possibilidades para intervir no processo reprodutivo. Vencidas pelas dificuldades, as mulheres desistem de continuar buscando o serviço, o que se aplica à realidade das mulheres deste estudo.

Além das dificuldades na provisão dos métodos nas Unidades de Saúde da Família, o acesso às informações se dá de forma fragmentada. Cabe aos profissionais agir de forma clara e prática nos trabalhos de grupo e durante a consulta, bem como garantir à(o)s usuária(o)s acesso ao serviço sempre que surgirem dúvidas ou problemas. Nas consultas subsequentes, devem avaliar o grau de satisfação com o método, oportunizando desconstruir mitos e tabus que dificultam adesão ou continuidade do uso dos contraceptivos. É preciso também certificar-se de que houve a compreensão, o que necessariamente implica estabelecimento de uma relação interpessoal cordial, de confiança, devendo a mulher ser livre para decidir por

¹⁸ Mônica, G5, A1, 8 meses.

¹⁹ Marta, G3, A1, 8 meses.

usar ou não usar qualquer método se assim o desejar (BRASIL, 1998; DÍAZ et al., 2000; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004).

A orientação sobre os métodos contraceptivos deve ser realizada por qualquer membro da equipe adequadamente treinado e qualificado. Isso significa que, além do conhecimento sobre todos os métodos, o(a) profissional deve reavaliar suas atitudes e valores, adquirir habilidade de comunicação e ter conhecimento sobre as características da população para melhor atender às suas demandas (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004).

No nosso estudo, Mônica atribui a ocorrência da gravidez ao fracasso do contraceptivo pelo uso prolongado, o que confirma desinformação. Na busca pelo serviço, encontra, além da dificuldade de acesso aos métodos e às informações, a indisponibilidade do(a)s profissionais em atender às suas demandas. Ainda que já tivesse participado de palestra e consultas no PSF, percebe-se que o vínculo necessário não foi estabelecido, incentivando a desistência da usuária pelo serviço.

A literatura médica mostra que os métodos hormonais podem ser usados por longo período sem interrupção, da adolescência até a menopausa, mantendo-se a eficácia. Entretanto, algumas mulheres podem apresentar problemas na absorção do medicamento, ou ainda, quando em uso de outras drogas, haver a diminuição da eficácia do hormônio, possibilitando a ocorrência da gravidez. Ressalta-se que os métodos hormonais apresentam alta eficácia, sendo o índice de falha da pílula combinada, quando usada corretamente, de 0,1 a 3% e injetável 0,1 a 0,3% (BRASIL, 1998; CAMARGOS; MELO, 2001; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004).

Fátima também informa ter acreditado que teria dificuldade de engravidar pelo uso prolongado do método injetável, o que mais uma vez reflete a qualidade da atenção. Não há evidências de que a infertilidade seja aumentada pelo uso do contraceptivo hormonal por qualquer período de tempo, podendo o retorno dos ciclos ovulatórios ocorrer já no primeiro mês de interrupção do método, quando em uso da pílula.

Ressalta-se ainda que a taxa de fertilidade da mulher descrece com o passar dos anos, o que pode ser confundido com o uso prolongado da pílula. Tratando-se de contraceptivos injetáveis, eles produzem depósitos do hormônio no organismo, podendo, em algumas mulheres, dificultar o retorno do ciclo ovulatório, visto que o hormônio pode permanecer circulante por longo período, sendo esse tempo dependente da condição fisiológica de cada mulher (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004).

Estudos mostram que quanto melhor for a qualidade das orientações prestadas nas ações de planejamento reprodutivo, maior será a adequação na escolha, satisfação, aceitabilidade e continuidade no uso dos métodos, ocasionando um menor índice de falhas. Nessa perspectiva, Barbieri (1996) afirma que o(a) enfermeiro(a) como membro da equipe de saúde que exerce atividades na área de planejamento reprodutivo, apresenta-se com elevado potencial para identificar as necessidades da população, não apenas pelo contato direto com os membros da comunidade, mas, essencialmente pelo desempenho de ações preventivas centradas na educação em saúde e conhecimento para atuar no cuidado à saúde da mulher na perspectiva da integralidade.

Assim, a grande maioria das equipes de saúde da família, no Brasil, apesar de contar com equipe multiprofissional na assistência à saúde da mulher, particularmente, as ações no planejamento reprodutivo são desenvolvidas pela enfermeira que busca reorientar as práticas de cuidado em direção a uma melhor qualidade, com ações humanizadas, tecnicamente competentes e informações que possibilitem às mulheres escolhas conscientes no âmbito reprodutivo, contribuindo para mudanças nas práticas de saúde orientada por novos paradigmas. Ressalta-se que as transformações das práticas e as mudanças que têm ocorrido na saúde pública no Brasil, particularmente os avanços na assistência à saúde da mulher, foram fortemente influenciadas pela atuação da(o)s enfermeira(o)s (BARBIERI, 2000).

Entretanto, estudo desenvolvido por Moura, Silva e Galvão (2007), sobre a dinâmica do Planejamento Familiar no Brasil, mostra que, apesar da larga atuação do(a) enfermeiro(a) nas ações de Planejamento Familiar, esse(a) tem enfrentado cotidianamente, diversos obstáculos no processo de trabalho, que impossibilitam o desenvolvimento de ações no planejamento reprodutivo e atendam aos princípios da universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde da mulher comprometendo as ações que tentam garantir o exercício dos direitos reprodutivos.

Acrescenta que, em muitas localidades, as equipes não dispõem de rotinas aprovadas pela instituição de saúde, requisito indispensável à prática legal dessa profissional e, diante da falta do amparo legal, vive o conflito pela solicitação da comunidade que necessita da prescrição de métodos, ficando ainda, em alguns lugares, atrelada à presença do médico. Torna-se necessário uma tomada de posição do Ministério da Saúde para que ofereça maior respaldo à prática da(o) enfermeira(o) no manejo dos métodos com amparo legal, numa área para a qual já vem dando grande contribuição (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Busca-se, em todos os campos da atenção, a integralidade do cuidado. A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento a partir de uma percepção ampliada de

seu contexto de vida, valorizando sua singularidade (BRASIL, 2003). Os sentidos da integralidade em saúde para as mulheres compreendem a valorização da oferta de atenção a todas as suas demandas e necessidades, em todos os níveis de complexidade da atenção (COSTA, 2004). Para isso os profissionais devem ter a capacidade de responder às demandas, oferecendo ações que atendam às necessidades manifestas e àquelas mais silenciosas, o que exige dos serviços criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho sob novas bases para a atenção à saúde (MATTOS, 2001).

Nessa perspectiva, eventos como contracepção, gravidez e aborto devem ser compreendidos como fatos interrelacionados, nos quais qualquer restrição à liberdade e à garantia de acesso a cada um deles remete a mulher a um lugar de opressão (ÁVILA, 2003). Costa (2004) preconiza que esteja disponível todo o conjunto de alternativas tecnológicas, cientificamente seguras, para que as mulheres não sejam conduzidas a um método pela ausência de outro, ou até referenciadas para outro nível de assistência, devido à falta de contraceptivo naquele momento.

A atenção integral à saúde das mulheres implica, também, a articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que, na prática, se constitui um problema na sua operacionalização. O sistema de referência e contra-referência é ineficaz, deixando a população à mercê da descompatibilização da complexidade em saúde, ou seja, os níveis de assistência desenvolvem suas atividades de forma independente e desconexa, uma vez que não há menção por parte dos profissionais sobre qualquer retorno do encaminhamento realizado (LINDNER; COELHO; CARRARO, 2008).

Para Marcolino (2004), as leis tornam-se inúteis quando o serviço não garante acesso à informação e a insumos, o que caracteriza qualidade da atenção precária impossibilitando escolhas conscientes. Ficam assim prejudicados os direitos individuais, necessários ao exercício da cidadania e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da autonomia e da liberdade de escolha (KALSING, 2000).

As condições socioeconômicas são determinantes para o acesso a serviços de saúde, assim, com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico, as mulheres têm melhor conhecimento e acesso a um leque mais amplo de contraceptivos (VIEIRA et al., 2002). Nesse sentido, é possível inferir que a situação das mulheres do estudo é, em parte, resultante desta condição, visto que, em sua quase totalidade, elas não têm trabalho remunerado, dependem do parceiro e do serviço de saúde para ter acesso aos contraceptivos.

Na década de 1990, Bruce defende alguns elementos fundamentais para a qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo, os quais se mantêm até os dias atuais: oferta e escolha

dos métodos, informações às usuárias, competência técnica profissional, relações interpessoais profissional-usuária, mecanismo de acompanhamento das usuárias e rede apropriada dos serviços (BRUCE, 1990). Estudo realizado por Moura e Silva (2006) apresenta convergência com os elementos de qualidade descritos pela referida autora, todavia amplia a visão para o campo da participação do homem na contracepção, o enfoque de risco, a vinculação com as equipes de PSF e a facilidade de acesso ao serviço.

Pesquisa realizada em oito municípios do Ceará, em áreas de cobertura do PSF, mostra que, apesar dos avanços na legislação quanto ao planejamento reprodutivo, negligências ocorrem nos serviços de saúde, tendo as mulheres que conviver com uma política controladora, em que elas exercem um papel muito mais de objeto do que de sujeito da sua história sexual e reprodutiva; a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada, com provisão irregular; não há definição de papéis dos profissionais que compõem a equipe, havendo uma distância entre as proposições das políticas públicas de saúde e a prática desenvolvida no PSF (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Corroborando com os dados apresentados, estudo realizado em outros cinco estados brasileiros para captar a perspectiva de usuárias sobre suas experiências contraceptivas e reprodutivas, bem como sobre o atendimento no planejamento reprodutivo no SUS, mostra que existem significativas dificuldades para o pleno atendimento das necessidades das usuárias. Dentre os cinco estados, dados parciais do Rio de Janeiro apresentam essas dificuldades através: descontinuidade na oferta dos métodos, ineficiência na captação das mulheres, dificuldades no encaminhamento das mulheres pelos serviços de saúde e na capacitação dos profissionais para o trabalho educativo. As mulheres estão também submetidas a outros constrangimentos institucionais que envolvem horários de atendimento, lentidão nos resultados de exames e burocracia que limitam a cidadania das mulheres usuárias do SUS (HEILBORN et al., 2009).

A exemplo do que foi relatado por três participantes do nosso estudo, Marta, Cláudia e Helena, as condições de acesso das usuárias ao planejamento reprodutivo nas unidades de saúde em várias localidades no Brasil também são comprometidas pela coincidência de horário de funcionamento do serviço com o horário de trabalho das mulheres. Isso impossibilita participar de grupos educativos, além do enfrentamento de longo tempo de espera para serem atendidas em ambientes onde o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Um dos momentos para que o(a) profissional conheça as necessidades de saúde das mulheres que procuram o serviço de saúde é o das atividades educativas, em que há

oportunidade de garantir o direito à informação de qualidade, tendo como base as necessidades em saúde apresentadas por quem procura o serviço, oportunizando a troca entre usuário(a) e profissional e entre o(a)s próprio(a)s usuário(a)s.

