



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Luciana Cristina dos Santos Maus

**Mapas Corporais Narrados sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas  
contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir*  
*humano***

Florianópolis  
2023

Luciana Cristina dos Santos Maus

**Mapas Corporais Narrados sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir humano***

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.(a) Marli Terezinha Stein Backes, Dr.(a)

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maus, Luciana Cristina dos Santos

Mapas Corporais Narrados sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva : uma construção para o devir humano / Luciana Cristina dos Santos Maus ; orientadora, Marli Terezinha Stein Backes, 2023.

322 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Contracepção. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Planejamento reprodutivo. 5. Teoria de enfermagem. I. Backes, Marli Terezinha Stein . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Luciana Cristina dos Santos Maus

**Mapas Corporais Narrados sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir humano***

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 13 de julho de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Silvana Maria Pereira, Dr.(a)  
Laboratório de Estudos de Gênero e História da UFSC

Prof.(a) Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Marli Terezinha Stein Backes, Dr.(a)  
Orientadora

Florianópolis, 2023.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por oportunizar a minha formação profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) por oportunizar o meu aperfeiçoamento acadêmico.

Aos(Às) colegas do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) pelos momentos de troca e aprendizado.

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marli Terezinha Stein Backes pela liberdade oportunizada para que eu pudesse seguir com as minhas escolhas durante todo o percurso investigativo, por todo apoio e pela paciência.

À bibliotecária Crislaine Zurilda Silveira pelas relevantes contribuições na realização da revisão integrativa de literatura deste estudo.

Aos membros da Banca de Qualificação: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann; e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laís Antunes Wilhelm por contribuírem para o aperfeiçoamento do projeto de pesquisa.

Aos membros da Banca de Defesa: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Evangelia Kotzias Atherino dos Santos; Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvana Maria Pereira; Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann; Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laís Antunes Wilhelm; e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Aparecida Baggio por contribuírem e por compartilharem seus saberes, de modo a tornar esta tese mais completa.

Aos(Às) participantes deste estudo que se dispuseram genuinamente a compartilhar suas histórias (tão profundas e íntimas) para que esta pesquisa pudesse ser concretizada.

À psicóloga Mayara Floriani que apoiou este estudo, fornecendo diretrizes para o cuidado emocional aos(às) participantes durante a fase de coleta de dados.

A quem, direta ou indiretamente, me apoiou e contribuiu com o meu processo de doutoramento.

E, àqueles(àquelas) (pessoas e/ou instituições) que, de alguma forma, não acreditaram e/ou impuseram obstáculos durante este percurso investigativo, pois isso motivou (ainda mais) a escolha por sempre fazer o que é certo, justo e verdadeiro.

**Muito obrigada!**

“Contamos histórias sobre escolhas por muitas razões. Queremos aprender ou ensinar; conhecer outras pessoas ou que nos conheçam; entender como viemos de lá para cá. Pegamos as escolhas que, por um motivo ou outro se acenderam como estrelas em nossa memória, e traçamos nosso caminho por elas. É por isso que ganhei a corrida. Foi assim que sobrevivi. Foi então que tudo mudou. Através dessas histórias afirmamos que o que fazemos importa. Ao falar de escolhas, encontramos uma maneira de navegar nas águas estranhas da vida, talvez até apreciando seu movimento imprevisível.”

(IYENGAR, 2013, p.439-440)

## RESUMO

**Introdução:** Estima-se que metade das gravidezes que ocorrem no mundo são gravidezes não intencionais. A contracepção é o recurso mais elementar para enfrentar essa questão, mas sozinha não se basta, porque inúmeras são as circunstâncias que afetam a experiência da escolha de práticas contraceptivas.

**Objetivo:** Compreender à luz da teoria do *Devir Humano* a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

**Método:** Mapa Corporal Narrado como Pesquisa foi o método escolhido para guiar esse percurso investigativo. Participaram do estudo 20 pessoas, de diversas identidades de gênero e com diferentes opções sexuais, na faixa etária adulto jovem, usuários(as) dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, que se disponibilizaram em contar, de forma mapeada, a história sobre suas trajetórias sexuais e reprodutivas, com ênfase na escolha (ou não) de práticas contraceptivas. A coleta de dados aconteceu entre abril e agosto de 2021. A análise de dados ocorreu em duas etapas, uma mais descritiva, de forma individual, por Mapa Corporal Narrado; e outra, de forma coletiva, na busca pela compreensão e interpretação dos símbolos e/ou códigos gerados de todos os Mapas Corporais Narrados.

**Resultados:** No Manuscrito 01 - **Revisão integrativa: determinantes do poder de decisão sobre a escolha contraceptiva**, desvelou-se, por meio do conhecimento científico dos 31 artigos selecionados, que as circunstâncias socioeconômicas, as relações interpessoais, as barreiras do sistema de saúde, o papel da comunidade e o próprio poder individual fornecem a dimensão da complexidade da experiência das pessoas em relação à escolha de práticas contraceptivas em diferentes contextos. O Manuscrito 02 - **Imagem-valor-linguagem sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva** identificou o significado dado à experiência quando do posicionar de estar aberto(a) (ou não tão aberto(a), não tão fechado(a)) ao tema; das crenças valorizadas; de luta, fuga e resistência, especialmente, dos corpos femininos; de uma tendência à racionalidade, pelos corpos masculinos; de uma presença e contorno ao tema, dos corpos fluidos; bem como, da importância de se expressar literal e/ou simbolicamente sobre essas questões. Por sua vez, o Manuscrito 03 - **Paradoxos da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva** mapeou a ritmicidade sincronizada nas experiências por meio de marcando-não marcando as marcas; reconhecendo o que capacita-limita escolhas; aproximando-incorporando-afastando as práticas contraceptivas; e percebendo (ou não) sustento/base na trajetória. E, o Manuscrito 04 - **Ir além na trajetória sexual e reprodutiva por meio da escolha (ou não) de práticas contraceptivas** revelou como as pessoas mobilizam transcendência para lidarem com as consequências de escolhas individuais conscientes; do coletivo influenciando escolhas; da maternidade/paternidade com incógnita ou como certa; da busca por realizar sonhos/desejos para além da maternidade/paternidade; e, iluminou “chispas” para mudança.

**Considerações Finais:** O esclarecer significado, o (re)conhecimento dos paradoxos e o *ir além*, no que concerne a experiência de uma escolha tão substancial, como a contracepção, é potencializar o *devir humano* por meio da trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.



**Palavras-chave:** Comportamento de escolha; Contracepção; Determinantes de saúde; Direitos sexuais e reprodutivos; Enfermagem; Gênero; Pesquisa qualitativa; Teoria de enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is estimated that half of the pregnancies worldwide are unintended pregnancies. Contraception is the most fundamental resource to address this issue, but it alone is not sufficient due to the numerous circumstances that affect the experience of choosing contraceptive practices. **Objective:** To understand, in the light of the Theory of *Human Becoming*, the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices in individuals' sexual and reproductive trajectories. **Method:** Narrated Body Map as Research was the chosen method to guide this investigative journey. The study included 20 individuals of diverse gender identities and sexual orientations in the young adult age group, who were users of primary healthcare services in the scope of Primary Health Care in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. They volunteered to narrate, in a mapped manner, the history of their sexual and reproductive trajectories, with emphasis on the choice (or non-choice) of contraceptive practices. Data collection took place between April and August 2021. The data analysis occurred in two stages: an individual descriptive analysis through the Narrated Body Map, and a collective analysis aimed at understanding and interpreting the symbols and/or codes generated from all the Narrated Body Maps. **Results:** In Manuscript 01 - **Integrative Review: determinants of decision-making power regarding contraceptive choice**, the scientific knowledge from the 31 selected articles revealed that socioeconomic circumstances, interpersonal relationships, healthcare system barriers, community role, and individual power provide a dimension of complexity to individuals' experiences regarding the choice of contraceptive practices in different contexts. Manuscript 02 - **Image-value-language about the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices in the sexual and reproductive trajectory** identified the meaning given to the experience when positioning oneself as open (or not so open, not so closed) to the topic; valued beliefs; struggle, escape, and resistance, especially in relation to female bodies; a tendency towards rationality, observed in male bodies; a presence and contour of the topic in fluid bodies; as well as the importance of expressing oneself literally and/or symbolically about these issues. Manuscript 03 - **Paradoxes of the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices in the sexual and reproductive trajectory** mapped synchronized rhythmicity in experiences by marking-not marking the marks; recognizing what enables-limits choices; approaching-incorporating- distancing contraceptive practices; and perceiving (or not) support/basis in the trajectory. Manuscript 04 - **Going beyond in the sexual and reproductive trajectory through the choice (or non-choice) of contraceptive practices** revealed how individuals mobilize transcendence to deal with the consequences of conscious individual choices; the collective influencing choices; motherhood/fatherhood as an uncertainty or as a certainty; the pursuit of dreams/desires beyond motherhood/fatherhood; and shed light on "sparks" for change. **Final Considerations:** Clarifying meaning, (re)recognizing paradoxes, and *going beyond*, regarding the experience of such a substantial choice as contraception, potentiate the *human becoming* through individuals' sexual and reproductive trajectories.

**Keywords:** Choice behavior; Contraception; Health determinants; Sexual and reproductive rights; Nursing; Gender; Qualitative research; Nursing theory.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA adaptado para revisão integrativa.....	48
Figura 2 – Momentos da teoria do <i>Devir Humano</i> e conceitos inter-relacionados ....	88
Figura 3 – Exercícios propostos para criação do Mapa Corporal Narrado.....	113
Figura 4 – Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e a teoria do <i>Devir Humano</i> ....	114
Figura 5 – Mapa Corporal Narrado 01.....	133
Figura 6 – Mapa Corporal Narrado 02.....	137
Figura 7 – Mapa Corporal Narrado 03.....	142
Figura 8 – Mapa Corporal Narrado 04.....	145
Figura 9 – Mapa Corporal Narrado 05.....	149
Figura 10 – Mapa Corporal Narrado 06.....	153
Figura 11 – Mapa Corporal Narrado 07.....	157
Figura 12 – Mapa Corporal Narrado 08.....	176
Figura 13 – Mapa Corporal Narrado 09.....	181
Figura 14 – Mapa Corporal Narrado 10.....	184
Figura 15 – Mapa Corporal Narrado 11.....	187
Figura 16 – Mapa Corporal Narrado 12.....	191
Figura 17 – Mapa Corporal Narrado 13.....	195
Figura 18 – Mapa Corporal Narrado 14.....	198
Figura 19 – Mapa Corporal Narrado 15.....	203
Figura 20 – Mapa Corporal Narrado 16.....	207
Figura 21 – Mapa Corporal Narrado 17.....	211
Figura 22 – Mapa Corporal Narrado 18.....	215
Figura 23 – Mapa Corporal Narrado 19.....	219
Figura 24 – Mapa Corporal Narrado 20.....	223
Figura 25 – Mapa Corporal Narrado 11.....	235
Figura 26 – Mapa Corporal Narrado 12.....	237
Figura 27 – Mapa Corporal Narrado 18.....	239
Figura 28 – Mapa Corporal Narrado 03.....	257
Figura 29 – Mapa Corporal Narrado 07.....	259
Figura 30 – Mapa Corporal Narrado 19.....	262
Figura 31 – Mapa Corporal Narrado 01.....	281
Figura 32 – Mapa Corporal Narrado 10.....	283

Figura 33 – Mapa Corporal Narrado 20.....285

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fonte de dados e chave de descritores utilizada na busca.....	46
Quadro 2 - Estudos seleccionados na revisão integrativa, informações básicas para caracterização dos estudos e resposta-síntese por estudo.....	50
Quadro 3 - Caracterização dos(das) participantes.....	233
Quadro 4 - Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o primeiro momento da teoria do <i>Devir Humano</i> .....	241
Quadro 5 - Caracterização dos(das) participantes.....	256
Quadro 6 - Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o segundo momento da teoria do <i>Devir Humano</i> .....	264
Quadro 7 - Caracterização dos(das) participantes.....	280
Quadro 8 - Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o terceiro momento da teoria do <i>Devir Humano</i> .....	286

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DS	Distrito Sanitário
eSF	equipe de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
GRUPESMUR	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LARC	<i>Long-Acting Reversible Contraception</i>
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais
MGF	Mutilação Genital Feminina
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
pvHIV	pessoa vivendo com HIV
SARS-COV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SC	Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TARV	Terapia Anti-Retroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>

## CARTA DE APRESENTAÇÃO<sup>1</sup>

A título de exercício e também para ilustrar (de alguma forma) o que será apresentado neste relatório de tese, confeccionei minha “carta de apresentação”, nos moldes do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (criando o mapa corporal; a legenda; e o testemunho) e observando (em alguma medida) os momentos da teoria de Enfermagem - *Devir Humano* (*esclarecer significado; sincronizar ritmos; e mobilizar transcendência*), com o objetivo de compartilhar um pouco da minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional; e do meu interesse pela temática do planejamento reprodutivo, com ênfase na contracepção.

### MAPA CORPORAL



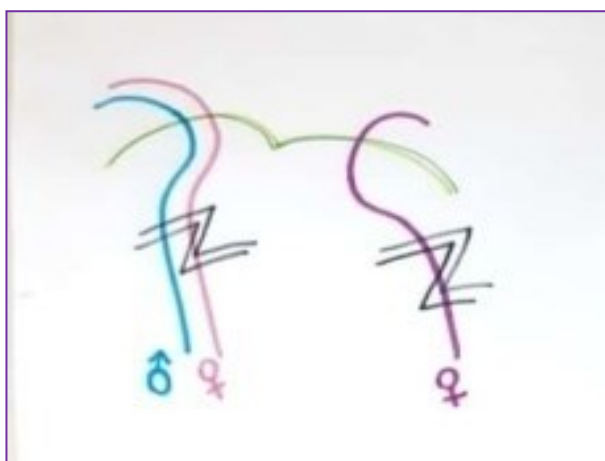
<sup>1</sup> Esta carta de apresentação da pesquisadora principal foi criada em maio/2020 (para apresentação no projeto de tese) e atualizada em maio/2023 (para apresentação no relatório de tese).



## LEGENDA

Importante: antes de legendar cada parte do mapa corporal, se faz necessário legendar o motivo do posicionamento do corpo no mapa, bem como a cor escolhida para o contorno do corpo. Optei por posicionar o meu corpo virado levemente inclinado para esquerda (aqui e ao longo da legenda e do testemunho, as coordenadas de direcionamento esquerda e/ou direita terão como referencial a maneira como o corpo foi posicionado no mapa, isto porque ao posicionar o meu corpo no mapa, escolhi virar para o meu lado esquerdo e isso tem um significado – “mantenha-se sempre à esquerda”) especialmente a cabeça, simbolizando o olhar (com um direcionamento) para frente; assim como os pés também levemente inclinados para esquerda, dando a ideia de caminhada; braço esquerdo erguido para cima, denotando buscar algo (para oferecer depois); braço direito para baixo, como se eu estivesse deixando e/ou rompendo com algo (ou alguém), como situações que não valem a pena e/ou que não tem mais sentido para mim. A cor lilás foi a escolhida para o contorno do meu corpo no mapa, porque é minha cor preferida, que simboliza o equilíbrio entre céu e terra (ou espírito e matéria), algo que venho buscando. Como será detalhado a seguir, considero o tema da contracepção e suas implicações, um dos grandes temas transversais da minha vida, isso porque ele perpassa questões pessoais, acadêmicas e profissionais, a saber:

(A)



No canto superior direito do mapa, apresento com alguns traçados um pouco das minhas questões pessoais relacionadas com abandono dos pais biológicos e adoção; o traçado de perfil de um “casal” mais à direita e o traçado de perfil de uma “mulher” mais à esquerda, simbolizam, respectivamente, os pais biológicos e a mãe

adotiva. Essa história é marcada por rupturas, simbolizada pelos traçados em preto. Contudo, existe um traçado em verde, unindo os traçados dos perfis, simbolizando algumas tentativas de aproximação. Enfim, entre elos e rupturas, o que fica registrado é que: ter experienciado isso em minha vida pessoal (com destaque para tensões, especialmente, na adolescência e no início da vida adulta, muito mais do que na infância) me oportunizou profundos aprendizados. E apesar dos inúmeros desafios enfrentados, escolhi os estudos como refúgio.

(B)



A posição da cabeça inclinada para esquerda e o olhar direcionado para o caminho em frente simbolizam caminhada (“seguir em frente”). Mas, existe uma “seta” vermelha (simbolizando perigo) no pescoço, apontando para a direita, o que significa que em alguns momentos, ainda volto o olhar para trás. A cor do traçado dos olhos, com destaque em amarelo, como um “farol”, é o que pretendo exercitar: iluminar o que vejo (para enxergar com maior nitidez, positividade e profundidade os fenômenos ao meu redor); mas, isso ainda é bem difícil, porque existe um olhar bem negativo, com presença de “sombras” para determinados aspectos internos da minha vida. Um “espelho” um pouco abaixo do olhar reflete a minha história com as histórias das demais pessoas com quem convivo, especialmente, quando eu as assisto dentro da temática da contracepção. A “seta” marrom (bi)direcionada (entre o olhar e o espelho, ou vice-versa), confirma que tem (ao mesmo tempo) olhar de empatia e de estranhamento para a causa (para o tema da contracepção), isto porque durante o exercício da profissão (Enfermagem) me deparei com inúmeras histórias de vida (de homens e mulheres, de adolescentes e de crianças) que contam como as famílias se (des)formam. Experienciei várias situações, como: iniciar e acompanhar o pré-natal de gravidezes não intencionais; seguimento de pré-

natal de gravidezes indesejadas; seguimento de puericultura de crianças negligenciadas; acompanhamento de crianças que foram retiradas do convívio familiar pelo Conselho Tutelar; adolescentes que iniciam vida sexual se expondo, não só às infecções sexualmente transmissíveis, como também à gravidez não intencional, entre outras experiências. E, por me considerar corresponsável pelo cuidado destas pessoas e famílias, um questionamento que me instiga, constantemente, é: o que faltou para que o aconselhamento e cuidado contraceptivo fosse efetivo? Efetivo do ponto de vista se foi oportunizado um contexto que fomentasse a escolha livre, responsável e informada referente ao uso (ou não) de um método anticoncepcional, por exemplo. E, ainda, no ombro direito, tem uma “bigorna”, simbolizando o peso da responsabilidade que sempre me impuseram (desde a infância) e que eu ainda continuo carregando.

