

A CONTRACEPÇÃO DE URGÊNCIA E O CONTROLE DO COMPORTAMENTO DA MULHER: CONTROVÉRSIAS DISCURSIVAS SOBRE O USO DO ANTICONCEPCIONAL NA REALIDADE BRASILEIRA

**EMERGENCY CONTRACEPTION AND THE CONTROL OF WOMEN'S
BEHAVIOR: DISCURSIVE CONTROVERSIES SURROUNDING CONTRACEPTIVE
USE IN THE BRAZILIAN CONTEXT**

**LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y EL CONTROL DEL
COMPORTAMIENTO DE LA MUJER: CONTROVERSIAS DISCURSIVAS SOBRE
EL USO DEL ANTICONCEPTIVO EN LA REALIDAD BRASILEÑA**

Gabriel de Oliveira Cavalcanti Neto¹, André Lucas Fernandes²

DOI: 10.54899/dcs.v23i87.4339

Recibido: 23/01/2026 | Aceptado: 27/01/2026 | Publicación en línea: 05/02/2026.

RESUMO

O presente artigo reflete sobre como a sociedade brasileira encara a interrupção da gravidez e de que forma esse olhar é mediado por tecnologias de controle do corpo da mulher. Analisa as controvérsias levantadas pelo anticoncepcional de emergência no Brasil – país onde o aborto continua ilegal. Como objeto multidimensional e intrinsecamente conflitante, a contracepção de emergência – que se posiciona moralmente entre o aborto e a contracepção – é objeto, no Brasil, de controvérsias sociais e políticas em torno da questão da reprodução. Como resultado, seus significados são constantemente reelaborados de acordo com o contexto. O artigo visa observar, ponto de vista dos padrões de saúde, se há ou não um deslocamento entre a prevenção da gravidez e os riscos que o anticoncepcional hormonal pode acarretar para a saúde das usuárias. Em termos de gênero e sexualidade, busca constatar a relação entre a contracepção de emergência e a autodeterminação da mulher, partindo da hipótese que a (ir)responsabilidade e a (in)disciplina são frequentemente mobilizadas de forma acusatória. Ao final, o trabalho conclui que a contracepção de emergência é considerada um objeto multidimensional e intrinsecamente conflitante, cercado de controvérsias sociais e políticas devido ao seu status moral, relacionado ao fato de estar situada entre o aborto e a contracepção. Isso faz com que os significados que lhe são atribuídos se desloquem incessantemente, sendo reconstruídos socialmente, de acordo com a perspectiva utilizada para enquadrá-lo. Por meio das normas de saúde, surge o deslocamento entre a prevenção da gravidez e os riscos que o anticoncepcional hormonal pode representar para a saúde das usuárias. Em termos de gênero e sexualidade, é a capacidade de autocontrole e autocuidado das mulheres que se destaca, com atributos relacionados à (ir)responsabilidade e (in)disciplina muitas vezes levantados de forma acusadora.

¹ Mestre em Direito, Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: gabriel.cavalcanti.net@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-8268-9226>

² Mestre em Direito, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: andreucas.fernandes@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5315-9192>

Palavras-chave: Aborto. Contracepção de Emergência. Feminismo. Autonomia. Gravidez.

ABSTRACT

This article reflects on how Brazilian society views the interruption of pregnancy and how this perspective is mediated by technologies for controlling women's bodies. It analyzes the controversies raised by emergency contraception in Brazil—a country where abortion remains illegal. As a multidimensional and intrinsically conflicting object, emergency contraception—morally positioned between abortion and contraception—is, in Brazil, the subject of social and political controversies surrounding the issue of reproduction. As a result, its meanings are constantly re-elaborated according to context. From a public health perspective, the article aims to observe whether or not there is a shift between pregnancy prevention and the risks that hormonal emergency contraception may pose to users' health. In terms of gender and sexuality, it seeks to examine the relationship between emergency contraception and women's self-determination, based on the hypothesis that (ir)responsibility and (in)discipline are frequently mobilized in an accusatory manner. In conclusion, the study finds that emergency contraception is considered a multidimensional and intrinsically conflicting object, surrounded by social and political controversies due to its moral status, related to the fact that it is situated between abortion and contraception. This leads to constant shifts in the meanings attributed to it, which are socially reconstructed according to the perspective used to frame it. Through health regulations, a shift emerges between pregnancy prevention and the risks that hormonal contraception may represent to users' health. In terms of gender and sexuality, women's capacity for self-control and self-care stands out, with attributes related to (ir)responsibility and (in)discipline often raised in an accusatory way.