Entretanto, conforme informado, algumas mulheres referiram carga horária de trabalho extensa e, portanto, incompatível com horário de funcionamento do serviço. Além disso, também constatamos desinformação sobre a existência do serviço de planejamento reprodutivo, indicando que profissionais, sobretudo o ACS não têm cumprido com uma das principais funções junto à população de sua área adscrita que consiste em visitar, conhecer o contexto de vida de sua comunidade, informar e disponibilizar o serviço para o acolhimento das demandas que a ele(a)s se apresentam.

Com relação aos locais em que as mulheres trabalham, nem sempre seus direitos são respeitados em relação à liberação para cuidar da saúde, o que constatamos na fala de Marta, ou elas não se sentem no direito de solicitar dispensa para esse fim. Por outro lado, a rede de atenção básica está organizada segundo horários convencionais de trabalho para o campo extrahospitalar, negligenciando o fato de que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado, o que gera a necessidade de reorganização do sistema no sentido de garantir acessos.

Discutindo sobre os limites de acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, Sousa (2007) resalta a baixa capacidade das equipes de Saúde da Família em elaborar planos, programas, projetos e ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade. Existe também desintegração entre a atenção básica e os demais pontos do sistema (média e alta complexidade), servindo de obstáculos à continuidade e à integralidade da atenção.

Portanto, apesar do PSF ser um programa inovador e com grande potencial de contribuição para a universalização do acesso, é necessário que supere as inúmeras dificuldades que vêm emergindo ao longo do seu processo de implementação. Entretanto, para exercer esta tarefa é necessário que sua expansão se faça acompanhada do aparelhamento de suas equipes, dotando-as da capacidade de efetivamente superar o modelo médico assistencial hegemônico e contribuir para a efetivação de uma política pública afinada com os princípios da universalidade, integralidade e equidade em saúde (SOUSA, 2008).

A realidade apresentada pelas mulheres deste estudo mostra a ineficácia das ações no planejamento reprodutivo que impossibilitam a autonomia e a liberdade dessas mulheres em suas escolhas reprodutivas, expondo-as a gravidezes não planejadas. A negação dos princípios da autonomia e da liberdade reprodutiva se revela nos depoimentos das mulheres deste

estudo, nas dificuldades de acesso aos métodos e às informações no serviço de saúde, pelas limitações impostas não atendendo às suas demandas e pela falta de recursos financeiros que possibilitem acesso de forma que elas possam se prevenir da gravidez no momento que não a deseja. Para Chauí (1985), liberdade não é a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Concordando com esta autora, Sadala (1996) afirma que a autonomia consiste na habilidade de autodeterminação, de ser independente, de poder governar-se.

A falta de conhecimento sobre seus direitos, a atenção fragmentada nos serviços de saúde, a responsabilidade exclusiva pela contracepção, além da dificuldade de oportunidades no mercado de trabalho a que estão expostas essas mulheres, sem uma renda digna, impossibilita escolhas e autodeterminação no âmbito reprodutivo. Quando se deparam com a gravidez, emergem sentimentos de culpa que se mantêm na medida em que essas isentam de responsabilidades o parceiro e o serviço, o que as sobrecarregam emocionalmente e tornam a gravidez de difícil aceitação, um fardo, pois a rede de apoio é falha e aprofunda desigualdades.

6.3.2 Domínio masculino e submissão da mulher na ocorrência da gravidez não planejada

Os depoimentos das mulheres mostram que essas convivem cotidianamente com dificuldades em negociar com os parceiros o uso dos contraceptivos, especialmente aqueles métodos que dependem diretamente do homem, sendo também o diálogo comprometido pela postura dominante masculina e pela incorporação da contracepção como responsabilidade da mulher o que é revelado nas situações relatadas e analisadas a seguir:

Adriana, ao se sentir na iminência de perder o parceiro, tenta salvar a relação, não reage à resistência dele ao preservativo e toma pílula de modo irregular:

A única coisa que ele falava era: Cuidado viu, para você não engravidar, você não pode se descuidar porque eu sou visgo viu, aqui bateu ficou! Eu faço filho a torta e a direita, eu quero fazer um time de futebol! [...] Ele tem cinco filhos com quatro mulheres diferentes [...] ele achava que qualquer mulher que ele ficasse, ele podia fazer qualquer coisa, se acha todo poderoso, machão, sabe!? [...] leva as coisas na esportiva e deixa a responsabilidade com a mulher [...] eu não planejava ser mãe mais de jeito nenhum!!! Pelos problemas que eu vinha passando nesta relação e porque eu já tenho três filhos [...] Eu tenho certeza que esta gravidez aconteceu mais por causa das nossas separações [...] depois voltava a ficar como se fosse namoradinhos, aí nesse termina e volta, eu descuidei [...] eu não tomava a pílula da forma correta, às vezes eu passava dois ou três dias sem tomar [...] tinha nove anos que eu tomava a pílula, eu tinha conhecimento de todos os métodos, sabia de tudo que eu tava fazendo, tinha informações e tinha a pílula, mas me deixei levar pelo desejo da hora [...] falei pra ele usar a camisinha, mas [...] ele falava assim, vamos

praticar, na hora de gozar eu jogo fora e eu aceitava [...] o homem quer satisfazer a vontade dele [...] eu conformava porque eu queria voltar com ele [...] e também quando não era assim, ele aceitava usar a camisinha, mas era mais difícil [...] ele me ajudava a comprar o remédio, mas quando não dava ele não tava nem aí se eu tomei ou não [...] quando acontece uma situação desta a gente quer colocar a culpa no homem, mas eu não, eu considero que eu tive uma parcela maior de culpa [...] logo que ele soube que eu tava grávida ele me largou [...] olha é o maior arrependimento da minha vida esta gravidez, por mais que eu pense eu não consigo imaginar esta gravidez como uma coisa boa (informação verbal)²⁰.

Em seu depoimento, Adriana mostra que, diante da resistência do parceiro em usar a camisinha, optando pelo coito interrompido, método sabidamente falho, aceitava suas determinações motivada pelo desejo de resgatar a relação. Considerados os conflitos e as separações informadas, a análise mostra que ter relações desprotegidas provaria a importância do relacionamento, a confiança e envolveria o parceiro afetivamente, retomando a relação amorosa. Imbuída do desejo intenso de resgatar a relação, a gravidez também atendeu a essa tentativa e, ainda que afirme que não desejava engravidar, o uso irregular da pílula revela sua ambivalência. Envolvida afetivamente com um parceiro que exercia domínio sobre seu corpo e a desrespeitava fazendo-a objeto de suas vontades, tem dificuldades de negociação e, ao engravidar, sobrecarrega-se emocionalmente, porque toma para si toda a responsabilidade, pela contracepção, pela gravidez e por suas consequências. Abandonada, pune-se pelo arrependimento e pela culpa.

Os depoimentos de Marta e Cláudia, a seguir, revelam situações em que os parceiros cerceam sua liberdade ao desconsiderar a insistência para utilização do método contraceptivo e as subordinam às suas vontades. As mulheres, por sua vez, revelaram durante a entrevista, ter informações fragmentadas sobre a contracepção, não frequentando a USF por incompatibilidade do horário de trabalho, mas entendem o risco e, mesmo assim, se submetem sem questionar. A supremacia dos desejos do homem, aceita de forma submissa por essas mulheres, reafirma o homem como o ativo na relação, e a mulher como passiva, o que nega qualquer possibilidade de autonomia feminina.

Marta, em uma relação ainda sem estabilidade, experimentando o envolvimento próprio de um início de relacionamento amoroso, subestimava a necessidade de se prevenir, demonstrando confiança em afirmações do parceiro que não se sustentam quando o objetivo é garantir que a gravidez não aconteça. Pouco focada na contracepção, parece buscar solidez na relação e dá ao parceiro *provas de amor* sem mensurar as consequências quanto à possibilidade de uma gravidez.

²⁰ Adriana, G4, 5 meses.

A gente não discutia sobre esse assunto de filhos não, mas eu sempre falava com ele pra ter cuidado porque eu não queria ficar grávida, mais a gente não se cuidava sempre, ele usava camisinha só algumas vezes [...] depois que acontece é que vem o arrependimento e a gente se culpa [...] ele sabia que eu não queria engravidar e ele falava na hora ‘você não vai ficar grávida não, na hora eu joga fora’ e a gente acabava tendo relação sem camisinha e eu engravidei (informação verbal)²¹.

Cláudia, por sua vez, sem filho(a), em uma relação estável e já tendo demonstrado em análise anterior que o desejo existia de modo ambivalente, com expectativa de gravidez para algum momento, a gestação poderia ser bem vinda. Tinha decidido com o parceiro usar somente o preservativo, o que não era garantido por esse, de modo que se encontrava exposta à ocorrência de uma gravidez. *Para não contrariá-lo* tinha relações, protegida pela confiança do apoio do parceiro, demonstrando submissão aos seus desejos e internalização que o atendimento das demandas masculinas é papel da mulher, em detrimento do que possa representar para si própria.

Quem insistia mesmo pra ele usar a camisinha era eu porque eu tinha medo de ficar grávida, mas o homem não tá nem aí, na hora da vontade ele quer é fazer e pronto, quer é satisfazer a vontade dele e a gente besta, acaba deixando, aceita pra não contrariar e aí a gravidez acontece e a gente se culpa [...] Eu sempre falava pra ele usar a camisinha porque eu não queria engravidar e ele sempre me falava pra eu ‘confiar nele’ que eu não ia engravidar, que na hora ele sabia como fazer, e eu acabava deixando pra não criar problema [...] a gente não falava sobre isso não (planejamento familiar) porque nem pensava em filho por agora não (informação verbal)²².

Fátima, conforme analisado em subcategoria anterior, apesar de afirmar que não desejava engravidar, convivia com sentimentos ambivalentes movida pelo desejo do parceiro de ter um filho homem. Esse desejo gera ambivalência que a acompanha durante um longo tempo de utilização de um método de alta eficácia, mas se torna vulnerável ao deparar-se com a fragilidade das ações no serviço de saúde, descontinuidade na oferta do método, associada a resistência do parceiro em usar o preservativo. O desejo do parceiro se sobrepõe e se criam condições para que uma gravidez aconteça sem culpas, sendo o parceiro presenteado com a gravidez, motivo de felicidade para o casal, já havendo na idade gestacional que apresentava, a confirmação de ser do sexo masculino.

Eu pedia pra ele usar a camisinha, porque no momento eu não tava usando o remédio e ele dizia: Ah! Você sabe que eu não gosto de usar camisinha, então vá você no posto buscar a injeção pra você tomar se você não quiser pegar filho agora [...]. Ele me dizia: Se tiver que usar eu uso, mas é muito incomodativo, eu não gosto [...] Mas às vezes quando eu pedia muito pra ele usar a camisinha ele usava, a atitude de prevenir mesmo era mais minha, porque ele sempre dizia que tinha muita vontade de ter um filho ‘homem’, porque nos temos duas meninas (informação verbal)²³.