(C)



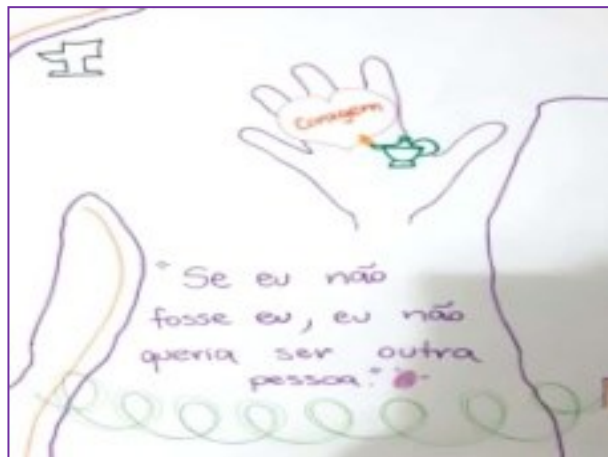
A “nuvem”, com a sigla UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), com a escrita do nome da minha profissão (Enfermagem) e com uma pequena “chave” desenhada, significa um sonho conquistado. Como dito anteriormente, estudar de alguma forma me salvou; para mim, tinha que ser na UFSC, tinha que ser em Florianópolis, tinha que ser na área da saúde; essa era a conquista de um momento passado, mas que se tornou, mais uma vez, um refúgio para novas conquistas. Questões pessoais, estudo e trabalho (vice-versa e/ou misturado) se encontraram neste sonho que é (agora) uma realidade.

(D)



A mão esquerda levantada simboliza busca. O desenho de uma “balança” na palma da mão simboliza busca pela justiça (e busca por equilíbrio, também). No braço esquerdo (também levantado) está escrita a palavra “coerência” (em verde), que é a virtude que tenho buscado internamente e que tenho tentado aplicar com ações no meu entorno, por isso o pontilhado em verde ao redor da mão esquerda. Ainda na mão esquerda tem um pequeno “martelo”, que serve para trabalhar (moldar), sobre a “bigorna” do ombro direito, a minha personalidade (as minhas fraquezas).

(E)



Escolhi a parte central do corpo (tórax e abdômen) para apresentar, respectivamente, o meu símbolo pessoal e o meu *slogan*: um “coração” com a palavra “coragem” escrita dentro e uma “lâmpada acesa”, um pouco abaixo; e o meu lema “se eu não fosse eu, eu não queria ser outra pessoa”, seguido da impressão da digital do meu “dedão” esquerdo. O símbolo pessoal, do “coração” em vermelho com a palavra “coragem”, significa como me vejo em alguns momentos; também escolhi este símbolo, porque por vezes, percebo que as pessoas me veem

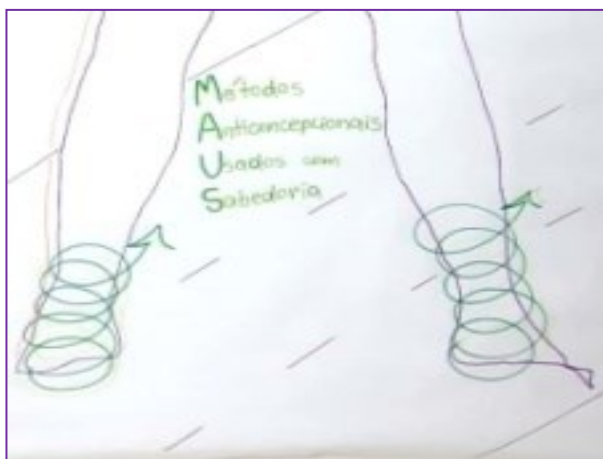
assim, como uma pessoa corajosa (que enfrenta as adversidades, por exemplo). A “lâmpada com o fogo aceso” para mim simboliza a Filosofia (que por coincidência também é o símbolo do discípulo e da Enfermagem) que venho tentando aplicar (em alguma medida) na minha vida. No entorno destes símbolos tem o contorno da minha mão esquerda, simbolizando o meu apoio para comigo mesma (e/ou, simbolizando, muito pouco do apoio de pessoas que permito que me apoiem e/ou que permito chegar até o meu “coração”). O *slogan*, por sua vez, nada mais é do que a minha identidade, que significa (tão somente), apesar de ter passado por adversidades desde muito cedo (ou até antes de nascer, pelo que me contaram), que eu não queria ser outra pessoa se eu não fosse eu, não por demérito das outras pessoas (ou por me considerar melhor do que as outras pessoas, longe disso) mas, simplesmente, como um saudável orgulho pela minha trajetória de vida, pelas minhas conquistas. Ainda, neste recorte do meu mapa corporal, vale detalhar o significado do traçado discreto em laranja na parte lateral direita do meu abdômen e ombro direito (mas este traçado percorre todo o meu mapa do corpo, pelo lado direito, como pode ser observado no mapa corporal inteiro), sendo que ele simboliza meu companheiro e pai dos meus três filhos, que a seu modo está ao meu lado, me apoiando nesta caminhada.

(F)



Mão direita voltada para baixo e com tracejados em preto significa tentativa de largar “pesos e amarras”, coisas que não fazem mais sentido, que não valem mais a pena. Nem sempre é fácil largar (como pode ser visto, ainda continuam na mão), mas precisam ficar para trás, para deixar a caminhada mais leve.

(G)



As pernas e os pés levemente inclinados para esquerda, simbolizando caminhada. As “espirais verdes” e com “setas” apontadas para cima, que estão ao redor dos pés e dos tornozelos, significam busca por movimento ascendente (e/ou seguir em frente). Entre as pernas tem a mensagem em forma de anagrama do meu sobrenome (que veio por meio de um reconhecimento de paternidade) – “MAUS” = “**M**étodos **A**nticoncepcionais **U**sados com **S**abedoria”. Interessante ressaltar que essa ideia emergiu espontaneamente (sem pretensão nenhuma/como um *insight*) e quando me dei conta dessa ligação entendi o meu tema de vida transversal (entre o pessoal, o acadêmico e o profissional), ou seja, a contracepção.

(H)



O símbolo de uma “escadinha”, contornada de lilás (eu) e de laranja (meu companheiro), significa os meus filhos, tendo em cada degrau a inicial dos nomes deles (C, L, I), seguida de uma “espiral verde” (que também circula o centro do meu corpo no mapa) com uma “seta ascendente” e direcionada para uma “porta aberta” (como uma saída) simbolizando que: com identidade; coragem; força; determinação;

coerência; e senso de justiça (virtudes que tento viver e transmitir para os meus filhos) se encontra a saída diante das adversidades da vida.

## TESTEMUNHO

Ao legendar o mapa corporal, muito (mas, nem tudo) já se revelou da minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional, bem como do meu interesse pelo tema da contracepção. E, foi com essa “bagagem” que embarquei nesta jornada pela busca do conhecimento, como uma “viagem”.

Ao refletir sobre potenciais temas/problemas de pesquisa é comum os(as) pesquisadores(as) se questionarem se o problema a ser estudado/investigado é realmente um problema social relevante ou se é só um problema pessoal, por exemplo. Confesso que essa interrogação se fez presente em alguns momentos. Porque caso, a resposta fosse só e simplesmente sim para a segunda proposição, no caso de ser somente um problema pessoal, terapia resolveria (e isso foi feito, por um período), mas a resposta também é sim para a primeira afirmação. Portanto, é um problema social relevante, o que justifica (duplamente) a minha busca por respostas.

Para mim, esta mensagem, que o meu mapeamento corporal (enquanto processo) e o meu mapa corporal (enquanto produto) em formato de “carta de apresentação”, reforça a grande oportunidade de aprofundar a temática da contracepção de uma maneira tão rica e inspiradora (considerando os momentos da teoria do *Devir Humano*) e de uma forma tão emancipatória com o protagonismo oportunizado pela criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (por meio dos exercícios propostos). E, isto tem um enorme potencial para desvelar o fenômeno da “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva”. Em tempo, apresentar o resultado desse potente exercício, no início deste relatório de tese, oportunizará (aos membros da Banca de Qualificação e de Defesa e demais leitores(as) deste material) uma leitura ilustrada do que se pretende a seguir.

## APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE TESE

Embarcando na viagem pelo itinerário investigativo

Ao(À) leitor(a) deste relatório de tese, pede-se, inicialmente, que “embarque” nesta leitura, despido(a) de pré-conceitos e julgamentos, que esteja aberto(a) para olhar para o fenômeno do estudo - “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” - de uma maneira diferente do que ele costuma ser apresentado.

Como “ponto de partida”, tem-se a **INTRODUÇÃO** que contextualiza o “terreno” do que o mundo (o que também inclui um pouco do Brasil) pensa, fala e faz com relação à temática da contracepção e temas afins, bem como apresenta os conceitos elementares associados a essa temática, além de apresentar as questões de pesquisa, seguidas dos **OBJETIVOS** (geral e específicos) e da **TESE** defendida.

Por sua vez, a **REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**, aqui entendida como os elementos que compõe parte de uma “bagagem”, buscou agregar neste trabalho os “conhecimentos científicos produzidos sobre a experiência das pessoas relacionada à escolha de práticas contraceptivas”, resultando no **Manuscrito 01** – “Revisão integrativa: *determinantes do poder de decisão* sobre a escolha contraceptiva”.

Assim como a “bússola” é para o(a) viajante, o **REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO**, da teoria de Enfermagem – *Devir Humano*, guiou todo o percurso investigativo desde a idealização da pesquisa, passando pela construção do projeto, iluminando a fase da coleta e, principalmente, a análise dos dados, até a última palavra deste relatório.

O “guia de viagem” (ou “mapa”), propriamente dito, foi o **MÉTODO** - Mapa Corporal Narrado como Pesquisa - que apoiou todo o desenvolvimento investigativo (coleta e análise dos dados), de forma crítico-criativa, oportunizando o desvelar de dados (narrados e visuais) tão íntimos e profundos.

E, os **RESULTADOS** e a **DISCUSSÃO**, entendidos (aqui) como o que foi “descoberto durante a jornada” da investigação científica serão apresentados de duas formas: a primeira, como um esforço de descrição, onde os 20 Mapas Corporais Narrados como Pesquisa (com o Mapa Corporal Narrado, a Legenda, o Testemunho, acrescidos de informações básicas sobre os(as) participantes) serão expostos para apreciação de cada leitor(a); e a segunda, como um esforço de



compreensão e interpretação (conforme orientação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por meio da Instrução Normativa 02/PEN/2021) será apresentada em formato de manuscritos, para responder as questões específicas deste estudo.

**Manuscrito 02** – “Imagem-valor-linguagem sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva.”

**Manuscrito 03** – “Paradoxos da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva.”

**Manuscrito 04** – “*Ir além* na trajetória sexual e reprodutiva por meio da escolha (ou não) de práticas contraceptivas.”

Por fim, como “ponto de chegada” (destino deste trabalho) as **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, que apontam o quanto compensou percorrer esta jornada investigativa (da maneira como foi percorrida) e, que listam algumas recomendações, porque muitas outras “viagens” (trabalhos teórico-práticos) ainda precisam ser realizadas.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>41</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	41
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	41
2.3	TESE DEFENDIDA.....	41
<b>3</b>	<b>REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</b> .....	<b>43</b>
3.1	MANUSCRITO 01 – REVISÃO INTEGRATIVA: <i>DETERMINANTES DO PODER DE DECISÃO</i> SOBRE A ESCOLHA CONTRACEPTIVA .....	43
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO</b> .....	<b>82</b>
4.1	TEORIA DE ENFERMAGEM – <i>DEVIR HUMANO</i> .....	82
4.1.1	<b>Rosimarie Rizzo Parse</b> .....	<b>82</b>
4.1.2	<b>Introdução à teoria do <i>Devir Humano</i></b> .....	<b>84</b>
4.1.3	<b>Pressupostos</b> .....	<b>84</b>
4.1.3.1	<i>Princípios</i> .....	86
4.1.4	<b>Conceitos</b> .....	<b>89</b>
4.1.4.1	<i>Ser humano</i> .....	89
4.1.4.2	<i>Ambiente</i> .....	90
4.1.4.3	<i>Saúde</i> .....	90
4.1.4.4	<i>Enfermagem</i> .....	91
4.1.5	<b>Dimensões e processos da teoria para guiar a prática</b> .....	<b>92</b>
4.2	VISLUMBRANDO AS RELAÇÕES DOS FUNDAMENTOS DA TEORIA DO <i>DEVIR HUMANO</i> .....	94
4.2.1	<b>A teoria do <i>Devir Humano</i> e o fenômeno de estudo</b> .....	<b>94</b>
4.2.2	<b>A teoria do <i>Devir Humano</i> e suas diretrizes metodológicas</b> .....	<b>95</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>98</b>
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	98
5.2	TIPO DE ESTUDO .....	99
5.2.1	<b>Mapeamento corporal (conceito, origem e usos)</b> .....	<b>100</b>
5.2.2	<b>Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (origem, conceito e premissas ontoepistemológicas)</b> .....	<b>102</b>
5.2.3	<b>Argumentos de apoio para o uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa</b> .....	<b>105</b>

5.2.4	<b>Componentes do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa</b> .....	<b>106</b>
5.3	CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO .....	108
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	109
5.5	LOGÍSTICA E ENTRADA EM CAMPO .....	111
5.6	COLETA DE DADOS – CRIAÇÃO DO MAPA CORPORAL NARRADO COMO PESQUISA.....	112
5.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	116
5.7.1	<b>Análise dos Mapas Corporais Narrados como Pesquisa</b> .....	<b>116</b>
5.7.2	<b>Estratégias analíticas</b> .....	<b>118</b>
5.7.2.1	<i>Primeiro nível de análise</i> .....	119
5.7.2.2	<i>Segundo nível de análise</i> .....	119
5.7.3	<b>Análise agregadora de valor e dispositivos analíticos utilizados</b> .....	<b>121</b>
5.8	QUESTÕES ÉTICAS .....	124
5.9	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	126
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>130</b>
6.1	MAPAS CORPORAIS NARRADOS COMO PESQUISA .....	131
6.1.1	<b>Mapa Corporal Narrado 01</b> .....	<b>133</b>
6.1.2	<b>Mapa Corporal Narrado 02</b> .....	<b>137</b>
6.1.3	<b>Mapa Corporal Narrado 03</b> .....	<b>142</b>
6.1.4	<b>Mapa Corporal Narrado 04</b> .....	<b>145</b>
6.1.5	<b>Mapa Corporal Narrado 05</b> .....	<b>149</b>
6.1.6	<b>Mapa Corporal Narrado 06</b> .....	<b>153</b>
6.1.7	<b>Mapa Corporal Narrado 07</b> .....	<b>157</b>
6.1.8	<b>Mapa Corporal Narrado 08</b> .....	<b>176</b>
6.1.9	<b>Mapa Corporal Narrado 09</b> .....	<b>181</b>
6.1.10	<b>Mapa Corporal Narrado 10</b> .....	<b>184</b>
6.1.11	<b>Mapa Corporal Narrado 11</b> .....	<b>187</b>
6.1.12	<b>Mapa Corporal Narrado 12</b> .....	<b>191</b>
6.1.13	<b>Mapa Corporal Narrado 13</b> .....	<b>195</b>
6.1.14	<b>Mapa Corporal Narrado 14</b> .....	<b>198</b>
6.1.15	<b>Mapa Corporal Narrado 15</b> .....	<b>203</b>
6.1.16	<b>Mapa Corporal Narrado 16</b> .....	<b>207</b>
6.1.17	<b>Mapa Corporal Narrado 17</b> .....	<b>211</b>
6.1.18	<b>Mapa Corporal Narrado 18</b> .....	<b>215</b>

<b>6.1.19</b>	<b>Mapa Corporal Narrado 19</b> .....	<b>219</b>
<b>6.1.20</b>	<b>Mapa Corporal Narrado 20</b> .....	<b>223</b>
6.2	MANUSCRITOS.....	227
6.3	MANUSCRITO 02 – IMAGEM-VALOR-LINGUAGEM SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA.....	229
6.4	MANUSCRITO 03 – PARADOXOS DA EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA .....	250
6.5	MANUSCRITO 04 – <i>IR ALÉM</i> NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA POR MEIO DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS .....	275
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>293</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>296</b>
	<b>APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</b> .....	<b>301</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CRIAÇÃO DO MAPA CORPORAL NARRADO COMO PESQUISA</b> .....	<b>305</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>314</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	<b>319</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 15 de novembro de 2022, atingiu-se a marca de oito bilhões de habitantes e a comunidade global ainda se interroga sobre a capacidade de o planeta Terra suportar essa quantidade de pessoas sobre a sua face. Ao longo dos anos esse questionamento se fez presente e permeou a discussão relacionada com a reprodução humana. A cada marca batida, inúmeras teorias e/ou políticas, especialmente voltadas ao controle demográfico, foram discutidas e/ou implementadas por todo o mundo. Nas últimas décadas, a discussão não se deteve, única e exclusivamente, ao número de pessoas, mas, principalmente, debruçou-se sobre as desigualdades existentes e aos riscos associados, onde o estilo de vida/consumo de alguns (países e/ou pessoas) tem potencial para causar maior impacto do que o número de habitantes em si, acarretando em catastróficas consequências (as questões climáticas e econômicas são alguns dos exemplos) para todos, em todos os lugares (UNFPA, 2023).

Antes de prosseguir, faz-se necessária a consideração sobre o contexto vivido (no momento da construção deste trabalho) da emergência sanitária global causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), especialmente entre os anos de 2020-2022. A pandemia da Covid-19 atingiu a todos (países e pessoas), ainda que de maneira distinta; e impactou muito os sistemas/serviços/profissionais de saúde (BRASIL, 2020a). É sabido que antes da Covid-19 afligir a humanidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mencionava que os desafios à saúde no mundo inteiro são muitos e bem sérios, mas, a necessidade de controlar a própria fertilidade afeta mais vidas do que qualquer outro problema de saúde (OMS, 2007). De imediato, diante do contexto da pandemia supracitada, essa afirmação poderia ser considerada obsoleta, mas a própria OMS reforçou para toda comunidade global, que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, o que inclui a assistência em contracepção, são prioridades para o enfrentamento e para manutenção do bem-estar e saúde das pessoas e da sociedade (UNFPA, 2020). Entende-se que essa (re)afirmação oportuniza a reflexão de que a falta de atenção e cuidado à saúde sexual e reprodutiva pode impactar vidas, em foro íntimo e global, se direitos forem escamoteados e deveres não forem cumpridos.