Keywords: Abortion. Emergency Contraception. Feminism. Autonomy. Pregnancy.

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre cómo la sociedad brasileña percibe la interrupción del embarazo y de qué manera esta mirada está mediada por tecnologías de control del cuerpo de la mujer. Analiza las controversias planteadas por la anticoncepción de emergencia en Brasil, un país donde el aborto sigue siendo ilegal. Como objeto multidimensional e intrínsecamente conflictivo, la anticoncepción de emergencia—situada moralmente entre el aborto y la anticoncepción—es, en Brasil, objeto de controversias sociales y políticas en torno a la cuestión de la reproducción. Como resultado, sus significados son constantemente reelaborados según el contexto. Desde la perspectiva de los estándares de salud, el artículo busca observar si existe o no un desplazamiento entre la prevención del embarazo y los riesgos que la anticoncepción hormonal de emergencia puede acarrear para la salud de las usuarias. En términos de género y sexualidad, se propone constatar la relación entre la anticoncepción de emergencia y la autodeterminación de la mujer, partiendo de la hipótesis de que la (ir)responsabilidad y la (in)disciplina son frecuentemente movilizadas de manera acusatoria. Finalmente, el trabajo concluye que la anticoncepción de emergencia es considerada un objeto multidimensional e intrínsecamente conflictivo, rodeado de controversias sociales y políticas debido a su estatus moral, relacionado con el hecho de situarse entre el aborto y la anticoncepción. Esto provoca que los significados que se le atribuyen se desplacen constantemente, siendo reconstruidos socialmente según la perspectiva utilizada para encuadrarla. A través de las normas de salud, surge el desplazamiento entre la prevención del embarazo y los riesgos que la anticoncepción hormonal puede representar para la salud de las

usuarias. En términos de género y sexualidad, se destaca la capacidad de autocontrol y autocuidado de las mujeres, con atributos vinculados a la (ir)responsabilidad y la (in)disciplina frecuentemente planteados de forma acusatoria.

Palabras clave: Aborto. Anticoncepción de Emergencia. Feminismo. Autonomía. Embarazo.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) estima que aproximadamente 210 milhões de mulheres engravidam a cada ano no mundo. Quase 80 milhões de gestações não são planejadas. 130 milhões darão à luz um filho vivo, enquanto 46 milhões interromperão voluntariamente a gravidez. Deste número, 27 milhões o farão legalmente e 19 milhões fora do sistema legal. A OMS afirma que o aborto inseguro é um dos mais graves problemas de saúde pública e é o que menos atenção é dada nos países do Sul, ameaçando a vida das mulheres (OMS, 2004).

Segundo o IPAS Brasil e o Instituto de Medicina, quase um milhão de mulheres abortam a cada ano. Observa-se uma grande variação regional em relação aos abortos inseguros entre as mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos). No Centro-Oeste, a taxa é de 2,81 abortos/100 mulheres, enquanto no Nordeste, a taxa de aborto inseguro é superior a 21,1% (Diniz, 2016).

No nordeste de Pernambuco, entre 2003 e 2007, 9,7% de todas as internações obstétricas foram por aborto e 21% das mulheres internadas em unidades médicas foram por complicações pós-aborto. Ao mesmo tempo, as regiões Centro-Oeste e Nordeste são as que apresentam as maiores desigualdades sociais do (Diniz, 2016).

Outra pesquisa revelou o perfil das mulheres que abortaram, em sua maioria jovens (entre 20 e 29 anos), trabalhadoras, escolarizadas, católicas, em união estável e que já possuem pelo menos um filho. Segundo o Ministério da Saúde, as internações pós-aborto no sistema público de saúde (SUS) chegam a quase 250 mil por ano. Além disso, o aborto é a quarta causa de morte materna no país. Na região Nordeste, é a segunda causa de mortes maternas evitáveis. Dados fornecidos por pesquisas nacionais e internacionais confirmam que o aborto é um fenômeno inseguro e cotidiano na vida das mulheres brasileiras. No entanto, muito poucos abortos são realizados como resultado de razões legalmente permitidas. A grande maioria das mulheres

interrompe a gravidez porque não quer ter filhos neste momento específico de suas vidas, mas não tem escolha a não ser fazê-lo ilegalmente. Com base no exposto, o aborto é um grave problema de saúde pública (Domingos, Mirian, 2010).