²¹ Marta, G2, 8 meses.

²² Cláudia, G1, 6 meses.

²³ Fátima, G3, 8 meses.

Os depoimentos mostram a dificuldade de diálogo com os parceiros sobre planejamento reprodutivo, não tendo sido priorizada essa discussão, cabendo à mulher buscar os meios que possibilitem a prevenção da gravidez. A falta de envolvimento do homem na contracepção é reforçada por posicionamentos machistas, que os eximem da responsabilidade numa prática que deveria ser compartilhada pelo casal, entretanto, a mulher continua tomando para si a responsabilidade com a contracepção, o que se torna um encargo assumido unilateralmente, sem diálogo. Quando a gravidez acontece, gera sofrimento e culpa, como mostra o depoimento de algumas mulheres do estudo, sendo ela responsabilizada e tendo que arcar, muitas vezes sozinha com a gravidez.

Para Ferrand (2007), Alves e Brandão (2009), o uso de métodos que dependam diretamente do homem, como o preservativo e o coito interrompido, ainda estão muito subordinados ao desejo e aval deste, que os utiliza quando julga pertinente, reafirmando as desigualdades de poder entre homens e mulheres nas relações. A irregularidade na frequência ou a não utilização do método apresentam-se como elementos definidores da confiança entre o casal, significando que a relação pode ser importante, que ela tem futuro. Assim, os riscos assumidos podem trazer benefícios ao relacionamento, diante dos quais as preocupações ligadas à ocorrência de uma gravidez imprevista são secundárias (FERRAND, 2007).

Numa relação em conflito, o descuido no uso do contraceptivo pode estar associado ao desejo de consolidar o vínculo conjugal. Nessas circunstâncias, quando a gravidez acontece é não somente para aprofundar os laços na relação, mas principalmente, para resgatar a relação marcada por problemas, tendo na esperança da chegada de um filho uma condição favorável para impedir a desunião (TACHIBANA; SANTOS; DUARTE, 2006). Segundo Mondardo e Lima (1988), teoricamente, um filho é resultado da expressão do amor e da união do casal.

Instituiu-se com base em construções sociais que a fidelidade, necessária para a manutenção da união, é algo que depende do comportamento da esposa e da forma como essa consegue completar sexualmente seu parceiro, visto que a realização do desejo masculino é tido como prioritário na relação. Assim, a fidelidade é garantida quando a mulher é sedutora, criativa, cede aos desejos do parceiro, levando-o à satisfação plena. Neste sentido, quando a mulher deixa de satisfazer esses desejos ou “evita o marido” é responsabilizada pela desestrutura na relação ou desunião por levá-lo a “procurar mulher fora”. Assim, a concepção sobre fidelidade na relação parte de uma visão sociocultural sobre os papéis masculino e feminino na relação, com base em construções de gênero (SILVA, 2002).

Ressalta-se que os homens trazem em seus discursos e nos comportamentos, marcas do que foi construído socialmente e internalizado na construção de sua masculinidade, com base

na ideologia de gênero. Entretanto, as transformações nos discursos e comportamentos de mulheres e homens somente será possível a partir da apropriação feita por ambos na perspectiva de igualdade de direitos, buscando desconstruir espaços naturalizados de opressão e subordinação (MATTOS, 2004).

Uma rede complexa de normas, valores, estereótipos, sentidos e significados molda o comportamento masculino na relação ao definir a sexualidade masculina como indomável e/ou quando postula que correr riscos é fundamental para afirmação da masculinidade, o que conspira contra a capacidade dos homens de se prevenir nas relações sexuais. Há também a legitimação de uma natureza muito mais sexual do homem, fundado em uma crença sobre “natureza masculina” determinada pela necessidade do sexo e pelo instinto animal incontrolável do homem, fundada na identidade de gênero (SILVA, 2002).

Nessa perspectiva, construções internalizadas por homens e mulheres conduzem a comportamentos em que a mulher aceita passivamente que o poder de decisão sobre a forma como deve acontecer a relação seja do homem, assim cede aos seus desejos como uma forma de demonstrar envolvimento na relação, além de submeter-se aos desejos do parceiro para não contrariar a “natureza” dele como homem e comprometer a união (SILVA, 2002).

Reforçado num modelo cultural em que a atribuição da responsabilidade na contracepção cabe à mulher, a falta de comunicação entre o casal apresenta-se como fator importante no pouco envolvimento masculino na contracepção. Assim, a falta de diálogo entre parceiros sexuais dificulta o processo de mudança no âmbito da reprodução (CARVALHO; SCHOR, 2001). Todavia, ao adotar uma postura questionadora, vislumbrando a negociação do comportamento sexual e reprodutivo nas relações conjugais, muitas vezes se estabelece o conflito, pois, intimidadas pelas desigualdades de poder nas relações, comumente as mulheres não estão acostumadas a negociar com seus parceiros o uso de um método que melhor se adeque à sua escolha ou à sua indicação (MATTOS, 2004).

Segundo Salem (2004), a justificativa dos homens em negligenciar o uso do preservativo se dá pela incompatibilidade entre seus impulsos sexuais e o planejamento da contracepção, delegando essa responsabilidade às mulheres, já que consideram que ser mais controlada sexualmente é uma característica feminina, sendo esta a visão dos homens sobre as mulheres, concepções construídas a partir da internalização das construções de gênero.

Assim, com base em construções sociais, a caracterização impulsiva dos desejos sexuais dos homens, atributo da masculinidade, mensurável através do desempenho sexual, não comporta um momento de interrupção na relação, ou mesmo, negociação do preservativo,

visto que isso poderia interferir no controle, e o desempenho sexual ser prejudicado, comprometendo a afirmação da masculinidade (ALVES; BRANDÃO, 2009).

Alguns motivos pelos quais os homens resistem ao uso dos contraceptivos estão associados à questão da virilidade e ao medo de enfraquecimento do poder masculino na relação, estando a resistência ao condon ligada interferência no prazer sexual, o coito interrompido prejudicaria a espontaneidade do ato sexual, e a vasectomia estaria associada à castração (GIFFIN, 1998). Segundo Kalckmann (1998), a aceitação dos homens em relação aos métodos contraceptivos que dependem do seu consentimento é fundamental para a continuidade do uso, indicando que a contracepção, sob “controle feminino”, pode facilitar a negociação sexual, mas não elimina a necessidade do diálogo entre o casal.

O contexto do relacionamento é um elemento determinante no uso ou não de preservativo, agravado pelas imposições que os papéis de gênero determinam nas performances afetivo-sexuais, associa-se a essas questões o sentimento de confiança no parceiro ou o tempo de duração da relação (ALVES; BRANDÃO, 2009). No nosso estudo, o tempo de relacionamento não foi determinante para o uso ou dificuldade de negociação do condom com o parceiro, bem como quanto ao diálogo sobre planejamento reprodutivo. Assim, tanto as mulheres com relacionamento estável de longa duração, quanto as que vivenciavam uma relação de pouco tempo encontraram dificuldades em negociar o método com seus parceiros, assumindo sozinhas a responsabilidade com a contracepção. A incorporação do papel passivo das mulheres na relação é um forte condicionante da submissão das mulheres ao parceiro.

Nos elementos da identidade masculina, o papel de pai é construído segundo padrões de gênero que vincula a imagem de homem ao referencial de masculinidade hegemônica, o que implica equivalência em ser homem e forte, capaz e provedor (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Assim valoriza sua masculinidade, além de icentivá-la na elaboração da identidade de gênero dos seus filhos-homens (BLEICHMAR, 1988).

Neste estudo, confirma-se que, no âmbito da reprodução os homens, não se sentem parte da contracepção e da gestação, compreendendo-os como atributos femininos pelas construções sociais que internalizam quanto ao papel social de homens e mulheres. Tendem a seguir um modelo tradicional de paternidade em que o papel concreto do homem como pai inicia-se a partir do nascimento do filho, sendo esse responsabilizado socialmente a assumir a responsabilidade como provedor, com base num modelo patriarcal, fortemente presente em nossa sociedade (FREITAS ; COELHO; SILVA, 2007).

Por outro lado, a ênfase nas ações em planejamento reprodutivo está direcionada à

mulher, assim, certas representações do que é concebido socialmente como atribuição do masculino e feminino, incorporam-se às práticas dos serviços de saúde. Neste sentido, praticamente inexistem ações dirigidas à clientela masculina, sendo às poucas existentes em horários inadequados e vinculadas aos serviços de atenção a saúde da mulher (RINGHEIN, 1993; MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Scavone (2004) defende a necessidade de uma discussão mais ampla sobre o lugar do pai na reprodução, valorizando a responsabilidade parental, com igualdade na distribuição das funções entre homens e mulheres em todo o processo da reprodução, desde a contracepção aos cuidados com o(a)s filho(a)s, até então tarefa exclusiva das mulheres. Todavia, para Marcolino e Galastro (2001) parece haver um desencontro entre as novas perspectivas de compreensão das responsabilidades de homens e mulheres no âmbito da reprodução e a forma como os serviços de saúde reprodutiva estão organizados.

Os direitos sexuais e reprodutivos foram construídos na perspectiva do compartilhamento de responsabilidades nas decisões referentes às experiências sexuais de mulheres e homens. Entretanto, apesar dos avanços nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a desnaturalização da reprodução como inerente à mulher acontece de forma lenta, sendo as ações no planejamento reprodutivo desenvolvidas nos serviços de saúde centradas nas mulheres, com ações escassas ou inexistentes que envolva os homens. Esses continuam a ser vistos como provedores e se eximem de responsabilidades no processo da reprodução, sendo a contracepção concebida, ainda, como responsabilidade exclusiva feminina. Assim, tomando por base os direitos reprodutivos, para que homens e mulheres assumam igualmente a responsabilidade no âmbito da reprodução, são necessárias mudanças nos papéis legitimados socialmente como masculinos e femininos, nos planos intra-subjetivos e intergêneros, entretanto essas mudanças não se fazem sem conflitos (MOREIRA; ARAUJO, 2004).

A contracepção apresenta-se como possibilidade de colocar a mulher em posição teoricamente equivalente ao homem, livrando-a da angústia de uma gravidez indesejada. Entretanto, apesar da liberdade proposta pelos métodos contraceptivos, as práticas sexuais masculinas e femininas remetem sempre a representações em que o desejo e o prazer do homem na relação são prioritários. As mulheres convivem com dificuldade na gestão cotidiana da contracepção e dos seus possíveis fracassos. Assim, apesar da decisão sobre a contracepção ser apresentada como sendo exclusiva da mulher, essa decisão depende da negociação com o parceiro, e a posição da mulher nem sempre prevalece (FERRAND, 2007).