Nas discussões em fóruns mundiais, a contracepção é tema constante, ainda que velado em alguns momentos da história. A temática por vezes foi (ou ainda é) associada com as questões de cunho populacional e de desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 1994; ONU, 1995; UNFPA, 2018; 2019). No início dos anos 2000, a elaboração de estratégias internacionais relacionadas com o tema visava, em alguma medida, às conquistas de alguns dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) (BRASIL, 2010; 2014) e, com o intuito de renovar e ampliar os compromissos pela sustentabilidade global em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que inclui 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), com 169 metas, onde a eliminação da pobreza continua sendo o principal objetivo da nova agenda global (ONU, 2015; UNFPA, 2019). Ainda que indiretamente, todos os ODSs corroboram para o fortalecimento das questões que fazem interface com os direitos humanos, contudo, entre os ODSs, os objetivos três (ODS 3 - Saúde e bem-estar, visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades) e cinco (ODS 5 - Igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas) são os que tem relação direta com as questões dos direitos sexuais e reprodutivos/saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2015).

Especificamente, a meta 3.7 (do ODS 3), dita que até 2030, deve-se assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. E, a meta 5.6 (do ODS 5), visa assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. Importante atentar para os indicadores traçados que irão avaliar se as respectivas metas serão atingidas, a saber: indicador 3.7.1 (da meta 3.7 do ODS 3) proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento reprodutivo; indicador 3.7.2 (da meta 3.7 do ODS 3) número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1.000 mulheres destes grupos etários; indicador 5.6.1 (da meta 5.6 do ODS 5) proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões

informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivo e cuidados com saúde reprodutiva; indicador 5.6.2 (da meta 5.6 do ODS 5) número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2015).

Assim como muitos países, o Brasil é signatário de alguns pactos mundiais, com destaque para os movimentos precursores que aconteceram no Cairo, em 1994 e em Pequim, em 1995, sendo, respectivamente, a CIPD e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que objetivavam o enfrentamento das crescentes e desafiantes demandas sobre: o desenvolvimento sustentável; a redução da pobreza; a igualdade de gênero; o empoderamento das mulheres; a saúde sexual e reprodutiva; entre outros (BRASIL, 2009; NAÇÕES UNIDAS, 1994; ONU, 1995). Destaque especial é dado a CIPD de 1994, que é considerada um marco por colocar os direitos individuais e o bem-estar no centro da agenda da saúde reprodutiva. Desencadeando uma série de mudanças na pesquisa, na comunicação, na educação, nos aspectos econômicos e sociais, e na prestação de serviços. Isso porque passou a explorar os fatores que influenciam as escolhas e os comportamentos individuais em relação ao uso (ou não uso) de métodos contraceptivos; focando nas pessoas como tomadores de decisão sobre os benefícios para sua própria saúde; com a finalidade em reduzir a fecundidade e prevenir gravidezes não intencionais; ressaltando a importância de fornecer uma gama completa de métodos contraceptivos; e assegurando oportunidades de escolha para todos e todas (UNFPA, 2019).

Desde 1978, o Fundo (ou Agência) de desenvolvimento internacional da ONU, em inglês - *United Nations Population Fund* (UNFPA), tem apresentado relatórios sobre a situação da população mundial, como o objetivo de apresentar e discutir essas questões. O relatório de 2023, intitulado como *8 bilhões de vidas, infinitas possibilidades, argumentos em defesa de direitos e escolhas*, traz em essência uma nova abordagem para que as pessoas possam ser empoderadas para atingir os seus objetivos reprodutivos individuais e desta forma contribuir para a construção de sociedades mais prósperas e inclusivas apesar do tamanho da população. Ainda dita que a melhor maneira de gerenciar a mudança populacional global é promovendo a igualdade de gênero e empoderando as mulheres para que

façam escolhas sobre seus corpos e suas vidas, escolhendo se, quando e quantos filhos querem. Isto porque focar e forçar nas taxas de fecundidade (seja para aumentá-las ou diminuí-las) não resolverá os desafios econômicos e ambientais no mundo (UNFPA, 2023).

Nos relatórios anteriores, o UNFPA também trouxe a temática da escolha como cerne das suas discussões para oportunizar reflexões no âmbito das questões da saúde sexual e reprodutiva, o que pode ser visto diretamente pelos títulos dos seus relatórios: *o poder da escolha - direitos reprodutivos e a transição demográfica* (UNFPA, 2018); *um trabalho inacabado - a busca por direitos e escolhas para todos e todas* (UNFPA, 2019); *contra a minha vontade - desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impede a igualdade* (UNFPA, 2020); *meu corpo me pertence - reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação* (UNFPA, 2021); e *em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional (vendo o invisível)* (UNFPA, 2022). A importância por elencar e discorrer sobre o material acima está no registro de que todo esse arcabouço político-estratégico, também apoiou a construção desta pesquisa. Sendo que, o mais recente relatório (de 2023) demonstra o forte alinhamento entre o que se pretende alcançar por meio deste estudo com o que o mundo está *pensando-fazendo*.

No relatório de 2018, o UNFPA destacou as diferentes categorias de fecundidade distribuídas nas mais diversas partes do mundo. Tal ênfase foi dada porque nunca antes na história houve diferenças tão extremas nas taxas de fecundidade entre grupos de países, variando entre: alta fecundidade; fecundidade estacionada; fecundidade em declínio constante; e baixa fecundidade. Sendo que cada nível de fecundidade apresenta um conjunto de fatores determinantes, acompanhado de desafios e implicações para as pessoas, para as sociedades, para as economias e para as instituições de cada país. Para além dos números relacionados às diferentes taxas de fecundidade, o que fica registrado é que em cada uma destas categorias de fecundidade existem pessoas que não estão totalmente empoderadas para decidir livremente e com responsabilidade sobre o número de filhos, bem como o momento de tê-los e o intervalo entre uma gravidez e outra, por exemplo. E isso se deve ao comprometimento dos direitos (de alguma forma e em alguma medida) independente do país (ou território) ser rico ou pobre. Em outras palavras, em nenhum lugar do mundo de hoje as pessoas são



plenamente capazes de atingir seus próprios objetivos de fecundidade e direitos reprodutivos. Isso quer dizer que a capacidade de tomar decisões fundamentais sobre gravidez e família depende de muitos outros fatores, além da contracepção. A igualdade de gênero, a economia e a geografia, os níveis educacionais, a efetivação plena dos direitos à educação, à segurança e à liberdade de expressão também são fatores intervenientes neste contexto, o que torna o fenômeno da contracepção *um todo complexo* (UNFPA, 2018).

Contudo, alertar que não se tem o total poder para decidir sobre as questões reprodutivas, não significa que não se tenha algum poder para decidir sobre essas questões, o que pode ser verificado com a atual queda da fecundidade em alguns países. Um exemplo é quando mulheres em países com alta fecundidade têm o poder e os meios para fazer suas próprias escolhas, elas escolhem famílias menores. E, se isso (famílias menores) for realmente uma escolha da pessoa, essa escolha pode ser impulsionada pela capacidade, pelo conhecimento e pela motivação para gerir a própria vida reprodutiva; porque, apesar das circunstâncias sociais, econômicas e institucionais, algumas pessoas estão reivindicando seu direito de tomar suas próprias decisões sobre o número e o momento das gestações, o que vem resultando em profundas mudanças e desafios demográficos, e isso é exercer o *poder da escolha* (UNFPA, 2018).

O documento ainda acrescenta que, apesar de algumas pessoas não saberem que têm escolhas no âmbito da esfera das questões sexuais e reprodutivas, elas têm esse direito de escolher e isso precisa ser fomentado. Porque de certa forma (sem determinismos e não exclusivamente por causa disto) a trajetória sexual e reprodutiva das pessoas espelha, também por meio da fecundidade, o que as pessoas são e onde elas estão (no presente); o que elas foram e de onde vieram (no passado), refletindo suas oportunidades e restrições na vida; e o que as pessoas podem vir a ser e onde podem chegar (no futuro), definindo (em alguma medida) as aspirações futuras e as implicações profundas das/nas pessoas e sociedades (UNFPA, 2018).

Nesta perspectiva de linha do tempo (presente, passado e futuro), o relatório de 2019 traz um recorte, entre os anos de 1969 a 2019, onde mescla os acontecimentos marcantes que ocorreram no mundo com um pouco da história do próprio UNFPA, e apresenta: os destaques dos 50 anos desde que o UNFPA iniciou

suas operações e dos 25 anos desde a histórica CIPD realizada no Cairo; as contribuições de personalidades científicas e autoridades que dedicaram e dedicam suas vidas pela luta em defesa dos direitos humanos; algumas histórias de mulheres e suas famílias sobre seus enfrentamentos no que concerne às questões sexuais e reprodutivas; e uma dura realidade, o *novo normal* do mundo, ou seja, as situações de crises prolongadas. Mas, deixa uma meta: chegar aos três zeros (zero necessidade de contracepção não atendida; zero mortes maternas evitáveis; zero violências ou práticas nocivas contra mulheres e meninas), o que requer uma união de esforços e compromisso de toda a comunidade humana global (UNFPA, 2019).

Todas as pessoas, principalmente, mulheres e meninas, estão em risco em toda e qualquer crise humanitária, seja por conflito, por desastre natural e/ou por situação de crise sanitária emergente, o que resulta em colapso dos sistemas, aumentando as múltiplas necessidades de proteção e serviços, especialmente, os serviços de saúde sexual e reprodutiva. Sabe-se que as desigualdades em saúde sexual e reprodutiva são profundamente afetadas pela desigualdade de renda; pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, das leis e das políticas; pelas normas sociais e culturais; e pela exposição das pessoas à educação sexual. Portanto, a interrupção desses serviços, que abarcam o planejamento reprodutivo, em especial, as questões de contracepção, é também uma ameaça à vida. Isso porque mulheres sexualmente ativas sem acesso a contraceptivos devido à falta de serviços ou restrições legais, ficam expostas ao risco de gravidezes não intencionais e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), inclusive ao HIV/Aids (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*), por exemplo (UNFPA, 2019).

Por sua vez, o relatório de 2020, que mais parece um relato do terror vivenciado por meninas e mulheres em todo mundo (o que também inclui o Brasil), denuncia todas as práticas nocivas (em especial, a mutilação genital feminina (MGF) e o casamento infantil) perpetradas aos corpos femininos inclusive com a chancela dos pais (que fazem por “boa intenção” já que muitas vezes essas práticas são generalizáveis no contexto cultural, sem se atentarem para todo o dano físico e psicológico à saúde das suas filhas). Entre as aberrações (que são consideradas nocivas pelos tratados internacionais de direitos humanos), tem-se: crimes cometidos em nome da chamada honra; acusações de bruxaria; amarração, marcação a ferro, escarificação ou imposição de marcas tribais; modificações

corporais, como discos labiais, alongamento do pescoço; achatamento dos seios; preço da noiva e violência relacionada ao dote; punição corporal; mutilação genital feminina; seleção de sexo com viés de gênero; incesto; infanticídio; tabus nutricionais e práticas tradicionais de parto; fornecer muito pouco alimento ou alimento em excesso para as meninas; apedrejamento; tabus ou práticas que impedem as mulheres de controlar sua própria fertilidade; teste de virgindade; e prática de viuvez (UNFPA, 2020).

Em 2021, para visualizar mais detalhadamente a crise da gravidez não intencional, muitas vezes indesejada, foi preciso olhar para ela com a lente dos *determinantes de poder de decisão* para, no mínimo, evitar-se a falácia tão comumente difundida - “ela engravidou porque quis” - que só reforça o encargo e a responsabilidade única e exclusiva ao feminino. Apesar do relatório do UNFPA de 2021 apresentar os *determinantes de poder de decisão* os direcionando para as mulheres, entende-se que eles podem ser vistos como um modelo ecológico de autonomia corporal (para fomentar o Poder Individual) de todas as pessoas, onde se considera uma série de fatores sociais e econômicos que influenciam a tomada de decisão, como: circunstâncias socioeconômicas; relações interpessoais; as barreiras no sistema de saúde; e o papel da comunidade (UNFPA, 2021).

E, o relatório de 2022 desvelou o tema: *em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional (vendo o invisível)*. Neste relatório, em especial, foi destacado o quanto esta problemática impacta de forma geral toda a sociedade e o quanto impacta diretamente todas as pessoas que podem engravidar, incluindo mulheres, meninas, homens transgêneros e pessoas não binárias (UNFPA, 2022).

Ainda, faz-se necessário aprofundar alguns conceitos fundamentais que perpassam a temática do estudo, começando por saber que os direitos sexuais e reprodutivos estão relacionados entre si. Viver e expressar livremente a sexualidade sem violência; poder escolher a parceria sexual; decidir quando ter relação sexual e/ou se relacionar sexualmente (independentemente de reprodução); ter acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação; e receber informação e educação sexual são alguns dos direitos sexuais. Por sua vez, decidir, de forma livre e responsável, se deseja ou não (quantos e quando) ter filhos; bem como ter acesso às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas para ter (ou não) filhos, caracterizam-se como direitos

reprodutivos. Paralelamente aos direitos sexuais e reprodutivos, fomenta-se a responsabilidade de ter uma vida sexual livre de riscos e o exercício da maternidade/paternidade de modo consciente e responsável – sendo estes, portanto, os deveres no âmbito das práticas sexuais e reprodutivas (BRASIL, 2010).

No que se refere aos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, sabe-se que, para a OMS, a saúde sexual se caracteriza não somente pela ausência de doenças, disfunções ou debilidades, mas como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. E, o conceito de saúde reprodutiva, ditado pela ONU, implica que as pessoas tenham autonomia para se reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo (BRASIL, 2010).

E, dentro dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como da saúde sexual e reprodutiva, tem-se o planejamento reprodutivo, que antigamente era conhecido somente como planejamento familiar (terminologia, apesar de equivocada, ainda usualmente empregada). O planejamento reprodutivo engloba os temas da concepção, contracepção (ou anticoncepção) e infertilidade (BRASIL, 2002; 2010). Neste estudo o olhar será focalizado para as questões relacionadas à contracepção (e às experiências associadas). Questões estas que pressupõem, dentro de um contexto que promova e garanta a escolha livre, responsável e consciente: a oferta de informações; de aconselhamento; de acompanhamento clínico; e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 2010). E, para que isso ocorra, é necessário uma gama de fatores estruturais como já mencionado anteriormente e, sobretudo, uma atenção verdadeiramente diferenciada e centrada na pessoa, no que é mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida, oportunizando experimentar a escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva.

Aqui, cumpre destacar um aprendizado particular (que nunca é demais reforçar), embora o termo contracepção (ou anticoncepção) remeta à adversidade e/ou contrariedade (considerando o prefixo contra ou anti), refletir, estudar e discutir sobre ele reforça pontos positivos, como: a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a fim de se conquistar e se manter a saúde sexual e reprodutiva; o empoderamento da mulher; a necessidade de prevenção da gravidez não intencional; a eliminação e/ou diminuição da necessidade de aborto; o fomento da

responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres; a melhoria da saúde materna e neonatal; a maternidade/paternidade responsável; a garantia de possibilidades para adolescentes e jovens, para além da reprodução precoce; o combate às ISTs e ao HIV/Aids; entre outros fatores, que tem significativo potencial para contribuir para o desenvolvimento da qualidade de vida da pessoa e do seu entorno (MAUS, 2016).

Outro aprendizado em relevante estudo, que buscou um entendimento dos comportamentos contraceptivos em três momentos distintos do ciclo reprodutivo, a saber: no início da trajetória afetivo-sexual; no contexto contraceptivo em que uma gravidez imprevista ocorre; e, no encerramento da carreira reprodutiva por meio da esterilização, concluiu que não é somente informação e acesso aos métodos anticoncepcionais que irão garantir a efetivação da contracepção; que a sexualidade e reprodução não podem ser separadas, ou seja, não existe *aspepsia sexual* quando se pretende trabalhar com contracepção; que os roteiros sexuais são aprendidos (e/ou apreendidos) socialmente, portanto, gravidez é um fato social, seja ela intencional ou não intencional; e que existe sim uma assimetria de gênero na esfera da reprodução (onde o feminino pode ser visto sob o prisma da vitimização, mas também sob o prisma da autonomia e do empoderamento) contudo, também existe uma possibilidade de reversão na hierarquia de gênero (ainda que velada, pouco tímida) neste contexto, onde em alguns momentos o homem não sabe se a mulher está usando contracepção (CABRAL, 2017).

E, dentro deste rico universo de entendimento sobre contracepção, pode-se dizer que:

a prática contraceptiva compreende uma série de decisões e lógicas complexas e entranhadas em múltiplos domínios da vida, requerendo análises acerca de práticas e representações sobre contracepção, maternidade, conjugalidade, família, prazer e sexualidade, sem que se deixe de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta contraceptiva (disponibilidade de serviços e métodos) (CABRAL, 2017, p.1.093).

Portanto, manejar as questões contraceptivas implica um processo de entendimento racional e emocional, de múltiplos níveis estruturais e múltiplas facetas relacionais, onde a trajetória sexual e reprodutiva serve para apresentar estes elementos indissociáveis para uma compreensão de como as pessoas experienciam a escolha (ou não) de práticas contraceptivas (CABRAL, 2017).

Ao refletir e discorrer sobre escolha livre, responsável e consciente no que concerne à prática contraceptiva, encontra-se o conceito de autonomia reprodutiva. Isso porque autonomia reprodutiva engloba a eleição livre de métodos para o planejamento reprodutivo (o que inclui os serviços de concepção, de contracepção e de infertilidade), bem como o poder de negociar livremente em se engajar (ou não) em atividade sexual. E, minimamente, espera-se que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, em respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, estejam alinhados com a autonomia reprodutiva das pessoas, adequando e oferecendo a informação e o acesso necessário às demandas e circunstâncias de vida das pessoas (POTTER *et al.*, 2019).

Entretanto, considerar que autonomia reprodutiva pode ser medida (aumentada ou diminuída) exclusivamente pelo número de gravidezes não intencionais e/ou pelo que os serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecem ou deixam de oferecer pode ser um erro teórico e prático. Mas, medir ou compreender (no caso de um delineamento qualitativo) o que as pessoas querem em comparação com o que elas recebem pode lançar luz sobre a autonomia reprodutiva, direcionando o foco de volta às experiências vividas. Exemplificando: em grandes levantamentos sobre fertilidade é comum perguntarem apenas sobre o uso de contraceptivos e, geralmente, não perguntam sobre as preferências contraceptivas, presumindo que o método atual usado foi livremente escolhido e preferido em relação a todos os outros métodos, por exemplo. O diferencial ao se perguntar sobre as preferências contraceptivas está em se obter informações sobre as experiências vividas, a saber: acesso inadequado aos serviços e ao cuidado; arrependimento e/ou coerção em relação ao uso de determinado método; desejo de manter e/ou trocar o método; entre outras nuances. Enfim, a crítica está em considerar uma preocupação estritamente com a gravidez não intencional, e não em com o que as pessoas, em especial, as mulheres, querem ou desejam para as suas vidas. Um exemplo específico é quando se considera como sucesso ao se evitar uma gravidez não intencional o uso de um método reversível de longa duração/*Long-Acting Reversible Contraception* (LARC), simplesmente pelo fato de se estar usando o método. Como exemplo, tem-se o uso do dispositivo intrauterino (DIU), que muitas vezes é considerado como parâmetro para medir a autonomia reprodutiva, mesmo se para uma determinada mulher o uso do DIU é porque ela quer e, para outra o uso

do DIU foi por causa do viés do profissional de saúde. Essas equivalências mascaram uma variedade de falhas dos estudos e serviços de saúde sexual e reprodutiva que merecem atenção e que podem ser reveladas quando se consideram as experiências, as preferências e as escolhas das pessoas (POTTER *et al.*, 2019).