Embora o aborto (ou interrupção voluntária da gravidez) ainda seja proibido no Brasil, o último estudo nacional sobre o assunto (Diniz et al., 2016), realizado em 2016 entre mulheres de 18 a 39 anos, escolarizadas e residentes em área urbana, revela que 15% delas recorreram a pelo menos um aborto durante a vida, metade por meio do misoprostol, também proibido. Metade das mulheres que usaram a substância ilegalmente foram hospitalizadas para completar o aborto ou por doenças e infecções causadas pelo medicamento.

Embora a prática do aborto seja difundida em todas as classes sociais e em todas as regiões, independentemente do nível de escolaridade, "raça" e crenças religiosas, a maioria dessas mulheres é jovem, com baixa escolaridade, negra, mestiça ou indígena, possui baixa renda e vivem nas regiões mais pobres do Brasil (norte, nordeste e centro-oeste).

Esse estudo também indica que, aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez pelo menos um aborto. Embora a morbidade resultante dessas interrupções voluntárias da gravidez esteja diminuindo devido à segurança da droga utilizada (de 55% para 48% entre 2010 e 2016), a prática ilegal permanece estável e recorrente. No entanto, a ilegalidade do aborto só aumenta o sofrimento e a morbidade social, assim como penaliza as mulheres pobres, que não dispõem dos recursos econômicos e sociais necessários para recorrer melhor ao aborto.

A alta taxa de abortos no Brasil é, sobretudo, relacionada às gestações não planejadas e ao status da anticoncepção de emergência – método contraceptivo hormonal a ser usado até cinco dias após o coito desprotegido – autorizado no Brasil desde 1996.

Pelo exposto, a análise do problema neste artigo é baseada em uma perspectiva teórica que entende a gravidez não planejada como um evento que ocorre no contexto das relações sociais e sexuais (Bajos; Ferrand, 2002), moldado por classe, “raça” e gênero. O estudo aponta que a interrupção da gravidez está sujeita a uma demonização amplamente baseada nas desigualdades socioeconômicas e nas desigualdades de gênero.

A interrupção da gravidez, portanto, será vista como um objeto social “bom para pensar” sobre questões de gênero, moralidade e práticas de saúde. A partir dessa perspectiva, o artigo aborda brevemente as barreiras, principalmente sociais, que limitam o acesso à saúde reprodutiva no Brasil. Em seguida, apresenta alguns dados sobre o aborto no Brasil e as ligações entre as

reservas expressas contra ele e questões de classe e gênero. Por fim, analisa o desconforto gerado pela interrupção da gravidez.

Do ponto de vista metodológico, o trabalho segue o método dedutivo, tratando-se de uma pesquisa bibliográfica com recurso a fontes documentais, como textos legais do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina e da Organização Mundial da Saúde, bem como materiais de formação para profissionais de saúde e organizações dedicadas à sexualidade e direitos reprodutivos, ou ordens de regulação sanitária (Souza; Brandão, 2009) e documentos produzidos por consórcios internacionais que promovem o uso de anticoncepcionais de emergência nos países em desenvolvimento (Bastos et al., 2018).

SEXUALIDADE, CONTRACEPÇÃO E SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

Inicialmente, cumpre destacar as grandes desigualdades sociais da sociedade brasileira, que fazem das diferenças étnico-raciais e de classe uma “grade de leitura” obrigatória e privilegiada para abordar e pensar as questões culturais. Isso vale para as desigualdades de gênero – essenciais no espectro analítico – que se manifestam de diferentes formas, das mais sutis às mais violentas. Por exemplo, a aceitação do não uso do preservativo pelo parceiro masculino como “prova de amor”, ou a “cultura do estupro” praticada nos últimos anos, com episódios de estupro coletivo (vários homens estuprando uma mulher) veiculados nas redes sociais.

Como se observa em “Quarto de despejo” de Maria Carolina de Jesus (1963), a parentalidade é costumeiramente um fardo quando exercida unicamente pela mulher, caso de grande número de lares brasileiros. Isso se torna ainda mais crítico quando analisado em conjunto com critérios de raça e classe.