Nessa perspectiva, Moreira e Araújo (2004) afirmam que, apesar de haver uma predominância das mulheres na demanda por ações de planejamento reprodutivo nos serviços de saúde, isso não garante que haja exclusividade na escolha dos métodos, com o correlato grau de autonomia. Assim, por um lado, a subalternidade das mulheres deixa aos homens as decisões relativas à vida sexual e, por outro lado, a demanda por contraceptivos, tida como responsabilidade exclusivamente feminina, nem sempre permite que a decisão final quanto ao método a ser utilizado seja da mulher.

Em síntese, quando o método utilizado prescinde da participação masculina e a mulher tem garantia de acesso, com a gestão desse método, a proteção à gravidez não planejada é possível, mas quando exige a participação do parceiro, ele toma decisões em prol dos seus interesses, e as mulheres, construídas socialmente para aceitar o predomínio da vontade masculina como ponto de equilíbrio para a relação, submetem-se. Cabe ao serviço público de saúde desenvolver ações que envolvam igualmente homens e mulheres, estimulando o maior conhecimento do casal em torno da sexualidade e da reprodução e que, além de informações adequadas sobre contracepção, provisão de métodos, tragam uma abordagem mais ampla sobre sexualidade e reprodução, buscando igualdade de responsabilidades e abrindo caminhos para o diálogo e a superação das iniquidades de gênero no campo da cidadania reprodutiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou uma complexa rede multifacetada que acompanha o processo de ocorrência de uma gravidez não planejada, sendo a posição assumida pelas mulheres por ocasião da gravidez, dependente das condições socioeconômicas, do apoio do parceiro, da estabilidade da relação e do número de filho(a)s. Tais características se sobrepõem às difíceis condições socioeconômicas da maioria delas, identificadas, também, como um problema a enfrentar com a gravidez. Além de baixa renda e de baixa escolaridade, uma grande parte encontrava-se fora do mercado de trabalho sendo, portanto, dependentes financeiramente do parceiro ou de familiares, condição que gera outras dependências.

Construídas socialmente sob referências identitárias que determinam para as mulheres a realização pela maternidade, esta é idealizada e sentida como espaço para ser mulher em plenitude por todo o grupo, mas é sobretudo entre grávidas de primeiro(a) filho(a) que a idealização se mantém diante de uma gravidez não planejada, sendo representada como algo *sublime, divino, que enaltece e traz felicidade*.

O estudo também mostra que as mulheres com tais características, uma vez sem atendimento de suas demandas pelo serviço de saúde, quando têm a firme determinação de não engravidar, tendo o apoio do parceiro, conseguem obter o contraceptivo na rede farmacêutica e adiar o sonho da maternidade. Todavia, ainda sem filho(a)s, diante do desejo de ser mãe em algum momento, e do desejo do parceiro, apresentam-se ambivalentes, e encaminham na direção da maternidade. A estabilidade e o tempo de relacionamento constroem as condições para que descuidos aconteçam, e a gravidez se confirme. Surpreendidas, realizam a si e ao parceiro.

No grupo de mulheres que apresentou gravidez subsequente, as circunstâncias de sua ocorrência revelaram múltiplas faces das desigualdades de gênero e da atenção à saúde em meio a difíceis condições socioeconômicas. As situações foram permeadas pela baixa qualidade da atenção ao planejamento reprodutivo pelas USF, com descontinuidade frequente na oferta de métodos e informação precária. Nesse grupo, a função social da maternidade também foi naturalizada, mas o simbolismo foi afetado pela gravidez não planejada.

Apoio e desejo de alguns parceiros por mais um filho; aborrecimento de outros quando a gravidez acontece, sendo a mulher responsabilizada; frustração, revolta e não aceitação da gravidez pela mulher com desejo ou tentativas de abortamento; relações sexuais desprotegidas como prova de confiança em relações amorosas que se iniciam ou estão desgastadas após período de estabilidade, tendo como resposta o abandono, foram situações identificadas nesse

grupo de mulheres. Para as últimas, o futuro incerto para a gravidez e para a própria vida revela uma face perversa das desigualdades sociais, entre elas as de gênero, quando se reproduz um modelo de homem que faz da mulher, além de objeto, algo descartável.

As que apresentaram estabilidade na relação estiveram igualmente vulneráveis às consequências de uma gravidez não planejada e vivenciavam conflitos. A aceitação da gravidez não planejada foi, em todo o estudo, grandemente influenciada pelo apoio do parceiro, revertendo-se ou minimizando situações conflitantes, o que reafirma a sua importância no processo e a necessidade de assunção da paternidade como dever moral, proporcionando à mulher melhores condições para manejar os conflitos.

O receio de uma gravidez existe, mas as dificuldades em assumir o controle sobre seu corpo, seja por domínio masculino que ordena responsabilidades e se exime delas, seja porque nos serviços de saúde não são acolhidas nem atendidas em suas demandas contraceptivas, fazem com que a naturalização da maternidade aflore e se revele como possibilidade de proteção a culpas e arrependimentos. O contexto em que se inserem, do qual faz parte um frágil apoio da rede pública de saúde, sobretudo da USF em que procuram ser cuidadas, concorrem para que as mulheres não tenham poder de decisão na relação sexual e na contracepção, ao mesmo tempo em que os parceiros se eximem de qualquer responsabilidade na contracepção e na ocorrência da gravidez, negando-se os caminhos para a autonomia e para a liberdade reprodutiva.

As restrições no acesso ao planejamento reprodutivo nas USF, referidas pelas mulheres do estudo, mostram que apesar do PSF se apresentar como estratégia que busca a reorganização e o fortalecimento da atenção básica, mediante a ampliação do acesso e reorientação das práticas do cuidado, no âmbito do planejamento reprodutivo, as mulheres estão à mercê de uma baixa qualidade da atenção. Esse aspecto da vida das mulheres, contribuiu para a ocorrência de gravidezes imprevistas, tendo apresentado como desfecho para algumas mulheres, o aborto em condições inseguras, com riscos à saúde e à vida.

Torna-se importante a reorganização das ações estratégicas do PSF na atenção à saúde da mulher, no sentido de garantir ações efetivas no planejamento reprodutivo, incluindo práticas educativas participativas, em que as mulheres tenham voz. Há de se valorizar o nível de entendimento das mulheres, o conhecimento que essas dispõem sobre os métodos e o contexto em que são geradas as suas demandas. Além disso, é preciso continuidade das ações, com o devido acompanhamento clínico e capacitação permanente do(a)s profissionais, com ênfase na atenção integral e equânime às mulheres, tendo como eixo orientador das práticas,

gênero e integralidade, incluindo ações que envolvam a participação do homem no planejamento reprodutivo.

Faz-se necessário, portanto, mudanças na atenção à mulher no PSF, para que essas sejam apoiadas pelo sistema público de saúde na busca por autodeterminação nas escolhas reprodutivas. Essa perspectiva de mudanças requer uma reflexão sobre as práticas multiprofissionais, entre elas, a da(o)s enfermeira(o)s, profissional que se encontra à frente das ações do cuidado à mulher no planejamento reprodutivo, na maioria das Unidades de Saúde, buscando, assim, superar adversidades e agregar novos significados ao cuidado no âmbito reprodutivo.

A(o) enfermeira(o) deve articular suas ações no planejamento reprodutivo de modo a proporcionar o acesso a métodos e informações de qualidade, possibilitando às mulheres a tomada de decisão no âmbito reprodutivo por autodeterminação. As orientações sobre as práticas contraceptivas devem ser não somente focadas nos métodos disponíveis no serviço, mas que respondam às necessidades das mulheres com base no contexto em que essas estão inseridas. Cabe à enfermeira envolvida no planejamento reprodutivo, proporcionar acolhimento das demandas das mulheres com apurada escuta e troca de experiências, com orientações centradas nas necessidades no plano da saúde sexual e reprodutiva. Além disso, o discurso e a prática devem ser articulados entre profissionais de saúde e gestore(a)s público(a)s, de modo que as necessidades das mulheres sejam conhecidas e respeitadas por todo(a)s no sentido de efetivar a PNAISM e assegurar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseção entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, mar./abr. 2009.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres**. Recife: SOS Corpo, 1992. Mimeografado.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 465- 469, 2003.
- ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão, Loren; DIAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 73-99.
- AZAMBUJA, S. C. A mitologia e a realidade da maternidade. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 3, p. 601-611, 1986.
- AZEREDO, Sônia; STOLCKE, Verena (Orgs.). **Direitos reprodutivos**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1991.
- BAHAMONDES, Luís. A escolha do método contraceptivo. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n.5, p. 5-9, 2006.
- BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo, HUCITEC; Population Council, 1999. p. 57-72.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, Patrícia Zularo; ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Sociologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2007.
- BARBIERI, Márcia. **O enfermeiro na educação de adultos em planejamento familiar**. 1996. 145 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- BARBIERI, Márcia; KUAHARA, Girlene E.; HERMAN, Fátima Marim. Consulta de enfermagem em planejamento familiar: uma proposta de ação. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. Especial, p. 66-69, 2000.
- BARROSO, C. **Esterilização no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. Mimeografado.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 74, p.11-15, 2006.

BEZERRA, Arethusa Lima; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. **Maternidade: o determinismo biológico do ser mulher na construção de uma identidade feminina**. 2005. Disponível em: <<http://www.maternidade.identidade.com.br>> Acesso em: 7 set. 2009.

BILAC, Elisabete D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: BILAC, Elisabete; RIBEIRO, A. C.(Orgs). **Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995. p. 43-61.

BLANC, Ann K. The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence studies in family planning. **Studies in family planning**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 189-213, sep. 2001.

BLEICHMAR E. D. **O feminismo espontâneo da histeria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BORTOLETO, M. Cíntia. O que é ser mãe? **Revista viver psicologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 25-27, 1992.

BRANDÃO, Eliane Reis. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, july-aug. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão de Estudos de Direitos da Reprodução. **Esterilização no Brasil**. Brasília, DF, 1988. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Mulher. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. **Assistência ao planejamento**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. São Paulo: [s.n], 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**. Disponível em : <[http://www.saude.gov.br – saudedafamilia](http://www.saude.gov.br-saudedafamilia)>. Acesso em: 9 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF, 2009. 300 p.

BRUCE, Judith. **Fundamental elements of the quality of care**: a simple framework. **Stud Fam Plann**, New York, n. 21, v. 2, p. 61-91, 1990.

CAIXETA, Juliana Eugênia; BARBATO, Silviane. Identidade feminina: um conceito complexo. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, 2004.

CAMARGOS, Aroldo Fernando; MELO, Victor Hugo. **Ginecologia ambulatorial**. [S. l.]: COPMED, 2001. 646 p.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold; CREVELIM, Maria Angélica. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-9, July-sept. 2010.

CARVALHO, Marta L. O.; PIROTTA, Katia C. M.; SCHOR, Néia. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 1-10, feb. 2001.

CHAUÍ, Marilena. A Liberdade. In: CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2000. cap. 6, p. 459-473.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBRON, M. L. (Colab.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 23-62.

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1990. 219 p.