Obviamente, as medidas de base populacional, como a taxa de gravidez não intencional são indicadores importantes, que tentam captar até que ponto as mulheres de uma população tiveram uma gravidez que não desejavam. Sabe-se que essa taxa é consistentemente alta ao longo do tempo e em determinados territórios, o que indica que é uma experiência muito comum e que necessita de estudos e intervenção, portanto, não se deve negá-la simplesmente. Mas, deve-se capacitar a compreensão e a efetivação da autonomia reprodutiva das pessoas, desenvolvendo novas perguntas de pesquisa e novas práticas, para coletar informações aprimoradas sobre as experiências com os serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como as experiências relacionadas à contracepção. Ou seja, deve-se criar e empregar novos indicadores que considerem fatores estruturais, institucionais e relacionais que moldam vidas e que tenham potencial para elevar os direitos humanos, para colocar o bem-estar de todas as pessoas no centro dos esforços e, conseqüentemente, para expandir a pesquisa e a prática. Esses esforços para desenvolver medidas de autonomia reprodutiva, no campo da saúde sexual e reprodutiva, oportunizariam novos *insights* e melhorariam o *saber-fazer* sobre e nos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Urge uma busca de novas estratégias de mensuração para incluir um conjunto mais amplo de experiências, pensamentos e sentimentos que permitam que as pessoas digam o que elas queriam antes, e quando, uma gravidez se tornou parte de suas vidas (KOST; ZOLNA, 2019).

Um exemplo, que ainda intriga muitos pesquisadores e profissionais da saúde, é o fato de quase 50% das gravidezes no mundo ainda serem classificadas como não intencionais e, muitas destas gravidezes apresentarem implicações em seu seguimento e desfecho, devido ao fato de serem consideradas gravidezes indesejadas; em números absolutos, estima-se que 885 milhões de mulheres querem evitar uma gravidez, cerca de três quartos delas usam algum método contraceptivo moderno, ao passo que aproximadamente um quarto – 214 milhões – ainda não têm sua demanda de contracepção atendida (UNFPA, 2008; 2018; 2019).

Também no contexto nacional, a despeito de tudo o que foi construído em termos de programas e políticas na saúde pública brasileira, em especial voltados à saúde da mulher, nas últimas três décadas, os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil* indicam que, para contribuir para melhores desfechos maternos e neonatais, é necessária a ampliação do planejamento reprodutivo, a fim de garantir às mulheres o direito de decidir se e quando desejam engravidar. Na pesquisa em apreço, o relato de sentimentos negativos ou ambivalentes em relação à gestação atual foi pontuado por um terço das participantes, ou seja, uma parcela significativa das mulheres não desejava engravidar naquele momento. Essas mulheres, com gestações não intencionais, apresentaram menor cobertura pré-natal e início mais tardio da assistência pré-natal, segundo as análises dos pesquisadores (VIELLAS *et al.*, 2014).

Para piorar esse cenário, no início de 2020, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos propagandeou a falácia da abstinência sexual aos(às) adolescentes, como meio de evitar a gravidez na adolescência, por sorte (ou por ainda existirem instituições e serviços sérios) o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou veementemente o cancelamento desse programa (e sua propaganda), considerando-o como inócuo, porque não se consegue impor a ninguém a abstinência sexual como meio de se prevenir a gravidez na adolescência, uma vez que, as pessoas iniciam a vida sexual quando se tem desejo e, preferencialmente, quando estejam preparadas para tanto (BRASIL, 2020b).

Como visto, o exemplo acima é só um dos que foram perpetrados nos quatro anos de desgoverno (entre 2018 e 2022) no âmbito da saúde pública, logo há muito que se reconstruir na atenção à saúde como um todo, o que inclui a saúde sexual e reprodutiva. Paradoxalmente, foi em 2022, que a nova lei do planejamento reprodutivo (Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022) foi promulgada, alterando alguns termos da antiga lei do planejamento familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996), onde o foco das mudanças está na redução da idade de 25 para 21 anos para autorizar a esterilização e na não obrigatoriedade da ciência/da assinatura do(da) cônjuge para que se realize a esterilização (BRASIL, 1996; 2022).

Não é de hoje que se sabe que a manutenção e o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, também na esfera da saúde sexual e reprodutiva, passa pela iniciativa política de gestores (daí a importância de escolher bem quem vai



governar), que devem buscar a melhoria da organização dos serviços e a sensibilização de profissionais de saúde para o tema do planejamento reprodutivo, especialmente, da contracepção, como um direito humano fundamental, no intuito de se alcançar a superação das iniquidades e a integralidade no atendimento (HEILBORN *et al.*, 2009).

Diante do que foi apreendido e apresentado até o momento, tem-se como fenômeno de estudo – “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas”. Fenômeno este, que abarca a autonomia da vida sexual e reprodutiva, logo, a questão da escolha livre, responsável e consciente; temas e subtemas estes, que estão, constantemente, pautados dentro dos conceitos dos direitos sexuais e reprodutivos, da saúde sexual e reprodutiva e da própria contracepção. Fenômeno este, que necessita ser compreendido nas diversas dinâmicas de vida das pessoas (nível relacional); que, depois de revelado, tem potencial para apoiar gestores e profissionais de saúde (nível estrutural) a responderem adequadamente às necessidades de cada pessoa (família e/ou comunidade).

E, nesta busca por responder a uma das lacunas da temática em questão, tem-se como perspectiva de mudança um aconselhar e cuidar em contracepção, em especial pela Enfermagem, mais filosófico: livre de pré-julgamentos; buscando a verdade centrada na pessoa; no encontro do sentido (da consciência) da experiência vivida; para fortalecer a disciplina, a profissão e, principalmente, as próprias pessoas envolvidas. Por isso, vislumbrou-se o encontro da teoria de Enfermagem - *Devir Humano*, de Rosemarie Rizzo Parse, como o método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (em inglês, *Body Mapping Storytelling for Research*). A teoria de Enfermagem – *Devir Humano* foi utilizada como referencial teórico-filosófico neste estudo, por sustentar com seus pressupostos e princípios esse novo olhar sobre o fenômeno. Fundamentalmente, a teoria do *Devir Humano* está orientada para a qualidade de vida do ser humano, valorizando-o como protagonista, como agente promotor de sua saúde e de sua vida (PARSE, 1995; 2000). E, o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa foi escolhido como referencial metodológico para esta jornada, por ser um método crítico-criativo, emergente, visual, narrativo e participativo, além de fomentar também o protagonismo da pessoa, especialmente, como participante de pesquisa (GASTALDO *et al.*, 2012). Portanto, acredita-se que

a teoria e o método adotados (juntos) têm potencial para desvelar uma temática tão íntima e decisiva/substancial, que molda vidas, como é a temática da contracepção.

Então, as leituras e (re)leituras dos documentos internacionais e nacionais com a finalidade de aprofundar e alinhar os conceitos apresentados, bem como o encadeamento histórico e social vigente; o aporte de materiais acadêmicos selecionados por sua relevância, coerência, direcionamento e levantamento de lacunas ainda presentes no contexto específico da contracepção; a intenção de inovar o olhar sobre o tema, com o uso de um referencial teórico-filosófico e um método de pesquisa que rompem com os paradigmas vigentes; e a busca por um entendimento da vida cotidiana (com foco na compreensão do processo de escolha), para um *saber-fazer* mais humano à Enfermagem, possibilitaram que as seguintes questões de pesquisa emergissem:

Como se dá a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?

Qual o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?

Qual a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?

Como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender à luz da teoria do *Devir Humano* a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

Mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

Conhecer como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas.

### 2.3 TESE DEFENDIDA

Defende-se a tese de que a compreensão da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas à luz da teoria do *Devir Humano* revela primeiramente, para a própria pessoa: o que ela é e onde está, (no presente/quando se situa na experiência/esclarece o significado da experiência); o que ela foi e de onde veio (no passado/quando (re)conhece os paradoxos da experiência/sincroniza a ritmicidade da experiência); e o que ela pode vir a ser e onde pode chegar (no futuro/quando vai além com os possíveis da experiência/mobiliza a transcendência da experiência).

Isto posto, a compreensão da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas à luz da teoria do *Devir Humano*, a partir da construção do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, é um exercício de empatia que vincula as pessoas entre si, em diferentes contextos

(família, amizades, parcerias afetivo-sexuais, comunidade, entre outros) e, em particular, quando em processo de aconselhamento e cuidado contraceptivo com o seu cuidador (profissional de saúde/enfermeiro(a)), por exemplo. E, o vínculo (nível relacional), aliado ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (nível estrutural), tem potencial para o *devoir humano*, no que concerne à temática da contracepção e suas repercussões.

E, sobre o fenômeno da escolha (propriamente dito), tem-se embutido nesta tese, o pressuposto teórico básico, que o ato de escolher é inerente aos seres humanos. Onde até não escolher é uma escolha, daí a justificativa do uso da expressão “(ou não)” durante toda a realização deste estudo.

Acredita-se que este estudo (sustentado pelos pressupostos dessa tese e considerando o alinhamento do olhar sobre o fenômeno com o método empregado para coleta e análise de dados) oportuniza uma alternativa no que concerne à contracepção. Visando a um Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva pleno na perspectiva da pessoa, prioritariamente; sem desconsiderar o entorno e os aspectos estruturais envolvidos.

### 3 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Conforme Instrução Normativa 02/PEN/2021, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem, um dos manuscritos da Tese poderá ser uma revisão de literatura, que poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução, sendo baseado no guia para elaboração de artigo científico disponibilizado no site <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188539>, para posterior submissão em revista científica.

#### 3.1 MANUSCRITO 01 – REVISÃO INTEGRATIVA: *DETERMINANTES DO PODER DE DECISÃO* SOBRE A ESCOLHA CONTRACEPTIVA

#### **REVISÃO INTEGRATIVA: *DETERMINANTES DO PODER DE DECISÃO* SOBRE A ESCOLHA CONTRACEPTIVA**

#### **INTEGRATIVE REVIEW: *DETERMINANTS OF DECISION-MAKING POWER* REGARDING CONTRACEPTIVE CHOICE**

Luciana Cristina dos Santos Maus<sup>2</sup>  
Marli Terezinha Stein Backes<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

**Objetivo:** identificar o conhecimento científico que tem sido produzido sobre a experiência das pessoas relacionada à escolha de práticas contraceptivas. **Método:** revisão integrativa de literatura de artigos indexados nas fontes de dados PubMed, SciELO, LILACS, BDNF, CINAHL, Scopus, *Web of Science* e Embase, publicados entre 2016 e julho de 2020, que foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** os códigos e as categorias extraídas dos 31 artigos selecionados ilustram que as circunstâncias socioeconômicas, as relações interpessoais, as barreiras do sistema de saúde, o papel da comunidade e o próprio Poder Individual fornecem a dimensão da complexidade da experiência das pessoas em relação à escolha de práticas contraceptivas em diferentes contextos. **Considerações Finais:** desvelou-se todo o peso estrutural dos *determinantes do poder de decisão* e toda a

---

<sup>2</sup> Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [lucianamaus82@gmail.com](mailto:lucianamaus82@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br)

força do Poder Individual, que precisam ser equalizados para o enfrentamento das questões contraceptivas no intercuro da vida sexual e reprodutiva das pessoas.

**Palavras-chave:** Comportamento de escolha; Contraceção; Determinantes de saúde; Enfermagem; Revisão.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the scientific knowledge that has been produced regarding people's experiences related to the choice of contraceptive practices. **Method:** An integrative literature review was conducted on articles indexed in the databases PubMed, SciELO, LILACS, BDENF, CINAHL, Scopus, *Web of Science*, and Embase, published between 2016 and July 2020, which were subjected to content analysis. **Results:** The codes and categories extracted from the 31 selected articles illustrate that socioeconomic circumstances, interpersonal relationships, healthcare system barriers, community role, and individual power provide the dimension of complexity to people's experiences regarding the choice of contraceptive practices in different contexts. **Final considerations:** The structural weight of the *determinants of decision-making power* and the strength of individual power were unveiled, which need to be balanced to address contraceptive issues in people's sexual and reproductive lives.

**Keywords:** Choice behavior; Contraception; Health determinants; Nursing; Review.

## INTRODUÇÃO

Apesar de todos os esforços globais em defender os direitos sexuais e reprodutivos, aproximadamente 50% das gravidezes no mundo são classificadas como não intencionais. Algumas dessas gravidezes são consideradas indesejadas, o que pode acarretar potenciais implicações no seu seguimento e desfecho (UNFPA, 2022).

A gravidez não intencional é um grave problema de saúde pública que afeta diretamente a vida de todas as pessoas que podem engravidar, especialmente, daquelas pessoas em situações de vulnerabilidade. Estima-se que 885 milhões de mulheres querem evitar uma gravidez, sendo que a maioria delas usa algum método contraceptivo moderno. Contudo, cerca de 214 milhões de mulheres não têm esse direito garantido, ou seja, não têm sua demanda de contracepção atendida (UNFPA, 2022).

O relatório do Fundo de População das Nações Unidas (em inglês, *United Nations Population Fund* (UNFPA) de 2022 desvelou o tema: *em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional (vendo o invisível)*. Nesse relatório foi destacado o quanto essa problemática impacta de forma geral toda a sociedade e diretamente todas as pessoas que podem engravidar, incluindo mulheres, meninas, homens transgêneros e pessoas não binárias (UNFPA, 2022).

Nos relatórios anteriores, o UNFPA trouxe a temática da escolha como cerne das suas discussões para oportunizar reflexões no âmbito das questões da saúde sexual e reprodutiva. Através das leituras e releituras desses relatórios, percebeu-se que o escopo sobre os contextos e os conceitos que envolvem a escolha, mais especificamente, a escolha de práticas contraceptivas, vem permeando as reflexões e as ações relacionadas com a gravidez não intencional. Isto porque para muitas

peças que podem engravidar essa escolha reprodutiva, que tem forte potencial para alterar a vida, não é uma escolha. E nada é mais fundamental para a autonomia corporal do que a capacidade de decidir sobre engravidar (ou não). Sabe-se que a autonomia humana pode ser conquistada, por exemplo: pela educação; pela participação na força de trabalho; pela igualdade de gênero; entre outros. Logo, para garantir e sustentar tudo isso é necessário compromisso e esforços de todos, portanto, a sociedade internacional pactuou a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, o que incluiu a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos como objetivos específicos de dois dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) (UNFPA, 2018; 2019; 2020; 2021).

Assim como os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que consideram uma série de circunstâncias que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e/ou fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), os *determinantes do poder de decisão*<sup>4</sup> que envolvem as questões socioeconômicas, as relações interpessoais, as barreiras no sistema de saúde e o papel da comunidade, moldam as escolhas relacionadas com as questões sexuais e reprodutivas. Isto é, são elementos importantes para serem (re)avaliados quando se fala em proporcionar uma experiência em que a escolha (sobretudo a relacionada com a contracepção) possa ser livre, responsável e consciente para todos os envolvidos (UNFPA, 2021).

É necessário explorar a experiência das pessoas com relação a contracepção para que todas as pessoas que possam engravidar, recebam informações, educação e serviços adequados. E, que sejam apoiadas por normas sociais para fazerem escolhas por si mesmas. Todas as escolhas relacionadas com os aspectos da sexualidade e reprodução, o que inclui a decisão por contracepção, são uma questão de justiça. Logo, a gravidez não deveria ser resultado de uma violação da autonomia corporal, mas, sim, de uma escolha afirmativa (ALSPAUGH *et al.*, 2019; UNFPA, 2022).

Definiu-se o seguinte objetivo para este estudo: identificar o conhecimento científico que tem sido produzido sobre a experiência das pessoas relacionada à escolha de práticas contraceptivas.

## MÉTODOS

Foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) baseada nas recomendações de Ganong (1987) e orientada por um protocolo (APÊNDICE A), sendo desenvolvida em seis etapas.

Na primeira etapa “Seleção da pergunta de pesquisa” foi definida a pergunta “Quais os conhecimentos científicos produzidos sobre a experiência das pessoas relacionadas à escolha de práticas contraceptivas?” a partir da estratégia para formulação da pergunta baseada do mnemônico PICo (ARAÚJO, 2020), em que “P” corresponde a paciente ou população que no caso deste estudo são “das pessoas”; “I” diz respeito ao fenômeno de interesse, ou seja, “a escolha de práticas contraceptivas” e, “Co”, refere-se ao contexto, neste estudo relacionado às “experiências” vivenciadas.

Na segunda etapa “Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos” foram definidos como critérios de inclusão: artigos originais e completos de periódicos publicados entre 01 de janeiro de 2016 e 31 de julho de 2020; publicados

---

<sup>4</sup> Apesar do relatório do UNFPA (2021) apresentar os determinantes, especificando-os para as mulheres, eles podem ser visto como um modelo ecológico para a autonomia corporal de todas as pessoas.

nos idiomas inglês, espanhol e/ou português. O recorte temporal de 2016 a meados de 2020, justifica-se pela intenção das autoras em incluir apenas estudos publicados nos últimos quatro anos e meio (no momento da realização do estudo). Os critérios de exclusão foram: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; dossiês; documentos oficiais de programas nacionais e internacionais; relatos de experiência; estudos de reflexão; estudos teóricos; teses; dissertações; trabalhos de conclusão de curso; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; livros; materiais publicados em outros idiomas que não fossem em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplaram o escopo do protocolo desta RIL.

A terceira etapa “Seleção da amostra” foi realizada em parceria com uma bibliotecária. Foram definidos os descritores com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave. Descritores em português: enfermagem (e) experiência (ou) vivência (ou) aprendizado (e) escolha (ou) decisão (ou) opção (ou) preferência (ou) vontade (ou) desejo (ou) motivação (e) prática contraceptiva (ou) contracepção (ou) anticoncepção (ou) método anticoncepcional; que também foram traduzidos para o inglês e espanhol, quando da realização das buscas. Para tanto, considerou-se para seleção da amostra os estudos que continham os descritores e/ou palavras-chave no resumo, no título ou como assunto/descriptor.