Historicamente, os úteros negros passam de meros incubadores da mão-de-obra escravizada para reprodutores de supostos criminosos natos, destinados a morrer na guerra contra a juventude no Brasil. Desde há muito tempo, o controle dos úteros negros está no centro da engenharia genocida no Brasil, projeto que produz mortes de mulheres desassistidas na prática do aborto e naturaliza das mortes dos que deles provêm. Para as mulheres negras, o ventre livre não é só a capacidade de exercitar direitos reprodutivos de forma autônoma, como também de reclamar o direito à vida e à liberdade para os que foram nele nutridos.

Ademais, a violência sexual faz parte do cotidiano das brasileiras, principalmente vitimizando mulheres que vivem nas áreas geográficas mais pobres, como as periferias dos centros urbanos (Instituto Patrícia Galvão, 2022).

Além disso, a moral sexual valoriza a inocência e a modéstia para as mulheres; favorece uma certa espontaneidade no ato sexual (Parker, 1991), como evidenciado, por exemplo, por certas expressões frequentemente utilizadas pelas jovens entrevistadas na pesquisa sobre o comportamento sexual dos jovens realizada por Maria Luiza Heilborn et. al. (2006): " quando eu vi, já estava feito ", " aconteceu assim ", " não esperava", " não tinha programado ". Os currículos escolares brasileiros não contemplam a educação em sexualidade, o que pode refletir um desengajamento do Estado em relação a essa questão.

A redução acentuada da fecundidade no Brasil durante a segunda metade do século XX não é, portanto, resultado de políticas públicas de saúde; foi imposta de forma autoritária, com apoio de organismos internacionais, durante a ditadura militar de 1964 a 1985 (Fonseca Sobrinho, 1993).

Sob pressão de movimentos feministas e profissionais de saúde engajados no processo de redemocratização do país, que reivindicavam a reforma sanitária e o acesso universal à saúde, o Estado acabou por adotar, em 1983, o Programa de Assistência integral à saúde da mulher, sob a égide do Ministério da Saúde.

Ao considerar as diferentes fases da vida da mulher, este programa rompeu com a abordagem reducionista da saúde materno-infantil centrada essencialmente na gravidez. Assim, em 2018, a taxa de fecundidade foi estimada em 1,77 filhos por mulher (IBGE, 2018). Embora a taxa de laqueadura tenha diminuído entre 1996 (40,1%) e 2006 (25,9%) entre as mulheres de 15 a 44 anos, continua sendo o método contraceptivo predominante junto com a pílula anticoncepcional (27,4%) (Brasil, 2008).

De acordo com a Pesquisa Demográfica de Saúde realizada em 2006, a contracepção de emergência aparece em quinto lugar entre as mulheres de 15 a 49 anos que vivem com companheiro e usam método contraceptivo, e em terceiro lugar entre as mulheres sexualmente ativas sem parceiro fixo. 18,4% das mulheres de 15 a 44 anos que vivem em casal afirmam não fazer uso de nenhum método contraceptivo (Brasil, 2008), o que torna o recurso à contracepção de emergência uma opção possível também para elas.

Destaca-se que no Brasil há uma alta taxa de gravidez não planejada, como é o caso de outros países onde a taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos é alta (Singh et al.,

2018). O relatório “Nascido no Brasil” – de um inquérito nacional realizado entre 2011 e 2012 – mostra, entre as mulheres questionadas, a alta prevalência de gravidez não planejada, que atinge 55,4% das mulheres em idade reprodutiva (Theme - Filha et al., 2016).

Os dados também mostram que 25,5% dessas mulheres teriam preferido esperar mais tempo antes de ter um filho, enquanto 29,9% simplesmente não queriam ter um (Brandão et. al., 2017).

Quanto a contracepção através do aborto, no Brasil, esse método é legal em três casos: risco de morte da mãe, gravidez resultante de estupro ou feto acéfalo³.

A INEFICÁCIA DA CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

O Código Penal Brasileiro, datado de 1940, autoriza o aborto apenas em dois casos: quando a concepção é fruto de estupro ou para salvar a vida da mulher durante a gestação. Como mostram os dados apontados na introdução, a resposta criminal não impediu a interrupção da gravidez, mas criou uma barreira para que as mulheres usufríssem de sua saúde.