CHUMPITAZ, Violeta Angélica Cuenca. **Percepções feministas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto**. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

CIPD – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Cairo, 1994. Relatório da ... Brasília: CNPD; FNUAP, 1997.

CITELI, Maria Teresa. Saúde reprodutiva e anticoncepção no Brasil pós-60. In: 5º PROGRAMA de estudos em saúde reprodutiva e sexualidade – modulo III: concepção e anticoncepção. Campinas: Unicamp; Nepo, 1996. p.1-24.

COELHO, Edméia Almeida Cardoso; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Atuação de enfermeiras no campo da regulação da fecundidade em um serviço público de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 37- 45, 2004.

COELHO, Edméia Almeida Cardoso; LUCENA, Maria Fátima Gomes; SILVA, Ana Teresa Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37- 44, 2000.

COELHO, Edméia Almeida Cardoso; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; GARCIA, Telma Ribeiro. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquistas e desafios. In: FORMAÇÃO de formadores em gênero para trabalhadoras do setor comércio: projeto especial para a participação das mulheres no mundo do trabalho. Salvador: REDOR, 2006. (Caderno Gênero e Trabalho).

COELHO, Edméia Almeida de Carvalho et al. **Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família– Salvador – BA**: relatório técnico PIBIC. Salvador: [s. n.], 2011. 93 p.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. Políticas de Planejamento Familiar em João Pessoa- PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, jan. 2000.

COELHO, Edmeia de Almeida Carvalho; OLIVEIRA, Jeane Freitas; ALMEIDA, Marisa Silva; SILVA, Carla Tatiana Oliveira. Integralidade no cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica: Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm.**, Salvador, v. 13, n. 1, p.154-160, jan-mar, 2009.

CORRÊA, Sônia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.) **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003. p. 56-78.

CORRÊA, Sônia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva Feminista. **PHISYS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio Janeiro, n. 6, v. 1-2. p.147-177, 1996.

CORRÊA, Sônia; JANNUZZI, Paulo Martino; ALVES, José Eustáquio Diniz. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva**: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores: projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”. Coordenado pela ABEP E IBGE. Rio de Janeiro: [s. n.], 2003.

COSTA NETO, Milton Menezes (Org.). **Treinamento introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2000. 16 p.

COSTA, Ana Maria. **Atenção Integral à Saúde da Mulher: Quo Vadis?:** uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2004.

COSTA, Ana Maria. **O PAISM:** uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Brasília, DF: [s. n.], 1992.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Linn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6. n.1, p. 1-11, jan./mar. 2006.

COSTA, Fausto. Ministro enfrenta ato contra aborto. **Correio da Bahia**, Salvador, 17 abr. 2007. Disponível em: <www.correiodabahia.com.br>. Acesso em: 19 abr. 2009.

DEBRAY, Régis. Do projeto de filho ao filho real: um percurso semeado de emboscadas. In: DEBRAY, Régis. **Bebês/mães em revolta:** tratamento psicanalítico conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Porto Alegre: Artes médicas, 1988. cap. 2, p. 42-59.

DIÁZ, Juan; DÍAS, Margarita. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudança. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucited/population Council, 1999. cap. 3, p. 209-233.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Mulheres e trabalhadoras: discriminação e desigualdades no mercado de trabalho**. [S. l.], 2001. Edição especial.

DOSSIÊ Bahia: Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e os seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. 2009. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/dados/BA_dossie.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2010.

FARIA, Marta Abatepaulo. **Ser mulher, esposa, mãe:** escolha ou destino feminino. 2007. Disponível em: <www.ipas.org.br – arquivos – mf. Pdf>. Acesso em: 4 out. 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Anticoncepção:** manual de orientação. São Paulo: Ponto; José M. Aldrighi; Carlos Alberto Pelta, 2004. 308 p.

FERRAND, Michèle. **Sociologia da contracepção e do aborto:** a contribuição da análise das relações de gênero. Aula inaugural do 11º Curso de metodologia da UFSC. 2007. Disponível em: <www.sociolog/contracep/aborto.ufsc.br>. Acesso em: 2 jan. 2009.

FERRAND, Miclele. O aborto, uma condição para a emancipação feminina. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 1-6, maio-ago. 2008.

FIORIN, José Luís. **Linguagem e ideologia**. 6. ed. São Paulo: Ática, 2003. 87 p.

FRANCO Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saude da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudancas do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap.3, p. 100-123.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, 2007.

FREITAS, Waglânia Mendonça Faustino et al. Paternidade: homem no papel social de provedor. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 43, v. 1, p. 85-90, 2009.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. **Questões da saúde reprodutiva**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 468 p.

GIFFIN, Karen. Exercício da paternidade: uma pequena revolução. In: SILVEIRA P. (Org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 75-80.

GODINHO, Roselí Aparecida et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, Apr. 2000.

GONÇALVES, Eliane. **Pensando o gênero como categoria de análise: Programa Interdisciplinar da Mulher**. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1998. p. 40-59. (Caderno de Estudos de Gênero).

HEILBORN, Maria Luiza. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: [s .n:], 1998. p. 7-15.

HEILBORN, Maria Luiza, et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos: sexualidade e AIDS**, Porto Alegre, ano 8, n.17, p.13-45, jun. 2002.

HEILBORN, Maria Luiza et al. 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 1-11, 2009.

HORTALE, Virgínia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan./mar. 2000.

KALCKMANN, Suzana. Incurções ao desconhecido: percepções de homens sobre saúde reprodutiva e sexualidade. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.; MACHADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades – outras palavras**. São Paulo: ECOS-Ed.34, 1998. p. 79-99.

KALSING, Vera Simone Schaefer. **A votação do projeto de Regulamentação do Aborto Legal na Assembléia do Rio Grande do Sul: O Projeto de Lei Nº 148/97**. 2000. 175 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

LIMA Celian Tereza Batista; FELICIANO, Kátia Virginia Oliveira; CARVALHO, Maria Francisca Santos. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 13-21, 2004.

LINDNER, Sheila Rúbia; COELHO, Elza Berger Salema; CARRARO, Telma Eliza. **Direitos reprodutivos**: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br-gestores-sala...artigo. Doc>. Acesso em: 9 dez. 2010.

LO BIANCO, Ana Carolina. “Psicologização do Feto”. In: LO BIANCO, Ana Carolina **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. cap. 2, p. 38-52.

LOPES, R. C. S. et al. Ritual de casamento e planejamento do primeiro filho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 55-61, jan./abr. 2006.

MACHADO, Lia Zanota. Gênero, um novo paradigma? **Cad. Pagu**, Campinas, n. 11, p.107-126, 1998.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

MAIA, Edna Marina Cappi. **Aspectos epidemiológicos, gestacionais e perinatais da gravidez não planejada**. 1992. 147 F. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1992.

MARCOLINO, Clarice. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, Dec. 2004.

MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez. As visões femininas e masculinas acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, may 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas em pesquisa**: planejamento e execução da pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 1-8, nov. 2006.

MATTOS, Jeane Gomes Brito. **Direitos sexuais e reprodutivos**: como incluir os homens?. 2004, 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2004.

MATTOS, Roseni A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO Roseni; MATTOS, Ruben Pinheiro (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p. 39- 64.

MAULDON, Jane; DELBANCO, Suzzane. Public perceptions about unplanned pregnancy. **Fam Plann Perspect**, New York, v. 29, n. 1, p. 25-29, 1997.

MELO, Eliana Ferraz. **O planejamento familiar e a saúde da mulher: um estudo aplicado à prática da enfermagem em uma unidade pública de saúde de Salvador**. 2003. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MELO, Denise Mendonça. **Breves considerações sobre a vida do jovem adulto**. 2004. Disponível em: <<http://www.acesa.com-viver-arquivo- psique-2004- 0319- jovem>>. Acesso em: 3 ago. 2010.

MELO, Mônica Cecília Pimentel. **O pré-natal de adolescentes na perspectiva da integralidade do cuidado**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 139 f.

MONDARDO, Anelise Hauschild; LIMA, Roberta F. C. Nem toda mulher quer ser mãe: outros caminhos para a realização pessoal. **Psico.**, Porto Alegre, p.107-128, 1998.

MOREIRA, Maria Helena Camargos; ARAÚJO, José Newton Garcia. Planejamento familiar: autonomia ou encargo? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, 2004.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro**, n. 23, p. 961-970, 2007.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.150-56, 2006.

NADER, Priscila Rocha Araújo et al. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do município de Serra, Espírito Santo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, [S. l.], p. 699-705, dez. 2008.

OLINTO, Maria Teresa A.; GALVAO, Loren W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 2. ed. Campinas: Pontes, 2001. 94 p.

OSIS, Maria José Duarte et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: PAIM, Heloísa Helena Salvatti. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 31-48.

PEDREIRA, Carolina Souza. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. **Fazendo Gênero 8 - corpo, violência e poder**. Florianópolis. 2008. Disponível em: <www.fazendogenero8.ufsc.br/ST58.html>. Acesso em: 25 jun. 2009.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PERROT, Michele. **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 167-234.

PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais: um novo conceito na prática Política Internacional. In: PETCHESKY, Rosalind. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. 34. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, 1999. p. 28-49.

PINTO, Elizabeth Aparecida. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S.; MACHADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS-Ed.34, 1998. p.121-128.

PIROTTA, Kátia M. **A mulher e a esterilização: do mito da emancipação ao desenvolvimento da subalternidade**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PITANGUY, Jaqueline. O movimento nacional e internacional de direitos reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELLA, Ana Paula. Direitos reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. In: ÁVILA, M.B; GOUVEIA, T., XAVIER, E. (Orgs.). **Reflexões feministas para transformação social**. Recife: SOS Corpo, 2007. p. 96-105. (Caderno de Crítica Feminista).

REA, Marina Ferreira. Gravidez, parto, puerpério e amamentação. In: REA, Marina Ferreira. **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Unicamp, 2003. p. 197-225.

REGIS, Imaira Santa Rita. **Lobato e Paripe no contexto da Avenida Suburbana: uma análise socioespacial**. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Geociência, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RELATÓRIO sobre a Situação da População Mundial. 2002. Disponível em: <www.unfpa.org>. Acesso em: 2 mar. 2010.

RIBEIRO, Mariska. Direitos reprodutivos e políticas descartáveis. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 2, p. 400-407, 1993.