As fontes (bibliotecas virtuais/base de dados) foram definidas, levando em conta as que agregam maior número de periódicos indexados, que tem interface com o tema pesquisado e com a área da saúde/enfermagem. Assim, foram utilizadas as bibliotecas virtuais: Portal da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). E, as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Scopus; *Web of Science*; e Embase.

Definidas as estratégias de busca, foram criadas as chaves dos descritores para as respectivas fontes de dados, conforme especificado no Quadro 1.

Quadro 1 – Fonte de dados e chave de descritores utilizada na busca dos estudos para revisão integrativa

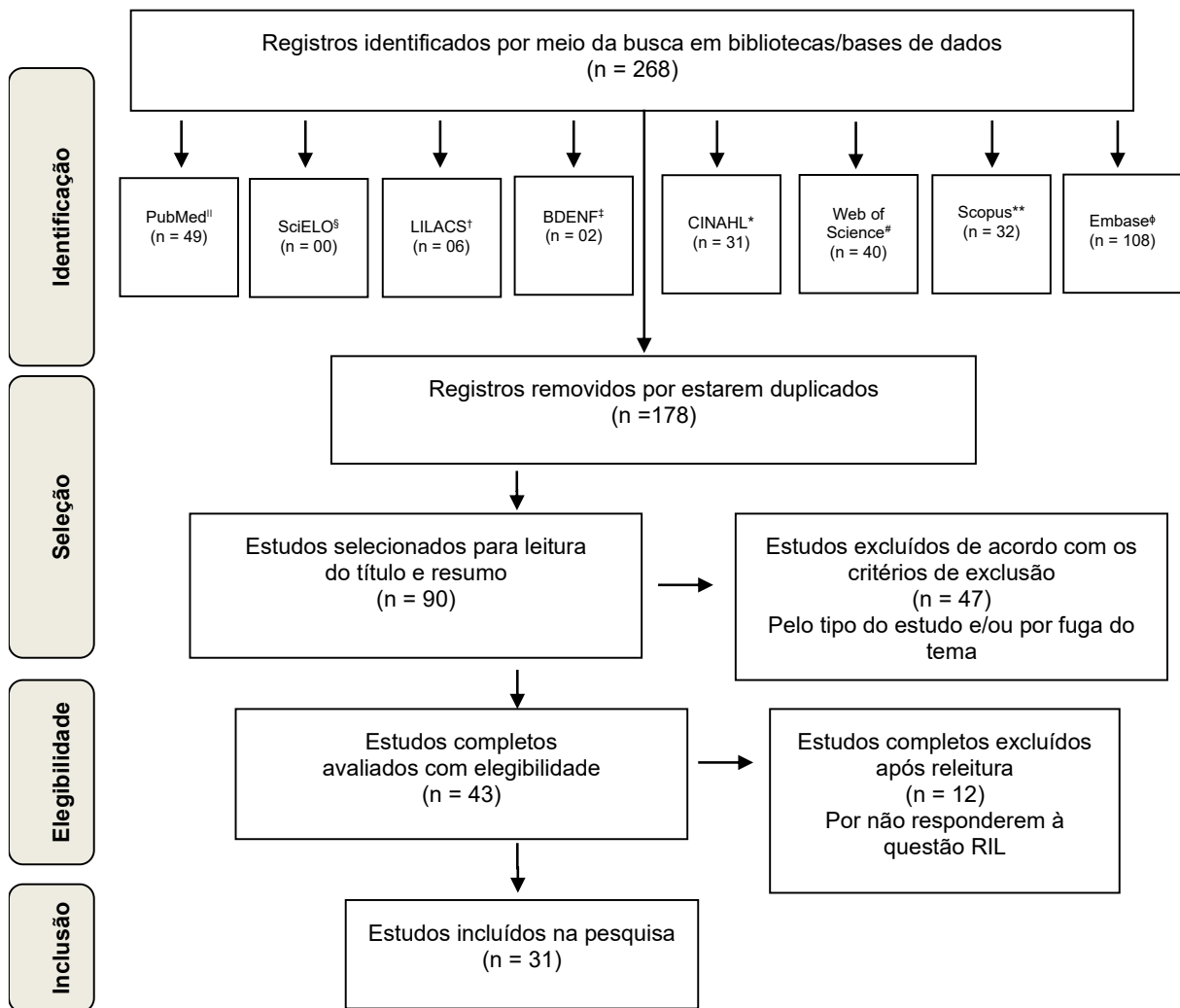
Fonte de dados	Chave de descritores
<b>PubMed</b>	("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND (experience[All Fields] OR ("learning"[MeSH Terms] OR "learning"[All Fields] OR "learn"[All Fields]) OR ("learning"[MeSH Terms] OR "learning"[All Fields])) AND (("choice behavior"[MeSH Terms] OR "choice"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "choice behavior"[All Fields] OR "choice"[All Fields]) OR ("Decision (Wash D C )"[Journal] OR "decision"[All Fields]) OR option[All Fields] OR preference[All Fields] OR ("volition"[MeSH Terms] OR "volition"[All Fields]) OR desire[All Fields] OR ("motivation"[MeSH Terms] OR "motivation"[All Fields])) AND (("contraceptive agents"[Pharmacological Action] OR "contraceptive devices"[MeSH Terms] OR ("contraceptive"[All Fields] AND "devices"[All Fields]) OR "contraceptive devices"[All Fields] OR "contraceptive"[All Fields] OR "contraceptive agents"[MeSH Terms] OR ("contraceptive"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "contraceptive agents"[All Fields]) OR ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields]) OR anticonception[All Fields] OR (anticonceptional[All Fields] AND ("methods"[MeSH Terms] OR "methods"[All Fields] OR "method"[All Fields])) OR "Contraceptive Method"[All Fields]





No segundo semestre de 2020, as autoras realizaram as buscas nas referidas fontes de dados, identificando os estudos conforme os critérios apresentados. As especificações quanto à identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos são apresentadas no fluxograma (Figura 1), adaptado ao *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension/Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises (PRISMA) de 2020 (PAGE et al., 2021)*.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA adaptado para revisão integrativa



<sup>||</sup> PubMed - *National Library of Medicine*<sup>®</sup>

<sup>§</sup> SciELO - *Scientific Eletronic Library Online*

<sup>†</sup> LILACS - *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*

<sup>‡</sup> BDENF - *Base de Dados de Enfermagem*

\* CINAHL - *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

# *Web of Science*

\*\* Scopus

<sup>φ</sup> Embase

Fonte: elaborado pelas autoras, adaptado ao Fluxograma PRISMA 2020

Na fase de seleção dos estudos foi realizada, com base no resumo dos 90 artigos selecionados, a conferência no que tange aos critérios de inclusão, de

exclusão e objetivos, a fim de atender uma primeira seleção. Como sugere a RIL, os dados oriundos dos resumos foram organizados, neste caso, inicialmente em uma tabela *Excel*<sup>®</sup>. Cada biblioteca virtual/base de dados recebeu uma aba específica na tabela do *Excel*<sup>®</sup>; a tabela foi configurada com os seguintes itens (por coluna): ano/tipo de artigo; título; referência/citação; descritores e/ou palavras-chave; temática do estudo; objetivos do estudo; referencial teórico; método; população/sujeitos; local/cenário; resultados; discussão e/ou conclusão; e a pergunta “Qual a experiência das pessoas (participantes do estudo) relacionada à escolha de práticas contraceptivas (no contexto do estudo)?” À medida que as abas da tabela do *Excel*<sup>®</sup> eram completadas já era possível destacar quais os artigos tinham potencial para compor esta RIL. Dessa forma, optou-se por usar uma estratégia básica de sinalização por cores, onde a cor verde correspondia ao estudo como forte potencial para compor a RIL; a cor amarela sinalizava dúvida, exigindo maior aprofundamento do material; e a cor vermelha indicava para exclusão, definitiva e certa, do artigo.

Ainda na fase da seleção foi realizada uma segunda etapa de triagem, onde após uma leitura atenta dos dados reunidos na tabela do *Excel*<sup>®</sup> os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram submetidos à uma avaliação crítica, antes os de língua estrangeira passaram por uma tradução completa, e todos por um fichamento das suas principais informações e das conclusões desenvolvidas, apoiando desta forma na certificação para manutenção (ou não) dos respectivos estudos nesta RIL.

Na quarta etapa “Análise crítica dos resultados”, realizou-se a análise dos dados que foi baseada na análise de conteúdo, em que as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados se deu da seguinte forma: os artigos selecionados já traduzidos e fichados passaram por uma releitura (linha a linha) e receberam códigos (e subcódigos), gerando desta forma uma lista de códigos que foram agrupados por similaridade e, posteriormente foram direcionados para categorias pré-determinadas, uma vez que foi usada a lente dos *determinantes de poder de decisão* (UNFPA, 2021), permitindo desta forma buscar o que é preconizado pela análise de conteúdo que é a descrição e interpretação do conteúdo de pesquisa (BARDIN, 2011; SOUSA; SANTOS, 2020).

A quinta etapa “Interpretação dos resultados e discussão” compreendeu a avaliação dos estudos com a interpretação dos dados por meio das categorias e a discussão desses com base na literatura disponível.

E, na sexta e última etapa “Apresentação da síntese do conhecimento”, realizou-se a síntese do conhecimento evidenciado por meio dos estudos analisados e a apresentação da revisão realizada.

Por se tratar de um estudo de revisão, sem envolvimento de seres humanos, não houve necessidade de aprovação por parte de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), contudo o passo a passo metodológico descrito acima demonstrou o rigor no desenvolvimento desta pesquisa.

## RESULTADOS

Após as análises, 31 estudos compuseram a amostra (resultado desta RIL). Foi elaborado um quadro (Quadro 2) para a organização e apresentação dos dados dos estudos incluídos.

Quadro 2 – Estudos selecionados na revisão integrativa, informações básicas para caracterização dos estudos e resposta-síntese por estudo

REFERÊNCIAS (por ano selecionado)	Objetivo(s) do estudo	Prática contraceptiva e/ou contexto  Delineamento da pesquisa/ instrumento de coleta  Participantes  Local onde o estudo foi realizado	Resposta-síntese por estudo para a questão:  “Qual a experiência das pessoas (participantes do estudo) relacionada à escolha de práticas contraceptivas (no contexto do estudo)?”
(CHOFAKIAN et al., 2016)	Testar como o conhecimento da contracepção de emergência influencia o uso de contracepção de emergência entre estudantes adolescentes do ensino médio	Contracepção de emergência (CE)  Quantitativo/Questionário  307 adolescentes  Escolas públicas e privadas em São Paulo, Brasil	Entre os <b>adolescentes do ensino médio de escolas públicas e privadas</b> (São Paulo, Brasil) conhecer alguém que usou <b>contracepção de emergência</b> contribuiu significativamente para a escolha (para o uso) da mesma prática; contudo o conhecimento sobre a indicação, os mecanismos de ação e os efeitos colaterais da contracepção de emergência não apresentou o mesmo efeito significativo.
(EZER et al., 2016)	Compreender como adolescentes femininas tomam decisões sobre questões sexuais, relação sexual e gravidez, e como elas veem os fatores rurais e as circunstâncias, como localização geográfica, recursos econômicos, e cuidados de saúde disponíveis, que impactam este processo de tomada de decisão	Anticoncepcionais de forma geral (preservativos; pílulas; contracepção de emergência; abstinência sexual)  Qualitativo/Entrevistas com questões abertas  08 adolescentes que viveram pelo menos 01 ano na zona rural  Zona rural, Ontário, Canadá	No <b>contexto rural</b> (de Ontário, Canadá), onde o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva são limitados a recursos disponíveis nas escolas ou nas cidades mais próximas, as <b>adolescentes</b> temem em perder sua privacidade e sofrerem julgamentos em caso de serem vistas buscando por <b>preservativos, pílulas ou contracepção de emergência</b> , por exemplo. Além disso, esse contexto oferece situações de risco como as festas rurais, onde o uso de álcool e drogas pode acontecer, bem como o envolvimento dessas mesmas adolescentes com homens mais experientes (sexualmente falando), <b>limitando a capacidade de decisão contraceptiva</b> . Para essas adolescentes o processo de tomada de decisão sexual e contraceptiva, no contexto rural, foi influenciado: pela família (onde os pais muitas das vezes não informavam sobre questões sexuais e reprodutivas, ainda assim as mesmas se esforçavam para não decepcioná-los nestes quesitos); pelos amigos (caracterizados como fontes de informação, nem sempre confiáveis); pela comunidade (pautada na tradição, no conservadorismo e na religiosidade, que ditava a <b>abstinência sexual como recurso contraceptivo</b> ); e pelos valores pessoais dessas adolescentes, que objetivavam terminar os estudos para estabelecer carreira futura.

(HAYTER <i>et al.</i> , 2016)	Explorar as experiências de mães adolescentes usando um serviço contraceptivo domiciliar conduzido por uma enfermeira, projetado para prevenir a repetição de gestações não planejadas	<p>Anticoncepcionais de forma geral (no contexto do pós-parto)</p> <p>Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas</p> <p>40 adolescentes mães</p> <p>Serviço de Saúde Sexual do Jovem (Prevenção Segunda Gravidez (P2P)) em uma cidade do norte da Inglaterra</p>	No norte da Inglaterra, através do <b>serviço chamado de Prevenção Segunda Gravidez (P2P)</b> , <b>jovens mães adolescentes</b> recebiam no domicílio aconselhamento sobre <b>contracepção no pós-parto</b> , além de informações sobre ISTs. O que se mostrou mais notável e mais valioso em termos de experiências das jovens mães adolescentes que receberam o serviço P2P foi a privacidade, a conveniência, a flexibilidade, a facilidade e a rapidez. Criou-se um contato contínuo, uma relação de apoio e de mentoria com a enfermeira do serviço P2P o que proporcionou a essas jovens mães adolescentes uma sensação de <b>maior controle e maior capacidade de tomar decisões sobre sua saúde sexual e suas escolhas reprodutivas</b> como resultado do conhecimento que foi transmitido durante a visita.
(KIM; LEE, 2016)	Identificar os fatores que afetam infecções sexualmente transmissíveis entre estudantes do ensino médio na Coreia do Sul	<p>Anticoncepcionais de forma geral (foco em preservativos)</p> <p>Quantitativo/análise de dados secundários de pesquisa nacional (KYRBWS-VIII)</p> <p>2.387 adolescentes que já tiveram atividade sexual/alunos do ensino médio</p> <p>Coreia do Sul</p>	O <b>uso de preservativo</b> foi estatisticamente significativo apenas para <b>estudantes do ensino médio do sexo masculino</b> , mas no contexto da pesquisa isso pode ser explicado devido ao fato de que a questão da KYRBWS (pesquisa nacional da Coreia do Sul) perguntou para esses adolescentes se eles usaram preservativos apenas para contracepção, e não para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Supõem-se que os adolescentes coreanos possam preferir <b>sexo oral como prática contraceptiva comportamental</b> , o que pode aumentar o risco para IST, especialmente para adolescentes do sexo feminino, caso, seus parceiros sexuais, não usem preservativo. Aproximadamente 60% dos entrevistados relataram educação sexual (nas escolas) nos últimos 12 meses. Contudo, outra fonte de informação citada pelos adolescentes foi o acesso a pornografia que pode causar comportamentos sexuais de risco.
(PURCELL <i>et al.</i> , 2016)	Examinar as experiências de cuidados contraceptivos na perspectiva de mulheres que procuram aborto, nos contextos dos departamentos de ginecologia hospitalar e de um centro especializado em saúde sexual e reprodutiva	<p>Anticoncepcionais de forma geral (foco em <i>Long-Acting Reversible Contraception</i> - LARC)</p> <p>Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas</p> <p>46 mulheres</p> <p>Serviço Nacional de Saúde (NHS) (02 hospitais e 01 centro de saúde sexual e reprodutiva) da Escócia</p>	No <b>contexto complexo e multifatorial do aborto medicamentoso</b> , abordar questões relacionadas com contracepção, além de ser um momento óbvio, sobretudo para se evitar uma nova gravidez não intencional, é aceitável para maioria das <b>mulheres</b> , que frequentam o Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Escócia, especialmente, se feito de uma maneira não julgadora por parte dos profissionais de saúde. A escolha por <b>métodos anticoncepcionais reversíveis de longa ação (LARCs) no pós-aborto</b> estava relacionada: ao conhecimento das experiências de amigos e parentes com este tipo de método anticoncepcional; às vantagens percebidas (como confiabilidade e pelo baixo risco de esquecimento); e às experiências anteriores com diferentes métodos. Sendo fator de recusa para LARC: os efeitos colaterais; o medo da dor para inserção ou medo de agulhas; e, a preocupação da falta de controle da mulher inerente ao LARC.