Altas taxas de internação pós-aborto indicam que as mulheres procuram os serviços de saúde apenas quando ocorrem complicações decorrentes de um aborto inseguro. Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica para A Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Apesar da existência desse padrão, muito poucos hospitais oferecem serviços de aborto legal. Atualmente, existem apenas 53 serviços de aborto legal em hospitais de todo o país, insuficientes para atender às necessidades do Brasil, onde a grande maioria dos serviços é ofertada nas capitais.

A quase total ausência de serviços de aborto legal dificulta o exercício desse direito e o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres, constituindo uma violação do seu direito à saúde e autonomia. Por outro lado, a clandestinidade atinge principalmente mulheres pobres, afrodescendentes e de baixa escolaridade, que não têm acesso aos serviços de saúde ou têm dificuldade de acessá-los e estão em situação de vulnerabilidade social.

A ilegalidade do aborto gera comportamentos de risco para as mulheres, uma vez que o aborto é realizado em condições precárias e por pessoas sem qualificação adequada. A criminalização do aborto é um entrave ao acesso à saúde, pois diante de uma gravidez indesejada,

³ Art. 128 do Código Penal. Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54) Aborto necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal

as mulheres são obrigadas a recorrer a serviços clandestinos e de risco, ou a levar a gravidez a termo.

Ambas as opções violam direitos fundamentais garantidos pela constituição brasileira. Impedir o acesso aos meios de aborto seguro viola o direito constitucional à vida, segurança e saúde, expõe as mulheres desnecessariamente ao risco de morte, violação de sua integridade física e mental e nega-lhes o acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde. A utilidade da punição em caso de aborto é absurda, pois a ameaça de punição não impede que a prática ocorra.

Por outro lado, a baixa criminalização do aborto observada ao longo dos anos revela certa aceitação da prática, tanto pelo sistema de justiça criminal quanto pela própria sociedade. Em estudo realizado sobre os procedimentos legais em caso de aborto, Danielle Ardaillon (1997) observou que em um período de quase vinte anos, entre 1970 e 1989, de um total de 765 decisões submetidas à investigação, 503 casos foram arquivados por falta de provas para a investigação, que é 53% do total. O número de condenações em primeira instância foi de apenas 32 (equivalente a 4%). No total, apenas 13% dos casos chegaram a julgamento, o que significa que em 87% dos casos não foi possível a constatação do delito.

Com base no exposto é possível argumentar que, embora o aborto seja considerado um ato criminoso, na prática sua repressão não é considerada social e criminalmente relevante. Assim, supondo que tomemos o número de procedimentos pós-aborto realizados pelo sistema de saúde em 2006 – 220.000 – e o comparemos com os processos levados à justiça, dados os números revelados por Ardaillon (1997) e supondo que estes não sofreram nenhuma mudança significativa, se nota uma grande diferença entre os objetivos do direito penal em abstrato e a realização do aborto na realidade.

Se, além disso, considerarmos o número estimado de abortos realizados no subsolo, a disparidade assume proporções ainda mais assustadoras. Esses dados por si só devem ser suficientes para mudar as políticas criminais em relação ao aborto, concluindo que a descriminalização é a única solução racional e aceitável. O tratamento do aborto pelo sistema de justiça criminal é desproporcional, inadequado, irracional e oneroso, não cumprindo a intenção da lei. Ressalte-se ainda que a futilidade da pena, seja por sua incapacidade de impedir a prática do aborto, seja por sua fraca aplicabilidade, deslegitima o uso do direito penal, ao contrariar as hipóteses teóricas sobre as quais a função da pena adquire legitimidade.

Assim, a criminalização do aborto tem efeito contrário ao objetivo geral de dissuasão da pena e não é realizada para fins de redistribuição. A criminalização do aborto se mantém no país

por pressão dos movimentos fundamentalistas, e principalmente hoje, pela ação de deputados ligados à Igreja Católica. As igrejas protestantes se uniram em um bloco parlamentar no Congresso para impedir a descriminalização do aborto.

Mesmo nesses casos, a obtenção de autorização legal é lenta e os serviços para realizar um aborto legal são raros. Como resultado, o aborto é muitas vezes realizado de forma ilegal, a alto custo, tanto em clínicas clandestinas quanto em casa com misoprostol comprado ilegalmente. De acordo com (Heilborn et al., 2012a, 2012b), as mulheres vendem geladeira, bicicleta ou tomavam emprestado de terceiros, muitas vezes traficantes, para poder comprar a droga.