- RINGHEIN, K. Factores that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. **Stud Fam Plann**, New York, n. 24, p. 87-89, 1993.
- RIOS-NETO, Eduardo L. G.; MARTINE, George; ALVES, José Eustáquio Diniz. **Oportunidades perdidas e desafios críticos: a dinâmica demográfica brasileira e as políticas públicas**. Belo Horizonte: ABEP; UNFPA; CNPD, 2009. 196 p. (Demografia em debate, v.3).
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. **Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. Divididas e multiplicadas: a maternidade para mulheres executivas cariocas. In: NETO, Maria Inácia D'Ávila; PEDRO, Rosa (Orgs.). **Tecendo o desenvolvimento: saberes, gênero, ecologia social**. Rio de Janeiro: MAUAD – BAPER, 2003. p. 33-50.
- RODRIGUES, Gilda Castro. **Planejamento familiar**. São Paulo: Ática, 1990.
- SADALA, Maria L. Araújo. Autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem. **Revista Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p.111-117, jan. 1996.
- SALEM, Tânia. Homem... já viu, né?: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classes populares. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 15-61.
- SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. **Plano Municipal de Saúde, 2006-2009**. Salvador: Assessoria Técnica da Saúde, 2009.
- SANSSON, F. Nazei. A representação psíquica da maternidade: estudo de caso. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 55-62, 1988.
- SANTOS, Ana Paula V. **Associação entre fatores sociodemográficos e eventos reprodutivos de mulheres cadastradas no Programa Saúde da Família**. 2010. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências**. São Paulo: UNESP, 2004. 205 p.
- SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformação na família e nas relações de gênero. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.
- SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1995.
- SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-49, aug. 2002.
- SILVA, Lígia Veloso Marinho. **Dupla proteção nas experiências sexuais de mães adolescentes**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da

Bahia, Salvador, 2009.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde. In: BRASIL. **Brasil Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Brasília, DF, 1987. 182 p.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, n. 61, v. 2, p.153-158, apr. 2008.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?**: análise do acesso aos serviços básicos de saúde. 2007. 221 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de ciências da saúde, Universidade de Brasília, DF, 2007.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. A igualdade imaginada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 4, n. 3, jul./dez.1998.

STEVENS, Cristina. Maternidade e feminismo: diálogos na literatura contemporânea. In: STEVENS, Cristina (Org.). **Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007. p. 17-73.

SWAIN, Tania Navarro. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: STEVENS, Cristina (Org.). **Maternidade e feminismo: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007. p. 203-244.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laíse Potério; DUARTE, Cláudia Aparecida Marchetti. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, São Paulo, ano 10, n. 19, p.149-167, set./dez., 2006.

TEIXEIRA, G. B. W. **Vida sexual de adolescentes grávidas: contribuição para a enfermagem**. 2001. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Bahia, Salvador, 2001.

TRINDADE, Zeide Araújo; ENUMO, Sônia Regina Fiorin. Triste e incompleta: uma visão feminina de mulher infértil. **Psicologia**, São Paulo, v.13, n.2, p. 151-182, 2002.

VIEIRA, Elisabeth Meloni et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, 2002.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Questões de saúde reprodutiva**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 151-190.

VIEIRA, Josênia Antunes. A identidade da mulher na modernidade. **DELTA: documentos de estudos em linguística teórica e aplicada**, São Paulo, v. 21, n. especial, p.1-16, 2005.

VILELLA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: VILELLA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Unicamp, 2003. p. 95-145.

VILLA, Alerrandro Marcelo. Sexualidad, reprodución y paternidad: una introducción al análisis de la demanda social en las relaciones de género. In: SILVA, D. (Org.). **Novos contornos do espaço social: gênero, geração e etnia**. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. p. 33-57.

WALLACE, S. P.; ENRIQUEZ-HASS, V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías del cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 10, n. 1, p. 18-28, jul. 2001.

WILLIAMS, S. **Manual de formação em gênero da OXFAM**. [S.l.]: SOS Corpo, 1999. p. 9-13.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Informações às colaboradoras

CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM MULHERES ADULTAS

INFORMAÇÕES ÀS COLABORADORAS

Eu, Jussilene Jesus Sousa, aluna do curso de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo para participar da pesquisa intitulada “*Circunstâncias da Ocorrência de Gravidez Não Planejada em Mulheres Adultas*”. A pesquisa pretende contribuir para ampliar o conhecimento no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; oferecer subsídios para o redirecionamento das ações de planejamento reprodutivo no Programa Saúde da Família (PSF); contribuir para o redirecionamento de políticas públicas, no nível das práticas de saúde e de gestão do sistema, com ações voltadas para as necessidades de saúde das mulheres, no que tange à saúde sexual e reprodutiva, vislumbrando o direito das mulheres e do casal à livre escolha sobre a reprodução.

Estabelecemos como objetivos:

- Conhecer o contexto de vida de mulheres adultas jovens (20 – 40 anos) por ocasião da ocorrência de gravidez não planejada.
- Analisar as circunstâncias da ocorrência de gravidez referida como não planejada a partir do contexto de vida de mulheres que a vivenciam.

Com este documento, fornecemos informações sobre a pesquisa, para a sua compreensão e possível participação o que será de forma voluntária. Você terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa. Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Não haverá benefícios financeiros, quer seja para mim como pesquisador(a) ou participante.

O instrumento para a coleta será: formulário de entrevista com questões estruturadas e grupo focal.

As datas e horários para a entrevista serão combinados conforme seu tempo disponível.

O material das entrevistas serão guardado por cinco anos, e ao final você poderá tê-los ou autorizar a destruição deles. Para manter sigilo e anonimato você receberá um nome fictício. Os resultados da Pesquisa serão transformados em artigos, capítulos de livro e/ou apresentados em eventos científicos. As transcrições do conteúdo das entrevistas estarão disponíveis para análise em qualquer tempo.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura e/ou impressão digital, caso concorde em participar.

Qualquer dúvida ou problema que ocorra no transcurso da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone: (71) 3283-7618 / (71) 32837619 ou dos e-mails: edmeiacelho@yahoo.com.br, jussi.souza@hotmail.com

Se houver desistência ou impossibilidade de realização da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes podem marcar outro dia e horário.

Salvador, dede 20.....

Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Orientadora

Jussilene Jesus Sousa
Mestranda

Contatos: Escola de Enfermagem da UFBA - Rua Augusto Viana S/N Campus do Canela, Canela Salvador-Ba CEP 40110-060. Telefone: 3283-7618.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Jussilene Jesus Sousa, enfermeira e aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou desenvolvendo a pesquisa denominada **Circunstâncias da ocorrência de gravidezes não planejadas em mulheres adultas**. O estudo tem como objetivos: conhecer o contexto de vida de mulheres adultas jovens por ocasião da ocorrência de gravidez não planejada; analisar as circunstâncias da ocorrência de gravidez referida como não planejada a partir do contexto de vida de mulheres que a vivenciam.

Durante a pesquisa será realizada coleta dos dados através de entrevista oral, assim, venho convidá-la a participar e caso aceite o convite informo que seu nome não será revelado e será guardado segredo sobre as informações dadas por você. Sua participação é livre e peço sua autorização para gravar seu depoimento, registrar dados observados e posteriormente divulgar o trabalho em eventos e revistas científicas.

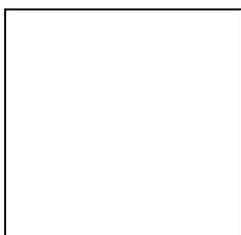
Sua participação contribuirá para o alcance dos objetivos deste trabalho. Contudo, não haverá qualquer tipo de pagamento ou indenização devido à sua participação.

Esclareço que possíveis desconfortos e/ou constrangimentos poderão ocorrer com a aplicação dos questionamentos contidos no formulário de entrevista, visto que, em determinados momentos serão explorados fatos da vida íntima. Entretanto, a qualquer tempo e em qualquer etapa da pesquisa, poderão desistir de participar, sem qualquer penalização ou prejuízo para sua pessoa.

Este documento será expedido em cópia dupla, ficando uma cópia com o sujeito da pesquisa e outra com o pesquisador e será guardado protocolo no Comitê de Ética em Pesquisa pelo prazo de 05 anos, sendo responsabilidade do pesquisador a guarda do material empírico produzido.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após tomar conhecimento dos objetivos e aplicação dos resultados da pesquisa intitulada Circunstâncias da ocorrência de gravidezes não planejadas, cuja autora é a enfermeira Jussilene Jesus Sousa, e ter a garantia da autora de manter segredo quanto a minha identificação pessoal aceito participar da pesquisa e consinto que a entrevista e as discussões em grupo sejam gravadas e a pesquisa possa ser publicada.



Impressão digital

ASSINATURA DA ENTREVISTADA

Pesquisadora: -----

Jussilene Jesus Sousa – Tel: (71) 9984-5835

E-mail: Jussi.souza@hotmail.com

Orientadora: _____

Edméia de Almeida Cardoso Coelho

E-mail:edmeiacolhoyahoo.com.br

Salvador, ____/____/____

		APÊNDICE C - Formulário de entrevista estruturada Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem	
Prevalência de gravidez não planejada em área de cobertura do Programa de Saúde da Família em Salvador- Ba			
1.Data da Entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3.No Questionário:	4. Hora Início:
5. Nome do Informante:		6.Localidade:	7.Hora Final:
A. Fatores sociodemográficos			
A1. Qual a sua idade? _____ A2. Em qual dessas classificações você define sua raça/cor ? 1() branca 2() preta 3() parda 4() amarela 5() indígena 6() NRA (nenhuma resposta acima)		A7. Qual a última série concluída? 1() Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 2() Até o 5º ano (antiga 4ª série) 3() Ensino fundamental incompleto 4() Ensino fundamental completo 5() Ensino médio incompleto 6() Ensino médio completo 7() Superior incompleto 8() Superior completo 9() Pós graduação 10() Não frequentou escola 11() Outros _____ A8. Você estuda atualmente? () Sim () Não	
A3. Qual a sua religião atual? 1() católica 2() protestante 3() espírita 4() candomblé 5() nenhuma 6() outros _____		A9. Com que idade você parou de estudar? _____ A10. Se deixou de estudar ou nunca estudou qual foi a principal razão? 1() ficou grávida / tinha de cuidar dos(as) filhos(as) 2() casou-se / uniu-se ao parceiro 3() patrão/ patroa não deixava 4() precisava trabalhar 5() concluiu ensino médio 6() não gostava de estudar 7() escola de difícil acesso / sem vagas 8() motivo de doença 9() marido não permite 00() outras _____ 99() não quis responder	
A4. Qual seu estado civil atual? 1() casada / união estável 2() solteira, com parceiro fixo 3() solteira, sem parceiro fixo 4() separada 5() divorciada 6() viúva		A11. Antes de engravidar você: 1() só estudava 2() só trabalhava fora 3() estudava e trabalhava fora 4() trabalhava em casa para fora 5() trabalhava em casa para fora e estudava 6() era só dona de casa	
A5. Qual seu estado civil quando engravidou? 1() casada / união estável 2() solteira, com parceiro fixo 3() solteira, sem parceiro fixo 4() separada 5() divorciada 6() viúva		A12. Qual a sua ocupação no momento? _____ A13. Em caso de não ter ocupação remunerada, por quê? 1() gravidez 2() estudos 3() marido/ companheiro não permite 4() tem que cuidar da casa/ do(a)s filho(a)s 5() tem que cuidar de familiares 6() condição de saúde desfavorável 7() outros _____	
A6. Tempo de união com o parceiro da gestação atual: 1() menor que 3 meses 2() 3 a 6 meses 3() entre 6 meses e 1 ano 4() entre 1ano e 3 anos 5() mais de 3 anos			