(VEALE et al., 2016)	Explorar a saúde de jovens trans que relataram experiências com a gravidez	<p>Anticoncepcionais de forma geral (preservativos e pílulas)</p> <p>Quantitativo/dados secundários</p> <p>923 jovens transgêneros</p> <p>Dados vêm do <i>Canadian Trans Youth Health Survey</i> de todos os territórios do Canadá, exceto para o Yukon e Nunavut</p>	<p>A educação sexual binária de gênero limita a participação de jovens transgêneros nessa discussão. Supõem-se, equivocadamente, que pessoas trans só estejam interessadas em fazer sexo com pessoas designadas do mesmo sexo do nascimento delas, o que inviabilizaria uma gravidez por este intercuro sexual. Contudo, <b>jovens trans canadenses</b>, participantes deste estudo, relataram <b>envolvimento com gravidez</b> (engravidaram ou engravidaram alguém). Nesse contexto, devido a transição física e hormonal, que tem potencial para interromper o funcionamento reprodutivo, muitas das vezes se tem a <b>crença de que jovens trans não precisam de práticas contraceptivas</b>, o que pode ser mais um equívoco. Portanto, deve-se garantir o direito a reprodução antes da transição. A maioria dos participantes fez uso de práticas contraceptivas eficazes como <b>preservativos e pílulas anticoncepcionais</b>.</p>
(BAIRD; CREEDEY; MITCHEL, 2017)	Explorar as intenções de gravidez das mulheres e as experiências de violência por parceiro íntimo antes, durante e após a gravidez	<p>Anticoncepcionais de forma geral (no contexto de coerção contraceptiva)</p> <p>Qualitativo/Entrevistas</p> <p>11 mulheres</p> <p>Refúgios comunitários de mulheres em uma região do Reino Unido</p>	<p>Em um <b>contexto de violência por parceiro íntimo (VPI)</b> as <b>mulheres</b> podem sofrer <b>coerção reprodutiva (CR)</b>, onde ficam em uma posição de <b>incapacidade para gerenciar</b> (devido ao medo, a dominação e sabotagem masculina) <b>suas escolhas contraceptivas</b>. Ocasionalmente gravidezes não intencionais e indesejadas. Muitas dessas mulheres precisam passar a viver em refúgios comunitários. Foi o que aconteceu com as participantes desse estudo que viviam em uma região do Reino Unido. Algumas mulheres esperavam por uma resposta protetora dos parceiros com relação à gravidez, mas ao invés disso experimentaram momentos estressantes devido raiva, negligência e culpa por terem engravidado.</p>
(BERTRAND et al., 2017)	Avaliar as atitudes dos aceitantes em relação à Sayana® Press como método e em relação ao mecanismo de distribuição em nível de comunidade por alunos de medicina e enfermagem	<p>Anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo (Sayana® Press)</p> <p>Quantitativo/Entrevistas usando smartphones</p> <p>374 mulheres aceitantes de Sayana® Press</p> <p>Em 05 zonas de saúde de Kinshasa na República Democrática do Congo</p>	<p>Quase 60% das <b>mulheres</b> que aceitaram o <b>anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo (Sayana® Press)</b> relataram efeitos colaterais. Contudo, isso não as intimidou de continuar com o método. Para maioria das mulheres a razão de continuar estava no fato de o método ser de uso fácil, eficaz e discreto. Além disso, em um <b>contexto de poucos recursos</b> (Kinshasa, Congo), a possibilidade da auto injeção, caracterizou-se como um fator para o aumento do acesso à contracepção.</p>

(CLEEVE et al., 2017)	Explorar a agência reprodutiva em relação ao aborto inseguro entre mulheres jovens que procuram atendimento pós-aborto em Uganda	<p>Anticoncepcionais de forma geral (no contexto do pós-aborto inseguro)</p> <p>Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas</p> <p>17 mulheres</p> <p>Em um hospital público em Kampala, Uganda</p>	<p>A <b>opção pelo aborto inseguro</b>, muitas das vezes, vem em decorrência do fato de as mulheres terem sofrido violência por parceiro íntimo (VPI) e coerção reprodutiva (CR) (onde foram forçadas a ter <b>sexo desprotegido, sem preservativo</b> como prova de amor e confiança). Em um contexto em que a comunicação do casal sobre gravidez, sexo e anticoncepção era incomum, as mulheres pareciam aceitar os desejos de seus parceiros. Em vez de usar anticoncepcionais modernos, elas confiaram em <b>métodos tradicionais</b>, como <b>dias seguros (tabelinha)</b> ou o <b>método de retirada (coito interrompido)</b>, porque o consenso geral era de que os homens não gostam de anticoncepcionais devido ao medo dos efeitos colaterais e por não saberem usar preservativos. Além disso, as mulheres dependiam economicamente dos parceiros. Então, onde normas de gênero e desequilíbrios de poder criam vulnerabilidade e restringem o poder de decisão de mulheres em relação ao sexo consensual, contracepção e aborto, oferecer <b>aconselhamento anticoncepcional</b>, especialmente, <b>no pós-aborto</b> é uma grande oportunidade e, ao mesmo tempo, um grande desafio, especialmente em um contexto de poucos recursos e limitações de serviços e profissionais de saúde, como em Kampala, Uganda. Para as mulheres, que interromperam a gravidez contra a vontade de seus parceiros, sua decisão foi impulsionada por uma combinação de medo do estigma, desejo de educação e independência econômica. <b>A experiência da gravidez indesejada e do aborto inseguro moldou futuras intenções contraceptivas</b>, ou seja, elas relataram que pretendiam usar anticoncepcionais no futuro, independentemente dos desejos de seu parceiro. Ainda assim, também expressaram medo dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais, como câncer, infecção e infertilidade.</p>
(COVER et al., 2017)	Avaliar a viabilidade da auto injeção subcutânea de DMPA no Senegal; (1) medir a proporção de participantes que se auto injetaram com competência 3 meses após o treinamento, (2) medir a proporção de pessoas que se auto injetaram no prazo (definido conservadoramente como dentro de 7 dias da data da reinjeção) e (3) avaliar aceitabilidade da auto injeção	<p>Anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo (<i>Subcutaneous Depot Medroxyprogesterone Acetate</i>/ Acetato de Medroxiprogesterona de depósito – subcutâneo (DMPA-SC))</p> <p>Quantitativo/Entrevistas estruturadas</p> <p>378 mulheres</p> <p>Em oito instalações públicas em duas regiões do Senegal</p>	<p>Das <b>mulheres</b> que receberam instrução individual para <b>auto injeção</b> com o <b>anticoncepcional trimestral subcutâneo</b> (DMPA-SC), em duas regiões do Senegal, 90% alcançaram competência em sua primeira injeção após o treinamento. A percepção de confiança para auto injeção aumentava em cada oportunidade de aplicação. Os efeitos colaterais comuns do método foram experienciados pelas mulheres, mas isso não impediu que 9 em cada 10 mulheres desejasse fazer uso do método no futuro, se disponível. Além disso, 3 em cada 4 mulheres recomendaria o método a uma familiar ou amiga. O fato de a auto injeção aumentar a confidencialidade é um ponto crucial para mulheres que precisam esconder dos parceiros e/ou família o uso de anticoncepcional. Em suma, a experiência da auto injeção, com um suporte suficiente, oportunizou acessibilidade, autonomia e discrição para as mulheres que escolheram este método. Contudo, o descarte do material precisa ser reavaliado, uma vez que, constatou-se que 49% do descarte foi em fossa ou latrina.</p>

(LIMA <i>et al.</i> , 2017)	Analisar os aspectos reprodutivos e o conhecimento sobre planejamento familiar de mulheres com <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)	Anticoncepcionais de forma geral (preservativo, pílula e laqueadura)  Quantitativo/Entrevista através de um formulário  102 mulheres  Ambulatório de unidade de infectologia de um hospital localizado em Fortaleza, Ceará	Dentro do <b>contexto da doença associada (HIV/Aids)</b> , existe um risco de aumento da vulnerabilidade da mulher no que se refere aos aspectos reprodutivos. Isso muitas das vezes, se deve as barreiras, como: falta de poder de decisão feminina; carência de recursos materiais e humanos; e baixa qualidade dos serviços de planejamento familiar (PF). Em um ambulatório de infectologia de um hospital de Fortaleza (Ceará, Brasil), constatou-se que apenas um terço (33,3%) das mulheres com HIV/Aids revelou ter recebido orientações sobre PF. A maioria das participantes <b>não estava utilizando métodos contraceptivos da forma preconizada para pessoas com HIV/Aids</b> , que é o uso do preservativo em todas as relações sexuais, aumentando assim o risco de gravidez indesejada, bem como da reinfecção pelo HIV. Além disso, o método da esterilização ( <b>laqueadura tubária</b> ) foi maior em mulheres que não receberam orientações acerca do PF.
(MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017)	Interpretar as percepções das mulheres jovens sobre o LARC por meio da lente da difusão da inovação para que possamos planejar para disseminação de LARC que explicam como esses métodos são compreendidos e avaliados por mulheres jovens	Anticoncepcionais reversíveis de longa ação (Dispositivo Intrauterino (DIU) e Implantes)  Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas  22 mulheres adolescentes (jovens)  Hospital Infantil de Boston Programa de Pesquisa Clínica do Departamento de Serviços ao Paciente Conceder; e <i>Maternal Child Health Bureau, Health Research</i> e Administração de Serviços, Educação de Liderança em Concessão do Programa de Treinamento em Saúde do Adolescente	Na pesquisa realizada em Boston (EUA), a escolha de <b>LARC</b> pelos <b>adolescentes</b> pode ser compreendida a partir da três categorizações desse grupo: “ <b>positivo/persuadido</b> ”; “ <b>conhecimento negativo/baixo</b> ”; e “ <b>negativo/inflexível</b> ”. Para adolescentes do grupo “negativo/inflexível” LARCs são muito complexos e arriscados para serem experimentados. E, isso é corroborado quando da experiência negativa com LARC de um dos seus pares/amigos, por exemplo. Dessa, forma a incerteza gera medo, e não curiosidade, sobre LARC. O traço comum entre todas as observações dos participantes sobre os resultados do uso de LARC é que: <b>é impossível saber como LARCs afetarão qualquer pessoa até que se tenha tentado usar</b> . A dificuldade e a incerteza acarretadas no ato de tentar LARCs foi o que fez os participantes decidiram por rejeitar LARCs, especialmente se eles acreditavam que suas necessidades contraceptivas eram suficientemente atendidas por outro método. A baixa absorção atual de LARCs sugere que no ponto de escolher um método LARCs não competem efetivamente com um gama completa de opções. Neste estudo, os participantes que expressaram as atitudes mais positivas em relação aos LARCs normalmente escolheram inicialmente um método LARC porque outros métodos foram descartados, <b>criando assim a necessidade de LARCs</b> .



(MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017)	<p>Explorar as experiências de sexo e relacionamento de mulheres jovens que crescem com o <i>Human Immunodeficiency Virus/Vírus</i> da Imunodeficiência Humana (HIV) adquirido no período perinatal, a fim de compreender como melhorar os cuidados de saúde sexual e saúde reprodutiva e os resultados associados</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral (foco em preservativos)</p> <p>Qualitativo/Entrevista em profundidade</p> <p>14 adolescentes</p> <p>Centros especializados de gestão de HIV pediátrico na região central do Malawi</p>	<p>No Malawi, entre as <b>jovens mulheres adolescentes que adquiriam HIV no período perinatal</b> e os seus cuidadores e provedores pairava um silêncio cultural sobre as questões sexuais e reprodutivas. A maioria das jovens mulheres presumia (e/ou temia) que a <b>revelação do status sorológico</b> e o <b>uso de preservativo</b> levariam inevitavelmente à rejeição ou perda de suas fontes de suporte. Portanto “optavam” por <b>não usar preservativo</b> nos intercursos sexuais. Isso resultou em uma série de resultados adversos para algumas delas, incluindo gravidez indesejada na adolescência. A dependência para com o parceiro sexual significava que ele assumia o poder e controle nos encontros sexuais, inibindo os esforços da jovem mulher para negociar por sexo seguro. Ter um bebê indesejado claramente representava impacto na situação financeira e carga social, o que poderia causar complicações no tratamento do HIV. A maioria das jovens mulheres queria estar no controle de suas vidas. Algumas chegando a sinalizar que <b>contraceptivos injetáveis seriam uma solução ideal</b>. Por outro lado, outras queriam um bebê para se sentir mais aceitas, para ganhar <i>status</i> social como uma mãe e receber amor de seu filho, configurando um fator positivo dentro da qual elas poderiam exercer poder, controlar e tomar decisões, apesar de seu <i>status</i> sorológico. Elas sinalizaram que prefeririam um tipo de serviço de saúde que integrasse o tratamento do HIV, as questões de saúde sexual e reprodutiva e o pré-natal.</p>
(AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018)	<p>Explorar a saúde reprodutiva, os processos de tomada de decisão, planejamento familiar e cuidados durante a gravidez e parto de mulheres Bantu Somalis que vivem em Buffalo</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Qualitativo/Dados demográficos e Grupo Focal</p> <p>30 mulheres</p> <p>Região de Buffalo, Estados Unidos da América (EUA)</p>	<p>Para <b>mulheres refugiadas Somalis Bantu, que imigraram para os EUA</b>, destaca-se a <b>dificuldade/resistência com relação ao uso de métodos hormonais e a forte aceitação cultural para amamentação e retirada (coito interrompido), como métodos anticoncepcionais para espaçamento entre os filhos</b>. Como pontos relevantes, o estudo relatou descobertas importantes relacionadas aos fatores que essas mulheres identificaram como sendo <b>a chave de suas decisões de saúde reprodutiva</b>, como espaçamento entre filhos, métodos de controle de natalidade e relações sexuais, o que inclui: a influência da família, incluindo o que cônjuge/marido/homem determina; as influências das crenças religiosas (pedir para Alá decidir sobre o número e espaçamento entre os filhos); as influências culturais (crianças são consideradas como uma riqueza, que vão apoiar as famílias); e a influência da experiência pessoal com métodos anticoncepcionais hormonais (onde a vivência dos efeitos colaterais, como o escape menstrual que interfere nas relações sexuais faz com que a mulher não esteja totalmente disponível para o seu marido). Outro destaque, como orientativo aos profissionais de saúde, é que possam <b>identificar quem é essa mulher e o que ela identifica como importante na sua tomada de decisão</b>, isto porque, a experiência do indivíduo terá um papel muito maior na tomada de decisões. Conclui que pares culturais podem ajudar as mulheres em sua tomada de decisão, para que seja culturalmente congruente e aceitável.</p>

(BAULENI et al., 2018)	Examinar a relação entre a violência por parceiro íntimo e a tomada de decisão reprodutiva das mulheres em Victoria, Austrália	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Quantitativo/Dados secundários</p> <p>2.621 mulheres</p> <p>Serviços de saúde materno-infantil de Melbourne, Austrália</p>	<p>Em um <b>contexto de violência por parceiro íntimo (VPI)</b> mulheres podem sofrer <b>coerção reprodutiva (CR)</b>, mesmo em países de alta renda, como na Austrália. As mulheres eram mais propensas a tomar decisões sobre a contracepção de forma independente, para <b>não usar contracepção</b>, especialmente entre mulheres solteiras (em 8x mais); ou para que <b>o parceiro tome a decisão para não usar métodos anticoncepcionais</b>, especialmente em mulheres de baixa renda. Sofrer VPI diminui a tomada de decisão em conjunto sobre contracepção, portanto a falta de tomada de decisão conjunta pode fornecer um alerta aos profissionais de saúde sobre possível VPI. <b>VPI é um fardo significativo para saúde reprodutiva das mulheres.</b></p>
(BERTRAND et al., 2018)	Avaliar a aceitabilidade e a viabilidade da auto injeção do DMPA-SC entre mulheres em Kinshasa, República Democrática do Congo e de estudantes de medicina/enfermagem como instrutores de auto injeção	<p>Anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo (Sayana® Press)</p> <p>Quantitativo/Entrevistas</p> <p>640 mulheres que optaram por auto injeção</p> <p>Três das 35 zonas de saúde em Kinshasa na República Democrática do Congo</p>	<p>Entre as <b>mulheres</b> que optaram pela <b>auto injeção</b> do <b>DMPA-SC</b>, em Kinshasa (Congo), percebeu-se altos níveis de satisfação tanto com o método em si, quanto com o procedimento. Sendo que 65,2% relataram que a primeira auto injeção foi um pouco ou muito fácil. Apesar da ansiedade inicial, do medo da agulha e da dor relatados por quase metade das participantes, as usuárias relataram que ganharam um alto nível de confiança em sua capacidade de auto injetar ao longo do processo. Quase que 90% das mulheres ficaram muito satisfeitas com as informações e conselhos que receberam; 95,9% delas “recomendariam fortemente” ou “recomendariam de alguma forma” a auto injeção de DMPA-SC a outras mulheres. Os aspectos negativos da auto injeção de DMPA-SC incluíram seus efeitos colaterais para 25,5% das mulheres e indisponibilidade do método para apenas 5,4% das mulheres. No acompanhamento de 6 meses, as entrevistadas citaram a eficácia de DMPA-SC na prevenção da gravidez (66,5%) e na facilidade de uso (45,2%) como os aspectos mais positivos da auto injeção de DMPA-SC. Três em cada quatro mulheres interessadas em DMPA-SC estavam dispostas a tentar a auto injeção, pelo menos em um ambiente onde a contracepção era gratuita e facilmente acessível. Três quartos das mulheres indicaram que seus maridos/companheiros eram favoráveis ao PF. Para elas, <b>o controle da prática contraceptiva</b>, vivenciada pela experiência da auto injeção foi o destaque para a escolha do DMPA-SC.</p>

(CHANG et al., 2018)	Entender melhor os fatores que influenciam atitudes em relação ao controle reprodutivo e doenças cardiovasculares	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Misto/Questionários e Grupos Focais</p> <p>75 mulheres que vivem com Doença Cardíaca Reumática (DCR)</p> <p>Instituto do coração em Kampala, Uganda</p>	<p>As <b>mulheres</b> que vivem com <b>Doença Cardíaca Reumática (DCR)</b> em Uganda experimentam uma série de situações relacionadas com as questões reprodutivas. Entre elas, a que se destaca é a forte recomendação por parte de profissionais de saúde, para <b>não engravidarem devido aos riscos associados</b>. Outra ponto, está no <b>estima social</b> vivenciado devido a relação entre ter DCR e o desejo de/cobrança social por ter filhos. Muitas dessas mulheres relataram medo do abandono por parte dos parceiros devido a limitação da fertilidade percebida; algumas trazem a questão de que preferiam ter HIV/Aids do que DCR, uma vez que, soa ser mais aceitável para um mulher ter filhos no primeiro contexto. Fatores de contracepção: muitas mulheres relataram que, dadas as recomendações que receberam de profissionais de saúde, elas optaram por uma <b>variedade de medidas contraceptivas</b>, incluindo pílulas anticoncepcionais orais, DIUs, anticoncepcionais de emergência, técnicas de retirada (coito interrompido) e abstinência sexual. Ainda assim foi observado a presença de vários conceitos errôneos sobre os efeitos colaterais cardíacos devido uso, especialmente, das pílulas anticoncepcionais e dos DIUs. Evidencia-se um <b>complexo processo de tomada de decisão para mulheres com DCR; e, muitas vezes, a tomada de decisão tem por base a ancoragem da experiência anterior</b>.</p>
(CUINHANE et al., 2018)	Explorar as percepções e os processos de tomada de decisão em relação à gravidez entre mulheres soropositivas na província rural de Maputo	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Qualitativo/Entrevistas em profundidade e Grupos Focais</p> <p>59 mulheres vivendo com HIV</p> <p>Serviços de saúde da área rural de Maputo, Moçambique</p>	<p>Os resultados deste estudo realizado na área rural de Maputo (Moçambique) revelam que <b>mulheres HIV-positivo</b> têm diferentes percepções do significado e dos processos relacionados com a gravidez. Estas percepções são muitas vezes derivadas de expectativas sociais embutidas em normas familiares e/ou comunitárias onde se atribui um valor simbólico muito alto na reprodução humana. Além disso, para mulheres HIV-positivo falta poder de decisão sobre a gravidez, e isso está enraizado em normas socioculturais onde as percepções do papel da mulher no casamento, na representação da gravidez e na reprodução são moldadas pela comunidade. Nesse contexto, ter filhos compensa o status negativo para mulheres com HIV. Contudo, existem altas taxas de gravidezes indesejadas versus <b>baixo uso de contraceptivos modernos ou uso equivocado</b>. Revelando que as mulheres com HIV não tem poder de decisão sobre uso de anticoncepcionais, uma vez que, <b>a maioria das participantes tornou-se grávida sem querer</b>. A <b>tomada de decisões</b> sobre engravidar, consequentemente <b>não usar contraceptivos</b>, é influenciada por preocupações individuais e normas prevalentes em diferentes espaços sociais.</p>
(GOODMAN et al., 2018)	Avaliar o conhecimento das mulheres jovens sobre o DIU como contracepção de emergência e o interesse em caso de necessidade	<p>Dispositivo Intrauterino (DIU como contracepção de emergência)</p> <p>Quantitativo/Dados secundários</p> <p>1.138 mulheres</p> <p>Em 40 centros de saúde dos EUA (<i>Planned Parenthood</i>)</p>	<p>O pouco conhecimento do <b>Dispositivo Intrauterino (DIU) como contracepção de emergência (CE)</b> pode limitar a escolha deste método por parte de <b>mulheres jovens</b> sexualmente ativas. Elas também desconhecem a superior eficácia desse método em comparação com as pílulas de emergência. A maioria das jovens mulheres gostaria de aprender sobre o DIU como CE. E, esse desejo foi especialmente notável para aquelas que ficariam muito infelizes se fossem grávidas nos próximos 12 meses. Os resultados, dessa pesquisa realizada nos EUA, enfatizaram o papel importante dos prestadores de cuidados de saúde como a principal fonte confiável de informações sobre CE para mulheres jovens, seguido de longe pela Internet ou amigos. O estudo levanta o questionamento: <b>como escolher, quando não se tem conhecimento?</b></p>

(LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018)	Examinar os preditores sociodemográficos do uso contínuo de <i>Subcutaneous Depot Medroxyprogesterone Acetate</i> (DMPA-SC) 3 meses e caracterizar as influências adicionais da qualidade do aconselhamento contraceptivo e experiências de efeitos colaterais na continuação	Anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo (DMPA-SC)  Quantitativo/Inquérito-Questionário por telefone  541 mulheres  Locais onde se vende/aplica injeções (provedores privados) na Nigéria	Para a maioria das <b>mulheres nigerianas urbanas</b> que usavam <b>DMPA-SC</b> , os provedores de saúde demonstravam suas preferências por determinados métodos anticoncepcionais, logo isto tinha potencial para influenciar a escolha do método. No contexto do estudo, isso de certa forma pode ser aceitável, considerando <b>normas socioculturais que submetem a tomada de decisão às figuras autorizadas</b> (no caso, provedores de saúde). Outro quesito apresentado foram os efeitos colaterais, onde metade das entrevistadas relataram não sentir nenhum efeito colateral (50,0%) e para aquelas que experimentaram o sangramento irregular houve uma redução na probabilidade de continuação do DMPA-SC. O estudo sugere, entre outras recomendações relacionadas com o item efeitos colaterais, que não somente informações claras sejam transmitidas durante o aconselhamento, bem como o apoio dos provedores de saúde com relação à experiência das mulheres com os possíveis efeitos colaterais do método, numa tentativa de buscar compreender o que já foi vivenciado no passado e antever o que pode ser experienciado no futuro, com relação aos efeitos colaterais.
(MAKENZIUS et al., 2018)	Investigar a adoção da contracepção, os fatores associados e a satisfação entre as mulheres que receberam aconselhamento contraceptivo pós-aborto de parteiras e médicos em um ambiente de poucos recursos no Quênia	Anticoncepcionais de forma geral  Quantitativo/Dados secundários  810 mulheres  Duas instalações de saúde em Kisumu, no Quênia	No contexto de cuidados contraceptivos, tem-se o <b>aconselhamento no pós-aborto (APA)</b> . Em Kisumu (Quênia) as mulheres, participantes deste estudo, apontaram alguns fatores associados ao consumo de contracepção após APA de alta aceitação/satisfação: idade (21-30 anos); e experiência de gravidez anterior. E, de alta recusa/insatisfação de consumo de contracepção após APA: efeitos colaterais; recusa do parceiro; e desejo de gravidez. Entretanto, destaca-se a <b>aceitação de contracepção quando o parceiro acompanhava a mulher no APA</b> . Ainda assim a participação do homem/parceiro pode ser vista como uma responsabilidade compartilhada ou como um fator que pode minar a autonomia feminina. Mulheres jovens tendiam a não aceitar a contracepção após APA, bem como sofrerem com as influências das crenças religiosas e culturais por se esperar que mulheres casadas tenham filhos, por exemplo. Além, das barreiras limitantes dos próprios provedores de saúde. <b>O método anticoncepcional mais comumente escolhido entre as mulheres que buscavam APA foi injeção, seguida por pílulas e preservativos</b> , semelhantes às taxas nacionais de métodos usados no Quênia.
(NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018)	Determinar o conhecimento, opiniões e práticas de adolescentes do sexo feminino em escolas secundárias selecionadas na província de Limpopo da África do Sul sobre questões de saúde reprodutiva e avaliar o nível de envolvimento dos pais em suas escolhas	Anticoncepcionais de forma geral  Quantitativo/Questionário estruturado  512 adolescentes do sexo feminino  Vinte e quatro escolas secundárias na província de Limpopo da África do Sul	Entre <b>as adolescentes</b> , de uma <b>escola secundária</b> na África do Sul, que indicaram que eram sexualmente ativas, 74,3% não sabiam que é possível engravidar na primeira experiência sexual e <b>80% não usaram contracepção durante a primeira relação sexual</b> . Isso mostra uma escassez de informações sobre a gravidez na adolescência e contracepção entre as alunas. Cerca de metade das que afirmaram saber sobre contracepção, 49,3% obtiveram as informações de seus amigos. Isso sugere que as adolescentes discutem questões sexuais mais com seus pares, em vez de seus pais. No entanto, muitas delas não possuem informações em relação a essas questões e acabam tendo gravidezes indesejadas por falta de informação. Das 172 alunas que engravidaram pelo menos uma vez antes da realização deste estudo, <b>apenas 37,2% relataram que já usaram alguma forma de contracepção antes de engravidar</b> . A razão para este conhecimento insuficiente pode estar associada ao fato que os pais evitem ter discussões sobre contracepção com seus filhos por medo de que isso possa levá-los a iniciar a relação sexual.

(ALEXANDER et al., 2019)	Explorar a influência da história das infecções sexualmente transmissíveis nas motivações para engravidar, crenças de fertilidade, desejos atuais de engravidar e uso de contracepção entre adolescentes afro-americanos urbanos e adultos jovens	<p>Anticoncepcionais de forma geral (preservativo e outros métodos anticoncepcionais)</p> <p>Quantitativo/Dados secundários</p> <p>517 Adultos jovens (318 mulheres e 199 homens)</p> <p>Em um grande centro urbano em Baltimore, Maryland</p>	<p>Para <b>jovens adolescentes afro-americanos com história de IST</b>, de um centro urbano em Baltimore (Maryland), a escolha das práticas contraceptivas podem ser categorizados pelos traços motivacionais, pelos desejos/intenções e pelos comportamentos. Onde a falta de recursos financeiros, as desigualdades sociais e as situações de risco influenciam as atitudes em relação à saúde sexual e reprodutiva. Neste contexto, um diagnóstico de IST representa uma oportunidade única para explorar comportamentos de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que, existe uma <b>diferença de gênero nos fatores que afetam o uso de preservativo e anticoncepcionais</b>, porque <b>homens e mulheres</b> não compartilham as mesmas experiências reprodutivas. Para as mulheres, por exemplo, a idade mais jovem está associada significativamente ao uso recente de contracepção; já a história de gravidez não foi um fator significativo de uso de anticoncepcional. Para os homens a idade mais jovem e o histórico de gravidez influenciaram significativamente os relatos de uso de preservativo; assim como a experiência anterior de gravidez também influenciou significativamente o relato de uso de anticoncepcionais; já a história de IST, história de fertilidade e crenças de fertilidade não eram associados ao uso de preservativo para homens.</p>
(BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABU-EL-NOOR, 2019a)	Explorar fatores que afetam a adoção da contracepção moderna na Faixa de Gaza investigando a experiência e a prática anticoncepcional de usuários de serviços de planejamento familiar	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Quantitativo e Qualitativo/ Questionários autoadministrados e Grupos Focais</p> <p>204 mulheres</p> <p>Clínicas de Organizações Não Governamentais (ONGs) (02) e do governo (01), na faixa de Gaza, Palestina</p>	<p>A faixa de Gaza (Palestina) não acompanhou as mudanças dos métodos anticoncepcionais usados nos últimos anos. Por lá, existe uma limitação na escolha da prática contraceptiva, ocasionando aumento da mortalidade materna, devido as tentativas menos seguras de interrupção da gravidez indesejada, por exemplo. As principais <b>barreiras para as mulheres não usarem contracepção</b> eram as <b>crenças de que seu uso poderia levar a infertilidade ou câncer</b>, bem como a <b>escassez de alguns contraceptivos</b>, esta última levando a uma escolha limitada de contracepção. Os <b>métodos mais comumente usados foram DIU, pílulas e preservativos</b>, com muito poucas mulheres usando outros métodos modernos. A maioria das mulheres que procurou uma clínica com um determinado método em mente, sentiu que a equipe era favorável. Mas, as participantes reconheceram uma alta prevalência de informações díspares, possivelmente enganosas na própria comunidade, sobre métodos anticoncepcionais. Contudo, o processo de tomada de decisão relatado por estas mulheres revelou que apenas 13,7% delas seguiram o conselho de profissionais de saúde, enquanto <b>a maioria deixa seus maridos decidirem ou toma as decisões em conjunto com seus parceiros no que se refere a escolha da prática contraceptiva</b>.</p>

<p>(BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABU-EL-NOOR, 2019b)</p>	<p>Explorar as causas e consequências de gravidezes indesejadas na Faixa de Gaza</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Qualitativo/Grupos Focais</p> <p>21 mulheres</p> <p>Centro de saúde que presta serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva às mulheres na Faixa de Gaza</p>	<p>Na faixa de Gaza, região onde se convive com risco potencial para conflitos; onde se enfrenta uma série de dificuldades econômicas; onde existe a questão da violência baseada no gênero, entre outras coisas, devido a predileção por filhos do sexo masculino; e onde existe um estigma social associado à gravidez em mulheres idosas, muito pouco se sabe sobre gravidez não intencional. A interrupção da gravidez é ilegal na Palestina e contradiz os prevalentes valores religiosos, exceto se a vida da mãe estiver em risco. Contudo, sabe-se que as escolhas contraceptivas mais comuns entre as <b>mulheres</b> que vivem nesse contexto são: as <b>pilulas anticoncepcionais orais combinadas</b>; seguidas dos <b>preservativos</b>; e somente depois o <b>dispositivo intrauterino</b> ou a <b>injeção de medroxiprogesterona</b>. Estes últimos são os únicos LARCs livremente disponíveis. O implante hormonal é apenas disponível em alguns centros por um preço que muitas vezes impede seu uso por estas mulheres. O <b>uso incorreto do método contraceptivo</b> foi apontado como o motivo mais comum para falha contraceptiva, relatado por 66,7% mulheres. E, <b>a necessidade de troca/mudança do método anticoncepcional em uso</b>, devido a indisponibilidade repentina <b>tem sido um dos principais fatores</b> identificados neste estudo que acarretam nas <b>gravidezes não intencionais</b>.</p>
<p>(HARRINGTON et al., 2019)</p>	<p>Explorar perspectivas dos homens e das mulheres sobre o uso de <i>Short Message Service</i>/Serviço de Mensagem Curta (SMS) para facilitar o aconselhamento pós-parto de planejamento familiar no Quênia e engajamento de homens em planejamento familiar para tomada de decisão</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Qualitativo/Grupos Focais</p> <p>35 homens e 15 mulheres</p> <p>Hospitais do Governo do Quênia localizado em dois condados na região de Nyanza, no oeste do Quênia</p>	<p>Em todo o Sul global, onde se inclui o contexto do Quênia, o uso de tecnologia <i>mHealth</i> com programação em saúde sexual e reprodutiva (como mensagens de SMS, por exemplo) continua a ganhar força. Este estudo fornece descobertas sobre como os <b>homens</b> podem e devem ser incluídos nas experiências de escolhas anticoncepcionais no <b>contexto do pós-parto</b>. Destaques importantes a serem considerados: (a) as questões relacionadas com a educação/comunicação entre os casais, onde todos os homens relataram estarem abertos ao recebimento de SMS relacionados ao tema do planejamento familiar (PF), e perceberam várias vantagens de usar o SMS para o diálogo e o aconselhamento em PF; (b) a falta de confiança entre os casais, onde as parceiras não eram consideradas fontes confiáveis para discutir aspectos do PF, onde os homens perceberam que há um desequilíbrio do conhecimento de PF entre homens e mulheres e isso afeta negativamente a comunicação entre o casal, principalmente pelas narrativas pessoais e comunitárias do <b>uso secreto de anticoncepcionais pelas mulheres</b>, onde vários homens descreveram que o uso secreto de anticoncepcionais ameaçava a sua masculinidade; (c) e as preocupações com os efeitos colaterais, mas no sentido de um receio masculino no que concerne as possíveis interferências destes efeitos colaterais na prática sexual. Contrapondo os destaques acima, o estudo também apresenta <b>a questão da tomada de decisão em PF no pós-parto como uma reivindicação pelo ideal compartilhamento dessa escolha pelo casal</b>.</p>

(GRACE et al., 2020)	<p>Descrever e entender o contexto da coerção reprodutiva e o uso de estratégias de segurança da coerção reprodutiva entre mulheres latinas que recebem serviços em uma clínica urbana, ouvindo as experiências das mulheres em suas próprias palavras</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas</p> <p>13 mulheres</p> <p>Serviços saúde e/ou clínicas na área metropolitana de Washington</p>	<p>Para <b>mulheres latinas</b> que vivem na área metropolitana de Washington (EUA) e <b>sofrem violência por parceiro íntimo (VPI)</b> e <b>coerção reprodutiva (CR)</b> a experiência da escolha de práticas contraceptivas é baseada na busca por proteção as ameaças à sua autonomia reprodutiva. As narrativas das mulheres descreviam vários episódios de <b>sabotagem contraceptiva por parte dos parceiros coercitivos</b>, como: esconder ou jogar fora pílulas anticoncepcionais orais; recusar-se a pagar pela contracepção; evitar através da restrição física e/ou violência verbal o comparecimento delas aos compromissos para se obter a contracepção; não se retirando quando a retirada (coito interrompido) foi o método anticoncepcional acordado; e recusando o uso de preservativo. Elas atribuem à norma cultural latina do machismo e ao fato de seus parceiros usarem o <i>status</i> de imigração ou cidadania como causas diretas para a sua autonomia reprodutiva ter sido usurpada. Contudo, estas mulheres usaram uma variedade de estratégias para se manterem seguras ou reduzir os danos sofridos por comportamentos coercitivos de seus parceiros íntimos, entre as estratégias tem-se: o uso de um <b>método menos detectável</b> (como o DIU, o Implante e os injetáveis); a <b>procura repetidamente por contracepção de emergência</b>; e considerar o aborto. No entanto, apesar das tentativas de usar <b>anticoncepcionais que poderiam ser ocultados</b> de parceiros, esses métodos nem sempre provaram ser estratégias sólidas de redução de danos. Muitas mulheres no estudo descreveram qualidades de força e bravura que permitiram suportar relacionamentos coercitivos, muitas vezes violentos, para manter seus filhos seguros. As narrativas das mulheres descrevem qualidades de força e bravura inata e também resultante da vivência de situações difíceis e abusivas. As descobertas deste estudo devem ser vistas dentro de um contexto mais amplo da <b>justiça reprodutiva</b>, porque a coerção reprodutiva por parceiro íntimo é, também, fruto de fatores estruturais, uma vez que, afeta desproporcionalmente as mulheres latinas (quando comparadas com mulheres brancas).</p>
(HERNANDEZ et al., 2020)	<p>Examinar a viabilidade e aceitabilidade do fornecimento de Implanon NXT no nível da comunidade usando estudantes de medicina e enfermagem como distribuidores, como parte de uma estratégia para melhorar a aceitação de anticoncepcionais na República Democrática do Congo</p>	<p>Anticoncepcional reversível de longa duração (Implanon NXT)</p> <p>Quantitativo/Entrevistas (00/06/12meses)</p> <p>531 mulheres</p> <p>Nível da comunidade em Kinshasa, República Democrática do Congo</p>	<p>No contexto do Congo, <b>mulheres</b> avaliaram o uso de <b>Implanon NXT</b>, fornecido e inserido por estudantes de medicina e enfermagem. Entre os resultados relacionados com a experiência da escolha por este método, destacam-se: (a) o enfoque dado aos efeitos colaterais, mas a maioria das aceitantes relatou favoravelmente sua experiência com a inserção e os primeiros meses de uso do Implante, apesar de frequentemente mencionar os efeitos colaterais relacionados a mudanças em seus ciclos menstruais; (b) o percentual significativo de mulheres que pela primeira vez estavam usando um método contraceptivo moderno; (c) a percepção de apoio (ou não) da comunidade e/ou do parceiro em apoiar o uso de métodos anticoncepcionais; (d) a responsabilidade pela escolha da prática contraceptiva ao encargo das mulheres; (e) e o fato de um percentual significativo de mulheres que continuaram o uso do método após 12 meses recomendar fortemente o NXT que foi implantado por um estudante de medicina ou enfermagem para uma amiga que quisesse evitar gravidez, caracterizando a satisfação pela experiência com relação ao próprio método anticoncepcional, bem como a satisfação pela experiência com os provedores de saúde (no caso, alunos de medicina ou enfermagem).</p>