Trabalho etnográfico realizado sobre a prática do aborto entre adolescentes de uma favela do Rio de Janeiro, revela que o misoprostol é controlado por homens jovens traficantes de drogas, que vendem apenas para homens, pois assim podem controlar a sexualidade feminina (Ferrari; Peres, 2018). De fato, ao vendê-lo diretamente às mulheres, eles não teriam como saber se a gravidez se devia à infidelidade. Então, antes de vender misoprostol, eles perguntam aos compradores se eles assumem a responsabilidade pela gravidez.

Da mesma forma, o acesso das mulheres ao Sistema Único de Saúde (SUS) – o equivalente brasileiro da Previdência Social – para consultas de planejamento familiar e obtenção de informações sobre métodos contraceptivos é precário e irregular. Os métodos contraceptivos gratuitos geralmente estão esgotados. Como a oferta não atende à demanda, muitas mulheres vão diretamente à farmácia.

Ainda segundo a Pesquisa Demográfica de Saúde (Brasil, 2008), para 42,5% das usuárias de 15 a 49 anos, as farmácias aparecem como os pontos preferenciais de acesso à contracepção moderna, que inclui métodos hormonais (pílula e injeção) e o preservativo masculino. Nas farmácias, os utentes não são aconselhados, o vendedor contenta-se em vender-lhes o medicamento solicitado. Lembre-se que no Brasil as farmácias são muito mais estabelecimentos comerciais do que postos de saúde. Assim, a obrigatoriedade da presença de farmacêutico no estabelecimento é recente (Brasil, 2014), ainda que exista legislação específica nesse sentido desde 1973 (Brasil, 1973).

Finalmente, como vários estudos têm demonstrado (Cabral, 2017), o acesso à informação sobre métodos contraceptivos não é suficiente para provocar uma mudança de comportamento. Assim, nota-se na experiência das mulheres, independentemente da idade ou classe social, descontinuidades, ou seja, frequentes pausas ou interrupções no uso de anticoncepcionais, e isso por diferentes motivos (Ali et al., 2012): problemas no casal (interrupção ou término do

relacionamento, relações sexuais inesperadas, violência do parceiro), problemas de saúde (desconforto, efeitos colaterais, ganho de peso), falta de recursos para comprar o anticoncepcional ou dificuldades de adaptação ao método utilizado. Vários estudos também apontam as dificuldades inerentes ao planejamento familiar (Heilborn et al., 2006; Brandão, 2009).

Os depoimentos de mulheres que tiveram uma gravidez não planejada expressam dúvidas, sofrimento, discriminação e muitas vezes solidão. De fato, o ônus da contracepção e de uma possível gravidez nem sempre é compartilhado com os parceiros (Bajos; Ferrand, 2004). Portanto, para conhecer e compreender suas escolhas, decisões e práticas nessa área, é necessário situá-los em suas trajetórias biográficas e no contexto das relações sexuais e afetivas, privilegiando a perspectiva histórica e antropológica, em detrimento da demográfica ou epidemiológica.

Dentre os métodos contraceptivos se destaca a “pílula do dia seguinte”, chamada na comunidade científica como “contracepção de emergência”. A noção de “emergência” é frequentemente associada, no imaginário da saúde pública, às noções de risco, perigo, epidemia e acidente, referindo-se a uma preocupação por algo iminente que deve ser evitado ou combatido o mais rápido possível.

Nesse caso, o risco é o de engravidar, ou seja, um risco muitas vezes associado - no senso comum, mas também dentro da profissão médica, tal como o "sexo desprotegido" que acompanha este risco - para a (ir)responsabilidade ou (ir)racionalidade da mulher, contrariando assim as normas que postulam a necessidade de planejar a gravidez e se proteger das doenças sexualmente transmissíveis (Hawkes, 1995).

Ao contrário da pílula anticoncepcional de uso diário, que goza de ampla aceitação social e pode ser considerada uma "droga do estilo de vida" (Watkins, 2012) nas sociedades ocidentais marcadas pela intensa medicalização da vida (Conrad, 2007), a contracepção de emergência ainda suscita muita controvérsia (Foster; Wynn, 2012).

Nesse contexto, sua utilização deve, portanto, ser esporádica, em caso de falha no método em uso, ou de esquecimento ou não utilização de qualquer outra forma de proteção. De fato, geralmente é recomendado não usar este medicamento como método contraceptivo regular ou diário, mas usá-lo exclusivamente em situações de emergência que supostamente são ocasionais.