<p>A14. Quem é o(a) principal responsável pelo sustento da família?</p> <p>1() a própria mulher 2() o companheiro 3() o(a) filho(a) 4() o casal 5() outros _____</p> <hr/> <p>A15. Qual a renda familiar?</p> <p>1() menos que um salário mínimo 2() 1 salário mínimo 3() maior que 1 até 2 salários 4() maior que 2 até 3 salários 5() maior que 3 até 4 salários mínimos 6() cinco ou mais salários mínimos 7() não quis responder 8() não tem renda</p>	<p>A22. Quantos filhos sua mãe tem/teve? _____</p> <hr/> <p>A23. Qual a idade do seu parceiro? _____</p> <hr/> <p>A24. Qual a situação ocupacional do seu parceiro? _____</p> <p>A25. Qual a última série concluída do seu parceiro?</p> <p>1() Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 2() Até o 5ª ano (antiga 4ª série) 3() Ensino fundamental incompleto 4() Ensino fundamental completo 5() Ensino médio incompleto 6() Ensino médio completo 7() Superior incompleto 8() Superior completo 9() Pós graduação 10() Não frequentou escola 11() Outros _____</p>																																																																							
<p>A16. E a sua renda pessoal?</p> <p>1() menos que um salário 2() 1 salário mínimo 3() maior que 1 até 2 salários 4() maior que 2 até 3 salários 5() maior que 3 até 4 salários mínimos 6() cinco ou mais salários mínimos 7() não quis responder 8() não tem renda</p>	<p>A26. Qual o grau de instrução do chefe do domicílio?</p> <p>1() Analfabeto/ Primário incompleto (0) 2() Primário completo/ Ensino Fundamental incompleto (1) 3() E. Fundamental completo /Ensino Médio incompleto (2) 4() Ensino Médio completo / Superior incompleto (3) 5() Superior completo (5)</p>																																																																							
<p>A17. Quantas pessoas residem em seu domicílio? _____</p> <hr/> <p>A18. Sua residência é:</p> <p>1() própria 2() alugada 3() outros _____</p> <hr/> <p>A19. Qual a idade da sua mãe? _____</p> <hr/> <p>A20. Qual a última série concluída da sua mãe?</p> <p>1() Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 2() Até o 5ª ano (antiga 4ª série) 3() Ensino fundamental incompleto 4() Ensino fundamental completo 5() Ensino médio incompleto 6() Ensino médio completo 7() Superior incompleto 8() Superior completo 9() Pós graduação 10() Não frequentou escola 11() Outros _____</p> <hr/> <p>A21. Qual a situação ocupacional da sua mãe?</p> <p>_____</p> <hr/> <p>_____</p>	<p>A27. CLASSE ECONÔMICA (CCEB).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">Quantidade de Itens</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4 ou +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão em cores</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Empregada</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Aspirador de pó</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Videocassete e/ou</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Geladeira simples</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Quantidade de Itens					0	1	2	3	4 ou +	Televisão em cores	0	2	3	4	5	Rádio	0	1	2	3	4	Banheiro	0	2	3	4	4	Automóvel	0	2	4	5	5	Empregada	0	2	4	4	4	Aspirador de pó	0	1	1	1	1	Máquina de lavar	0	1	1	1	1	Videocassete e/ou	0	2	2	2	2	Geladeira simples	0	2	2	2	2	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
	Quantidade de Itens																																																																							
	0	1	2	3	4 ou +																																																																			
Televisão em cores	0	2	3	4	5																																																																			
Rádio	0	1	2	3	4																																																																			
Banheiro	0	2	3	4	4																																																																			
Automóvel	0	2	4	5	5																																																																			
Empregada	0	2	4	4	4																																																																			
Aspirador de pó	0	1	1	1	1																																																																			
Máquina de lavar	0	1	1	1	1																																																																			
Videocassete e/ou	0	2	2	2	2																																																																			
Geladeira simples	0	2	2	2	2																																																																			
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1																																																																			

B. Fatores relacionados aos eventos sexuais e reprodutivos

B1. Com que idade você teve a primeira menstruação? _____

B2. Com que idade você teve a 1ª relação sexual? _____

B3. Usou contraceptivo na 1ª relação sexual? 1() sim 2() não

Inclui o preservativo

B4. Se resposta positiva:

Qual? _____

B5. De qual desses métodos contraceptivos você já ouviu falar: (múltipla escolha)

- 1() pílula
- 2() injetável mensal
- 3() injetável trimestral
- 4() DIU
- 5() diafragma
- 6() camisinha masculina
- 7() camisinha feminina
- 8() tabela/outros métodos naturais
- 9() geléia

B6. Qual desses métodos você já usou? (múltipla escolha)

- 1() pílula
- 2() injetável mensal
- 3() injetável trimestral
- 4() DIU
- 5() diafragma
- 6() camisinha masculina
- 7() camisinha feminina
- 8() tabela/outros métodos naturais
- 9() geléia
- 00() nunca usou

B7. Quem escolheu o método?

- 1() a própria mulher
- 2() seu parceiro
- 3() profissional de saúde
- 4() outros _____

B8. Como teve esse conhecimento? (múltipla escolha)

- 1() por amigas
- 2() mãe
- 3() pai
- 4() profissionais de saúde
- 5() parceiro
- 6() escola
- 7() televisão
- 8() revistas/ livros
- 9() outros _____

B9. O que seu parceiro acha sobre contracepção / planejamento familiar?

- 1() é coisa de mulher
- 2() participa e se envolve na escolha
- 3() não participa e não se envolve na escolha
- 4() não se envolve e aceita as decisões da mulher
- 5() não aceita o uso de nenhum método
- 6() não sabe
- 7() é ele que escolhe o método

B10. Quem se preocupava mais em evitar a gravidez?

- 1() a própria mulher
- 2() seu parceiro
- 3() os dois
- 4() nenhum dos dois

B11. Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou?

- 1() sim 2() não

B12. Se a resposta for positiva. Qual? _____

B13. Se resposta negativa: Porque não usava contraceptivo? (múltipla escolha)

- 1() queria engravidar
- 2() não sabia usar os métodos contraceptivos
- 3() não tinha como comprar esses métodos
- 4() dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde
- 5() processo de mudança do método
- 6() não pensou em gravidez no momento da relação sexual
- 7() “pensei que a gravidez não aconteceria comigo”
- 8() tem dificuldade na compreensão do uso do método
- 9() não se dava bem com os métodos hormonais
- 10() o parceiro não permitia o uso.
- 11() o parceiro queria um(a) filho(a).
- 12() relações sexuais eventuais
- 13() estava em aleitamento materno
- 14() a religião não permite
- 15() outros _____

B14. Você considera que sua gravidez é:

- 1() Planejada
- 2() Não planejada, queria esperar mais
- 3() Não planejada, não queria ter mais filho(a)s
- 4() Indesejada, não queria ser mãe
- 5() Indesejada, não queria ter mais filho(a)s
- 6() Tem dúvida se planejou
- 7() Outros _____

B15. Se planejada, foi uma decisão sua ou você e seu parceiro decidiram?

- 1() decisão da mulher 2() decisão do casal

<p>Para as que referem gravidez não planejada:</p> <p>B16. O que contribuiu para você engravidar? (múltipla escolha)</p> <p>1() desejo do parceiro 2() não sabia usar os métodos contraceptivos 3() não tinha como comprar esses métodos 4() dificuldade de conseguir o método no serviço de saúde 5() usou incorretamente o método 6() não pensou em gravidez no momento da relação sexual 7() “ pensei que a gravidez não aconteceria comigo” 8() não compreende a orientação sobre o uso do método 9() não se dava bem com os métodos hormonais 10() não sabe/não quis responder 11() não se dava bem com os métodos hormonais nem com a camisinha 12() havia usado muitos anos e resolveu dar um descanso 13() processo de mudança do método 00() outros _____</p> <p>B17. O que você fez quando soube que estava grávida: (múltipla escolha)</p> <p>1() gostou, pois queria a gravidez 2() não gostou, mas aceitou a gravidez 3() não gostou, mas já que está grávida, vai continuar. 4() resolveu seguir com a gravidez, mas continua em dúvida se deseja ter esse(a) filho(a). 5() resolveu seguir com a gravidez, mas continua em dúvida se deseja ter esse(a) filho(a). 6() companheiro não deixou fazer o aborto 7() pensou no aborto mas não teve meios de fazê-lo 8() pensou no aborto mas não teve coragem para fazê-lo 9() tentou abortar mas não conseguiu 10() Pensou em doar a(o) filha(o) mas não tem coragem 11() Está pensando em colocar a(o) filha(o) para adoção 12() Outros _____</p>	<p>B21. Qual o mês de gestação? _____</p> <p>B22. Quantas vezes você já engravidou? _____</p> <p>B23. Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? _____</p> <p>Para as que já tem filho(a)s B24 e B25:</p> <p>B24. Quantas(os) filhas(os) você tem? _____</p> <p>B25. Qual a idade da(o) sua(seu) última(o) filha(o) hoje? _____</p> <p>B26. Quantas gestações foram planejadas? _____</p> <p>B27. Você tem filho(a)s de outros relacionamentos? 1() Sim 2() Não Quantas meninas? _____ Quantos meninos? _____</p> <p>B28. Seu parceiro tem filho(a)s de outros relacionamentos? 1() Sim 2() Não Quantas meninas? _____ Quantos meninos? _____</p> <p>B29. Você tem historia de abortamentos em gravidez anterior? Quantos? 1() Não 2() Sim, espontâneo _____ provocado _____ 3() Não quis responder</p> <p>B30. Você tentou abortar na gravidez atual? 1() Não 2() Sim 3() Não quis responder</p>
<p>B18. A atitude do seu parceiro com relação à gravidez foi:</p> <p>1() gostou, pois queria um(a) filho(a) 2() não se importou 3() queria que fizesse o aborto 4() não gostou, mas acabou aceitando 5() não ficou sabendo da gravidez 6() reagiu com violência 7() não procurou mais a mulher 8() outros _____</p>	<p>Se resposta negativa, passar para questão C1.</p> <p>B31. Onde fez ou tentou fazer o (os) aborto (s): (múltipla escolha)</p> <p>1() em casa 2() clinica / consultório particular 3() abortadeira / parteira 4() outros _____</p>
<p>B19. Quanto ao apoio de seus familiares:</p> <p>1() ficaram contente e deram apoio 2() mostraram insatisfação, mas deram apoio 3() não recebeu nenhum apoio familiar 4() não souberam 5() outros _____</p> <p>B20. Quanto ao apoio dos familiares do parceiro:</p> <p>1() ficaram contente e deram apoio 2() mostraram insatisfação, mas deram apoio 3() não recebeu nenhum apoio familiar 4() não souberam 5() outros _____</p>	<p>B32. Métodos que utilizou para o(s) aborto(s) ou tentativa: (múltipla escolha)</p> <p>1() cytotec 2() chá e infusões 3() aspiração/ cureta 4() uso de objetos domésticos, quais _____ 5() outros _____ 6() não se aplica</p>

C. Fatores relacionados à atenção à saúde

C1. Você tem buscado atendimento na USF para: (múltipla escolha)

- 1() atendimento no pré-natal
 2() atendimento no Planejamento Familiar
 3() realizar o preventivo
 4() apenas para recebimento de preservativos
 5() atendimento de outras necessidades de saúde
 6() prevenção de IST/HIV
 7() outros _____

C2. Participou de atividades educativas sobre o planejamento familiar?

- 1() sim, pelos profissionais do serviço
 2() sim, em outros serviços
 3() não, nunca participou

Se resposta afirmativa:

C3. Atendeu às suas necessidades e esclareceu suas dúvidas?

- 1() Sim 2() Não Por quê? _____

C4. Qual o tipo de atividade que participou?

- 1() palestras
 2() reuniões de grupo com conversa entre as mulheres e profissionais de saúde
 3() filmes sobre contracepção
 4() outra _____

C5. Com que frequência você participava das atividades educativas?

- 1() uma vez ao mês
 2() a cada três meses
 3() a cada seis meses
 4() a depender da necessidade

C6. Você realizava planejamento familiar no PSF?

- 1() Sim 2() Não

Caso resposta negativa:

C7. Qual o motivo?

- 1() tem plano de saúde e não usava o PSF.
 2() prefere o serviço particular
 3() no PSF faltava métodos com frequência
 4() não tinha o método da sua preferência
 5() não gostava do atendimento
 6() havia demora para marcar a consulta
 7() havia demora para atendimento no dia da consulta
 8() o PSF é distante da sua casa
 9() não sabia que a USF oferecia o planejamento familiar
 10() freqüentava outro serviço público
 11() preferia comprar na farmácia
 12() outros _____

C8. Com que frequência você ia ao serviço de planejamento familiar?

- 1() uma vez ao mês
 2() a cada três meses
 3() a cada seis meses
 4() a depender da necessidade

C9. Conseguia obter o contraceptivo que você usava?

- 1() sim, sempre tinha o método contraceptivo

- 2() sim, mas às vezes faltava
 3() sim, porém a falta era constante
 4() não, pois sempre faltava os métodos

C10. Quando o serviço não dispunha do contraceptivo que você usava o que você fazia?

- 1() comprava na farmácia
 2() usava um outro método disponível no posto
 3() interrompia o uso e aguardava chegar
 4() procurava outro posto de saúde
 5() utilizava camisinha
 6() outros _____

C11. Como você usava o contraceptivo antes desta gravidez?

Contraceptivo hormonal oral combinado

- () Sempre no mesmo horário
 () Em horários diversos
 () Sempre no mesmo horário, mas às vezes esquecia e tomava logo que lembrava no mesmo dia.
 () Às vezes esquecia e tomava 2 no dia seguinte
 () Esqueceu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas depois, mas engravidou
 ()
 Outro _____

–

Minipílula

- () Sempre no mesmo horário
 () Em horários diversos
 () Sempre no mesmo horário, mas às vezes esquecia e tomava logo que lembrava no mesmo dia
 () Às vezes esquecia e tomava 2 no dia seguinte
 () Esqueceu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas depois, mas engravidou
 ()
 Outro _____

Contraceptivo injetável mensal

- () Sempre na data marcada
 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada porque esquecia
 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada porque não tinha tempo de ir ao serviço de saúde.
 () Às vezes tomava a dose depois de passados 3 dias da data marcada porque faltava a injeção no serviço de saúde.
 () Outro _____

Contraceptivo injetável trimestral

- () Sempre na data marcada
 () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 porque esquecia

- () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 dias da data marcada porque não tinha tempo de ir ao serviço de saúde.
 () Às vezes tomava a dose depois de passados 15 dias da data marcada porque faltava a injeção no serviço de saúde.
 () Outro _____

Camisinha Feminina

- () Usava em todas as relações sexuais
 () Usava algumas vezes
 () Usava somente no período que considerava está fértil
 () Usava outro método associado com a camisinha
 () Usou camisinha, mas os cuidados no momento da penetração não foram adequados e engravidou
 () Experimentou a camisinha, mas achou desconfortável o uso e não continuou
 () Usou camisinha somente no momento em que o parceiro ia gozar, havendo penetração antes, sem proteção
 () Outro _____

Camisinha masculina

- () Usava somente algumas vezes
 () Usava camisinha, mas ela rompeu em uma relação sexual
 () Usava outro método com camisinha
 () Não usou a camisinha, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas, mas engravidou
 () Usou camisinha, ela rompeu, tomou a pílula do dia seguinte até 72 horas, mas engravidou
 () Outro _____

Coito Interrompido

- () Fazia uso do método em todas as relações sexuais
 () Fazia uso do método somente no período considerado fértil
 () Fazia uso do método associado a outro método, mas engravidou
 () Algumas vezes quando o parceiro interrompia o coito já estava ejaculando (gozando)
 () Fazia uso do método, mas parceiro manifestava insatisfação e nem sempre realizava interrupção no momento adequado
 () Outro _____

DIU

- () Usava DIU e engravidou
 () Usava DIU e já havia terminado o prazo de troca
 () Outro _____

Tabela

- () Fazia somente tabela
 () Fazia tabela e usava camisinha
 () Fazia tabela, mas teve relação em período fértil
 () Outro _____

Em caso de outros métodos contraceptivos:

C12. Qual era? Como utilizava? _____

C13. Em que mês da gestação você iniciou o pré-natal?

C14. Com que frequência você comparece as consultas do pré-natal?

- 1() uma vez ao mês
 2() mais de uma vez ao mês,
 3() a depender da necessidade

- 4() uma vez a cada três meses
 5() uma vez a cada seis meses
 6() outras _____
 () Usava em todas as relações sexuais

C15. Apresentou alguma complicação durante a gravidez?

- () 1. Sim () 2. Não

Qual? _____

APÊNDICE D – Entrevista semi-estruturada

Para dar início à entrevista foi feito, primeiramente, a apresentação pessoal da entrevistadora, seguido da aproximação temática através de apresentação do projeto à entrevistada, explicando sobre o interesse em realizar a pesquisa, objetivos, relevância da mesma, aspectos éticos. Buscando-se, assim, maior integração entre entrevistadora e entrevistada, além de proporcionar descontração e maior confiabilidade por parte dos sujeitos, a partir das informações obtidas, o que possibilitou maior participação e a coleta de dados fluiu com maior naturalidade.

A entrevista semi-estruturada buscou contemplar os temas nucleares da pesquisa e constou de questões abertas específicas. As questões foram aplicadas de modo a estimular, na medida do possível, a livre narrativa da entrevistada, havendo, conforme possibilitou o instrumento, intervenções por parte da entrevistadora com a função de organizar a conversa em torno de fluxo coerente, na tentativa de atingir os objetivos propostos.

Roteiro de questões para entrevista :

1. Qual o significado de “ser mãe” em sua vida ?
2. Antes desta gravidez, quais eram os seus desejos em relação à maternidade?
3. O que você considera que contribuiu para a ocorrência desta gravidez?
4. Como você descreve o período da sua vida que resultou nesta gravidez?
5. Como você descreve a participação do seu parceiro na ocorrência desta gravidez?
6. Você considera que na sua vida você tem liberdade de escolha para decidir se deseja ou não ter filho(a)s? Por quê?
7. Em relação ao serviço de saúde, como estava sua frequência para acompanhamento no planejamento familiar e quanto ao atendimento de suas necessidades para evitar uma gravidez, no período anterior a esta gravidez ?

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

COMUNICADO

Estamos comunicando que o seu projeto de Pesquisa abaixo especificado foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na Reunião Ordinária realizada em 9/09/2010, na sala do CEPEE. UFBA, situada no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A Plenária identificou o atendimento às pendências emitidas no Parecer anterior e considerou o **PROTOCOLO Nº 09/2010 APROVADO**.

Título do Projeto: "Circunstâncias da ocorrência de Gravidez não planejada em mulheres usuárias da rede pública de saúde".

Pesquisadoras Responsáveis: Jussilene Jesus Sousa e Profª Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Data da apreciação do CEPEE/UFBA EM 09/09/2010.

OBSERVAÇÃO: As (os) autoras (es) terão no prazo de seis meses para apresentarem o relatório parcial e o relatório final ao término da dissertação conforme atendimento à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996, 9.65).

Salvador, 09 de setembro de 2010.

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN BA 14444

EEUFBA
CONFERE COM ORIGINAL
Data: 10/05/2011
Ass.: *Patrícia S. V. T. de Souza*
Patrícia S. V. T. de Souza
Assistente Administrativo
Mat. 01049833-8

ANEXO B – Parecer de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para execução de pesquisa envolvendo seres humanos

Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

Protocolo 9/2010
Pendente em 22/04/2010

fl. 01

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 316254	
Projeto de Pesquisa Circunstâncias da ocorrência de Gravidez Não Planejada em Mulheres Usuárias da Rede Pública de Saúde					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preve.			Grupo Grupo III	Nível Prevenção	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Gravidez Não Planejada; Gravidez Desejada; Gravidez Indesejada; Direitos Reprodutivos; Planejamento Familiar					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV/AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Jussilene Jesus Sousa		CPF 637.193.205-53	Identidade 06593524		
Área de Especialização OBSTETRÍCIA		Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA MONSENHOR GASPAR SADOCK, 89, EDF. PIATÁ, APTD. 02		Bairro COSTA AZUL		Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 41760-200	Telefone (71) 9984-5835 / (71) 3011-6514	Fax		Email jussi.souza@hotmail.com	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <u>Jussilene Jesus Sousa</u> Data: <u>05/02/2010</u> Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria Municipal de Saúde Salvador		CNPJ -	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Prefeitura Municipal de Salvador		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av Sete de Setembro n. 2019		Bairro Vitória	Cidade Salvador - BA		
Código Postal 40080002	Telefone (71) 3611-1000	Fax (71) 3336-5303	Email saude@salvador.ba.gov.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>Daniela R. Fontes Almeida</u> Data: <u>24/10/10</u> Assinatura <u>Daniela R. Fontes Almeida</u> Coordenadora de Pesquisa					
Vinculada					
Nome Escola de enfermagem		CNPJ -	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Universidade Federal da Bahia		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Campus Universitário do Canela		Bairro Canela	Cidade salvador -		
Código Postal 40.110-160	Telefone 0xx7133324452	Fax 0xx7133324452	Email pgenf@ufba.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: <u>Prof. Dr. Simão de A. C. Costa</u> Data: <u>05/02/2010</u> Assinatura <u>Prof. Dr. Simão de A. C. Costa</u> Vice-coordenador do PGEF COREN - BA 2050					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 03/02/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⊙ Voltar

IMPRIMIR

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/folha_rosto.cfm?vcod=316254

3/2/2010

Recebido 8/3/10
Dani