No entanto, a “urgência” que motiva seu uso é subjetiva. Para as usuárias, o medo de uma possível gravidez após o sexo desprotegido é motivo suficiente para recorrer a esse método.

Para os farmacêuticos e funcionários de farmácias, as jovens e as mulheres que compram

o medicamento fazem-no de forma regular e não apenas em caso de urgência, daí as críticas e restrições ao uso frequente deste método hormonal. De fato, 65,6% dos farmacêuticos pesquisados concordam em falar do uso regular, e não ocasional, da contracepção de emergência, que 87,7% deles considera perigoso para a saúde da mulher. Embora 89,9% não a classifiquem como droga abortiva, ainda assim qualificam essa contracepção como uma “bomba hormonal” (Brandão et al., 2016a; 2016b; 2017).

Essa expressão é comumente usada no Brasil por leigos, profissionais de saúde, mídia, sites etc. Reforça os termos “excesso” de hormônios e potencial explosivo “perigo”, comumente associados à contracepção de emergência.

Assim, pode-se afirmar que há dois tipos de interpretação do mal-estar em torno da interrupção legal da gravidez a no Brasil. A primeira são os perigos e potenciais riscos que acarretaria para a saúde, com o objetivo de regular o corpo das mulheres, em particular das jovens pobres. No entanto, o fato de destacar a posição social dos usuários não é acidental,

A segunda interpretação, mais surpreendente, vê o uso da interrupção da gravidez como um exercício de autonomia feminina, por mais relativa que seja, considerando o contexto profundamente estruturado pelas desigualdades sociais e de gênero.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, pode-se argumentar pela prática da interrupção da gravidez pelo alto custo do preservativo feminino, as restrições de acesso aos serviços públicos de saúde (falta de pessoal qualificado, atividades educativas em grupo, consultas e exames médicos antes da prescrição do anticoncepcional, indisponibilidade de métodos contraceptivos).

Quando não o fazem para não serem criminalizadas, a busca por soluções “sozinhas” é uma estratégia permite que as mulheres escapem do poder da biomedicina que, por meio da consulta (médico, enfermeiro, assistente social, agente comunitário de saúde), analisa e questiona a vida sexual, afetiva e moral das usuárias com o objetivo de “aconselhar” e “orientar” suas práticas de saúde, mas também sua vida sexual e social. Mesmo nos países em que o aborto é legalizado, há o “*talk control*”, objeto de estudo clássico na área da saúde (Berlivet, 2004).

Esse argumento permite considerar as lógicas sociais e simbólicas que presidem ao uso da interrupção da gravidez pelas mulheres, especialmente as mais jovens, como “estratégias paradoxais” (Fainzang, 2003, p. 33). Para este autor, trata-se de estratégias adotadas,

explicitamente, para resolver um problema de saúde e, implicitamente, para atender outras necessidades, enquadradas em outra lógica.

Na perspectiva foucaultiana, o controle pela medicina dos métodos de contracepção pode ser entendido como um "dispositivo da sexualidade" (Foucault, 1988) que se refere a estratégias de autocontrole, controle social e disciplina do corpo. Eles são controlados por meio de prescrição (somente especialistas), regulamentação por órgãos de saúde, comercialização controlada. No entanto, o uso desse dispositivo de controle do potencial reprodutivo também remete a uma certa capacidade de ação (agenciamento), na medida em que incorpora a possibilidade de as mulheres fugirem ao máximo das negociações e/ou da vigilância de seus parceiros sexuais e da saúde instituições.

Em um momento em que os medos relacionados às questões de gênero e sexualidade estão sendo reativados (Carrara, 2015), a gramática do risco que envolve a interrupção da gravidez remete ao que Sergio Carrara (2015), evocando políticas de regulação moral da sexualidade, nomeia uma "nova geografia do mal e do perigo sexual".

Inspirando-se na obra de Michel Foucault para analisar as transformações que passam pelo “dispositivo da sexualidade” (Foucault, 1988) – constituído por uma anatomopolítica dos corpos e uma biopolítica das populações – as quais criam uma contradição entre a sexualidade à reprodução e a sexualidade do prazer consolidada pela noção de “direitos sexuais”. Essas noções que estão em jogo na interrupção da gravidez, desqualificando as mulheres que a praticam e sua (in)disciplina em matéria de sexualidade e reprodução.

REFERÊNCIAS

ALI M.; CLELAND J.; SHAH H. **Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys**. Genève, World Health Organization. 2012.

ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 376-388, jun./dez. 1997.

BAJOS N.; FERRAND M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. **L'ÉQUIPE GINÉ**, Paris, Inserm. 2002.

BAJOS N.; FERRAND M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine?, **Sciences sociales et santé**, n. 22, p. 117-140. 2004.

BASTOS L. L.; VENTURA M.; BRANDÃO E. R. Entre a biomedicina, a saúde pública e os direitos: um estudo sobre os argumentos do Consórcio Internacional sobre contracepção de

Emergência para promover o acesso aos contraceptivos de emergência em “países em desenvolvimento”, **Cadernos Pagu**, n. 53. 2018.

BERLIVET L. Une biopolitique de l'éducation pour la santé: la fabrique des campagnes de prévention, In FASSIN D.; MEMMI D. (dir.), **Le Gouvernement des corps**. Paris: EHESS. 2004, p. 37-75.

BRANDÃO E. R. *et al.* O olhar do farmacêutico sobre a contracepção de emergência, In: FIGUEIREDO R.; BORGES A. L. V.; BASTOS S. (dir.) **Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil**. São Paulo: Instituto de Saúde/Escola de Enfermagem/USP/ RedeCe. 2016a, p. 167-192.

BRANDÃO E. R. *et al.* Bomba hormonal: os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil, **Caderno Saúde Pública**, n. 32, v. 9, 2016b, p. 2-11.

BRANDÃO E.R. Desafios da contracepção juvenil interseções entre gênero, sexualidade e saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, v. 4. 2009, p. 1063-1071.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo, **Horizontes Antropológicos**, n. 23, v. 47, 2017, p. 131-161.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. **Horizontes Antropológicos**. 2017, v. 23, n. 47 pp. 131-161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832017000100005>. ISSN 1806-9983. Acesso em 23 Jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1973.

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

CABRAL C. S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, n. 26, v. 4, 2017. p.1113-1124.

CARRARA S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo, **Mana**, n. 21, v. 2, 2015, p. 323-345.

CONRAD P. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: JHU Press. 2007.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, 2017, p. 653-660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. ISSN 1678-4561. Acesso em 23 Jun. 2022.

DOMINGOS, S. R. da F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**. 2010, v. 14, n. 1, p. 177-181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>>. Acesso em 27 Jun. 2022.

FAINZANG, S. Entre práticas simbólicas e recursos terapêuticos: as problemáticas de um itinerário de pesquisa, **Antropolítica**, n.15, p. 39-59. 2003

FERRARI, W.; PERES, S. O. Experiências de aborto induzido: um estudo com adolescentes de uma favela da zona sul do Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.

FONSECA SOBRINHO, D. **Estado e população**: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1993.

FOSTER, A. M.; WYNN, L. L. (dir.), **Emergency Contraception: The Story of a Global Reproductive Health Technology**. New York: Palgrave Macmillan. 2012.

HAWKES G. Responsibility and irresponsibility: young women and family planning, **SociNology**, n. 29, v. 2. 1995, p. 257-273.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. (dir.). **O aprendizado da sexualidade, reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond. 2006.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. (dir.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond. 2006.

HEILBORN, M. L. *et al* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios, **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 12, p. 224-257. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População (revisão 2018)**: Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em 27 Jun. 2022.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Dossiê Violências contra as mulheres. Violência Sexual**. 2018. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-sexual/>. Acesso em 26 jun. 2022.

JESUS, C. M. de. **Quarto de despejo**: diário de uma favelada. 9. ed. São Paulo: Livraria Francisco Alves, 1963.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra, 2004.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller. 1991

SINGH, S. *et al* **Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access**. New York: Guttmacher Institute. 2018.

SOUZA, R. A.; BRANDÃO, E. R. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009), **Interface**, n. 16, v. 40, 2012, p. 161-176.

THEME-FILHA, M. T *et al*. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey 2011/2012, **Reproductive Health**, n.13, v. 1, p. 118. 2016.

WATKINS, E. S. How the pill became a lifestyle drug. The pharmaceutical industry and birth control in the United States since 1960, **American Journal of Public Health**, n. 102, v. 8, 2012, p. 1462-1472.