<p>(MacAFEE et al., 2020)</p>	<p>Avaliar as características de saúde sexual e reprodutiva de mulheres em tratamento para transtorno do uso de opioides em Michigan e explorar os serviços prestados e desejados</p>	<p>Anticoncepcionais de forma geral</p> <p>Quantitativo/Autoentrevista assistida por computador</p> <p>260 mulheres</p> <p>Programas de saúde em diferentes condados no Michigan (EUA)</p>	<p>Em um <b>contexto de uso de opioides</b>, as <b>mulheres</b> em tratamento de um transtorno de uso destas substâncias, em Michigan (EUA), relataram uma série de barreiras ao acesso a serviços de saúde reprodutiva. Entre as barreiras, tem-se: o medo de maus-tratos ou julgamento por causa do uso de substâncias, o custo de serviços, e a falta de transporte. Entre as participantes, ao se considerar o <b>uso de práticas contraceptivas, em algum momento de suas vidas</b>, viu-se que: 42,7% já usaram um método altamente eficaz; <b>86,9% já usaram um método eficaz</b>; 86,5% já haviam usado um método menos eficaz; e 2,7% nunca usaram nenhum método de contracepção. E, ao se considerar o <b>uso de práticas contraceptivas, no mês anterior a pesquisa</b>, tem-se que: 28,5% usaram um método altamente eficaz; 15,4% usaram um método eficaz; 20,4% usaram um método menos eficaz; e <b>46,5% não usaram nenhum método de contracepção</b>. Além disso, 10,4% de participantes relataram o uso de método duplo. Em termos de intenção de gravidez, 39,4% relataram que querem engravidar em algum momento do futuro; 28,2% relataram que não querem ficar grávida em qualquer momento no futuro; 15,8% relataram que não conseguem engravidar; e 16,6% relataram que não sabem se querem engravidar no futuro. <b>Entre as 28,2% de participantes que relataram não querer engravidar em qualquer momento no futuro, 33,3% não usaram um método contraceptivo no mês anterior</b>. Além disso, entre 16,6% das participantes que foram indecisas sobre o desejo de uma futura gravidez, 50,0% não usaram nenhum método contraceptivo no mês anterior. E, entre 46,5% das participantes que não estavam usando qualquer método de contracepção, 5,0% indicaram que elas estavam tentando engravidar e 10,7% estavam grávidas. Algumas <b>razões para não usar contracepção</b> são: não estar em um relacionamento ou não fazer sexo (28,1%), fazer sexo com pouca frequência (19,0%), acreditar que a contracepção interfere nos processos naturais do corpo (8,3%), preocupação com os efeitos colaterais do uso de anticoncepcionais (8,3%), infertilidade ou incapacidade de engravidar (6,6%), e sentir que usar o controle da natalidade é inconveniente (5,8%). Entre aquelas que não estão atualmente grávidas ou estão tentando engravidar, <b>49,5% não estavam usando seu método preferido de contracepção</b>. Em síntese, o estudo descobriu que mulheres em tratamento para transtorno de uso de opioides sofrem com as barreiras à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva, ocasionando altas taxas de ISTs e de gravidez indesejada. Sendo que a constatação de não uso de anticoncepcionais indica que ampliar o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva pode ser necessário para esta população.</p>
-------------------------------	---	--	--



(MEIER et al., 2020)	Compreender os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos da contracepção de emergência entre mulheres que vivem em Florença, Itália. E, explorar o impacto e o conhecimento da recente implementação de políticas que permitem a oferta de contracepção de emergência comprados sem receita	Contracepção de emergência (CE)  Qualitativo/Entrevistas  30 mulheres  Divulgado em diferentes formas no centro de Florença, Itália	A experiência de <b>mulheres</b> de Florença (Itália) ao acessar <b>contracepção de emergência</b> (CE) revelou que ao <b>remover a exigência de prescrição</b> , houve uma redução em algumas barreiras para o acesso à CE. Para algumas mulheres as informações sobre a mudança na política de acesso à CE poderiam ser mais eficazes. As atitudes positivas com relação ao uso da CE estão em empoderar a escolha e em fornecer uma opção para evitar consequências para o resto da vida. Entretanto, algumas atitudes negativas ao uso da CE como a hormoniofobia, o receio dos efeitos colaterais, a percepção do uso de CE como um ato de irresponsabilidade e o excesso de confiança na CE podem ter sido influenciadas pelas normas e pressões sociais, bem como pelas crenças religiosas que estigmatizam o uso da CE. Tudo isso criando uma <b>atmosfera de objeção de consciência para o momento da escolha da CE</b> . Ainda assim, mulheres reconheciam o desejo da autonomia ao fazerem escolhas em saúde reprodutiva, incluindo a escolha de usar CE. Concluindo, portanto, que a objeção de consciência e desejo de tomada de decisão autônoma existe em conjunto no momento da escolha da prática contraceptiva da contracepção de emergência nesse contexto.
(REY et al., 2020)	Avaliar a percepção sobre LARC entre mulheres que recebem medicação para transtorno do uso de opioides	Anticoncepcionais reversíveis de longa ação (DIU e Implante)  Quantitativo/Questionário  200 mulheres  Em uma clínica de Burlington, VT (Vermont/EUA)	Para <b>mulheres</b> de Vermont (EUA) que fazem <b>uso de opioides</b> a experiência da escolha por métodos reversíveis de longa duração como o <b>DIU</b> e o <b>Implante</b> pode estar relacionada tanto com a satisfação, como com a insatisfação do uso dos métodos em questão. Entre as mulheres que consideraram, mas decidiram contra o uso de LARC, classificações de preocupações relacionadas ao uso de DIU e Implante foram semelhantes. As razões mais frequentemente citadas foram: preocupações com os efeitos colaterais; preferência por um método que elas possam controlar a interrupção; e a preocupação com a dor ao inserir o anticoncepcional. Sendo esta última razão algo que se destaca, especialmente nesse contexto, uma vez que, estas mulheres podem sofrer de hiperalgesia induzida por opioides. Além disto, o desconhecimento sobre LARC limita o seu uso, bem como a influência de amigos e/ou familiares que tiveram más experiências com LARC.

Fonte: elaborado pelas autoras

Considerando o contexto geográfico, observa-se que 12 estudos foram desenvolvidos no continente Africano; nove na América do Norte; quatro na Europa; três na Ásia; dois na América do Sul (ambos no Brasil); e um na Oceania. Quanto ao ano de publicação dos 31 estudos selecionados para esta RIL, tem-se que: seis foram publicados em 2016; sete em 2017; nove em 2018; quatro em 2019; e cinco até 31 de julho de 2020.

Com relação ao desenho metodológico, 13 possuem o delineamento qualitativo, 16 o delineamento quantitativo, um se caracterizava como quali e quanti e outro como método misto. Sendo que as estratégias de coleta de dados utilizadas foram: entrevistas (dos mais diferentes tipos) em 16 estudos; sete estudos extraíram os dados de um banco de dados secundários; seis usaram questionários (também de diversos tipos); e, grupos focais foram realizados em seis estudos. Vale ressaltar que quatro estudos usaram duas estratégias, em conjunto, para coleta dos dados.

No que se refere aos participantes, têm-se o universo de 12.881 participantes. Deste universo não foi possível designar o gênero de 2.694 participantes, uma vez que foram classificados, de uma forma geral, apenas como adolescentes. Contudo, quando se considera os 10.187 participantes restantes (onde foi informado o gênero), pode-se constatar que 9.030 eram mulheres; 923 designados com transgênero; e apenas 234 homens.

Dentre os diversos contextos estudados, destacam-se: o período da adolescência, especialmente, em se tratando da educação em saúde sexual e reprodutiva nas escolas; a população transgênero e sua relação com a temática da contracepção; os lugares onde os recursos são limitados, como nas áreas rurais e nas áreas em conflitos armados; as experiências quando se tem doenças associadas, assim como quando do uso de medicações controladas (como os opioides); a ocorrência da coerção reprodutiva (CR), uma das faces da violência por parceiro íntimo (VPI); as mais diversas questões culturais (onde se tem preconceitos com mulheres idosas ou onde o machismo impera); as inúmeras dificuldades enfrentadas por mulheres imigrantes; e as questões que perpassam a contracepção no pós-aborto.

Quanto às práticas contraceptivas caracterizadas nos 31 estudos desta RIL, pode-se afirmar que 21 estudos foram classificados e/ou agrupados como pesquisando sobre anticoncepcionais de forma geral (quando consideravam diversos métodos disponíveis e/ou não especificavam um grupo de anticoncepcional, por exemplo); em detalhe, tem-se três estudos que abordaram especificamente a contracepção de emergência (CE), inclusive um desses tratou do Dispositivo Intrauterino (DIU) como CE; quatro estudos evidenciaram o anticoncepcional trimestral subcutâneo/autoinjjetável (Sayana<sup>®</sup> Press); e outros três estudos versaram sobre contraceptivos reversíveis de longa ação/*Long-Acting Reversible Contraception* (LARC).

Como exercício para responder à questão de pesquisa, realizou-se uma resposta-síntese ancorada nos próprios termos e resultados de cada estudo selecionado, o que garantiu uma compreensão dos diversos contextos e conceitos interrelacionados dentro desta temática. E, com base em todo o material (que foi selecionado, organizado, lido, destacado e sintetizado) foi possível realizar a geração de códigos (e subcódigos), que foram agrupados em categorias pré-definidas (e, posteriormente reavaliadas) dos *determinantes de poder de decisão* (UNFPA, 2021).

Os resultados dos 31 artigos que compõem a presente revisão foram agrupados em cinco categorias, seguidas dos respectivos códigos (e subcódigos)

que as sustentam: (a) **Determinante Socioeconômico** - condição financeira (falta de recursos financeiros; desigualdades sociais; situações de risco); contexto rural-urbano (ambiente rural); acesso aos meios de comunicação (acesso à pornografia); e educação (escola; ensino; aprendizado); (b) **Determinante Interpessoal** - posição do parceiro (violência por parceiro íntimo; coerção reprodutiva; falta de apoio do parceiro; decisão do parceiro; apoio do parceiro; conflito/desequilíbrio no relacionamento); comunicação (comunicação; falta de comunicação); e família estendida (apoio da comunidade/família estendida; falta de apoio da comunidade/família estendida; influência de amigos/família/pares); (c) **Determinante Sistemas de Saúde** - proximidade dos serviços de saúde; custos relacionados aos serviços e/ou insumos (falta do método contraceptivo; oferta de métodos contraceptivos modernos); e a qualidade da atenção (satisfação ou insatisfação com os serviços/provedores de saúde); (d) **Determinante Comunidade** - normas de gênero; estigma; e crenças (normas socioculturais; crenças religiosas; crenças sobre infertilidade; valorização da gravidez/ter filhos; diferenças étnicas e raciais); e (e) **Poder Individual** que se ancora nos aspectos inerentes a pessoa, no seu conhecimento (conhecimento/desconhecimento/experiência (ou falta de experiência) com a prática contraceptiva); na sua experiência com aspectos de saúde relacionados (contexto de doenças associadas e/ou uso de medicamentos; efeitos colaterais do métodos anticoncepcionais; gravidez não intencional/indesejada); na sua capacidade de decisão (gestão/controle/autonomia; falta de autonomia; escolha/tomada de decisão compartilhada) e, porque não dizer no seu “terreno emocional”, no que se refere às emoções e aos sentimentos experienciados (medo; isolamento; desamparo; culpa; confiança; falta de confiança) no que concerne à vida sexual e reprodutiva.

## DISCUSSÃO

### Determinante Socioeconômico

As desigualdades sociais influenciam as atitudes em relação à saúde sexual e reprodutiva, onde em circunstâncias econômicas limitadas, os jovens, especialmente os que vivenciam situações de vulnerabilidade, tendem a ter mais filhos e mais cedo (ALEXANDER *et al.*, 2019); uma vez que, nesta situação há maior exposição às atividades sexuais precoces e desprotegidas (NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018). Muitas das vezes o fator econômico e social pesa nas decisões devido: ao próprio custo dos serviços de saúde (MacAFEE *et al.*, 2020); aos contextos econômicos que podem se agravar devido as doenças associadas, especialmente, quando contágio pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou quando da síndrome da imunodeficiência humana (Aids) (CHANG *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2017; MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017); às questões de deslocamentos e de imigração (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018); à busca por um status de cidadania (GRACE *et al.*, 2020); à falta de emprego e de oportunidades ocasionada por conflitos e por insegurança no território (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; 2019b); e, ainda, por conta de todo tipo de dificuldades econômicas e sociais, enfrentadas especialmente por mães com idade mais avançada (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b). Como visto, a falta de recursos, não só financeiros, foi apontada em vários estudos como um componente importante que limita a escolha de práticas contraceptivas, o que tem forte potencial para acarretar em muitas das gravidezes não intencionais.

O contexto rural, em detrimento do contexto urbano, também apresenta inúmeros aspectos que tem potencial para minar à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, não só pelas barreiras de acesso e de acessibilidade, bem como por todos os fatores socioculturais envolvidos neste contexto (PAULA *et al.*, 2022), onde o poder de decisão sobre questões de sexualidade e reprodução atinge especialmente as adolescentes, que se vêm em um ambiente onde se engajar em atividade sexual fora de um relacionamento (ou casamento), pode impactar negativamente a sua reputação; e, ainda, quando do uso de substâncias (como álcool e/ou outras drogas) em festa rurais, onde muitas das adolescentes podem ser incapazes de tomar decisões oportunas com relação à contracepção (EZER *et al.*, 2016).

É notório, e recorrentemente estudado, que o baixo nível de escolaridade é um fator crítico que determina a epidemia das gravidezes não intencionais (UNFPA, 2018; 2019; 2020; 2021; 2022) e os estudos selecionados para esta RIL ilustraram algumas destas questões: para mulheres Somali Bantu que vivem nos Estados Unidos da América (EUA) há muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente por conta das questões relacionadas com alfabetização, com o idioma e com a própria cultura (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018); e para mulheres da África subsaariana com educação limitada é constatado baixos níveis de uso de anticoncepcionais, logo, exigem dos serviços de saúde estratégias específicas para capacitar, treinar e apoiar para auto injetar o anticoncepcional subcutâneo trimestral, por exemplo (COVER *et al.*, 2017).

Sobre a educação sexual em escolas, especialmente, em contextos rurais, sabe-se que é ensinada de acordo com os valores da escola e articulação do currículo, com o viés da abordagem dos professores sobre este tema. As participantes do estudo de Ezer *et al.* (2016) destacaram a importância da educação em saúde sexual e estão abertas a ela se for ensinada de forma eficaz e informativa. Ainda assim, receber educação sexual (somente) não garantiu o uso correto e consistente de algum método anticoncepcional, como aponta estudo realizado na Coréia do Sul, quando mostra que apesar de aproximadamente 60% dos participantes relatarem ter recebido educação sexual nos últimos 12 meses, isso não resultou em uso consistente de preservativos por parte desse público. Além disso, como risco associado, a depender das circunstâncias socioeconômicas, tem-se o acesso à pornografia, uma vez que, o acesso as informações deste tipo tem potencial para fomentar comportamentos sexuais de risco, especialmente, para o público adolescente (KIM; LEE, 2016).

Ainda neste escopo das questões educacionais, especial atenção deve ser dada aos jovens transgêneros. Aqui, deve-se evitar uma fala binária de gênero, muito comum quando se trata de aspectos sexuais e reprodutivos. As atividades educativas não podem potencializar uma possível disforia de gênero vivenciada pelos jovens trans. Acrescenta-se o cuidado de reforçar aos jovens que os hormônios que afirmam o gênero podem não eliminar sua capacidade de causar gravidez ou engravidar. Portanto, é necessário ajudá-los a escolher entre diferentes métodos para prevenir a gravidez indesejada se eles estiverem envolvidos em comportamentos sexuais que tem esse risco potencial (VEALE *et al.*, 2016). Urge romper com a violência de gênero perpetrada (através da reprodução de uma educação/assistência muitas das vezes binária e, portanto, discriminatória) contra as pessoas trans nos espaços educacionais e nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2022a).

Como estratégia para efetivação de um projeto de educação com relação ao que denomina de planejamento familiar (PF) o estudo de Harrington *et al.* (2019) adaptou uma plataforma para criar uma intervenção interativa de *Short Message Service* (SMS) - em português, Serviço de Mensagem Curta - apoiando mulheres e casais na tomada de decisão contraceptiva pós-parto, iniciação e continuação do método. A intervenção proporcionou educação e aconselhamento clínico em tempo real, lembretes e incentivo, bem como promoveu o envolvimento masculino na tomada de decisão quando desejado e apropriado. Nesse exemplo, pode-se verificar que a questão educacional dentro desta temática deve ser contínua (para além do ambiente escolar, em todas as fases da vida sexual e reprodutiva) e deve abranger todos os envolvidos, contribuindo para o apoio com relação à escolha da prática contraceptiva de maneira compartilhada, quando da formação de um casal.

### **Determinante Interpessoal**

No que tange as relações interpessoais, especialmente da parceria sexual, tem-se que a VPI é um fardo significativo para saúde reprodutiva das mulheres, sendo a CR uma das faces da VPI. Fardo esse carregado por mulheres de todas as classes sociais (BAULENI *et al.*, 2018). Em alguns estudos, as participantes descreviam episódios de violência física e/ou sexual, onde os homens usaram pressão emocional para dissuadir o uso do preservativo e interferir no uso de anticoncepcional, resultando dessa forma em gravidezes indesejadas (CLEEVE *et al.*, 2017; GRACE *et al.*, 2020). Logo, a VPI e a gravidez indesejada podem ser atribuídas à dominação masculina e ao medo, uma vez que, impactam na mulher a capacidade de gerenciar suas escolhas contraceptivas (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017).

Mesmo em um contexto sem VPI, a falta de apoio do parceiro, no sentido de não apoiar o uso de anticoncepcionais, foi descrita por muitas mulheres (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018), fazendo com que essas mulheres buscassem um método anticoncepcional com maior confidencialidade, para evitar que os cônjuges e/ou outros membros da família tivessem conhecimento sobre o uso (COVER *et al.*, 2017). O consenso apontado pelo estudo de Cleeve *et al.* (2017) foi que alguns homens não gostavam de anticoncepcionais, sendo que as razões citadas para isso incluía medo dos efeitos colaterais e não saber usar preservativos. Em contrapartida (ainda que incipiente), alguns homens desejavam fortemente a inclusão na tomada de decisões sobre PF (HARRINGTON *et al.*, 2019). E, a maioria das mulheres do estudo de Bertrand *et al.* (2018) indicou que seu marido ou companheiro eram favoráveis ao chamado PF.

O quesito comunicação foi abordado em inúmeros estudos desta RIL (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; 2019b; COVER *et al.*, 2017; EZER *et al.*, 2016; GOODMAN *et al.*, 2018; KIM; LEE, 2016; MAKENZIUS *et al.*, 2018; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017; NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018; PURCELL *et al.*, 2016; VEALE *et al.*, 2016). Para algumas pessoas a entrega informal de informações através de vídeos em sala de espera foi útil, bem como ter uma equipe de saúde acessível para responder as questões e esclarecer dúvidas, inclusive foi evidenciada a importância da clareza das informações recebidas por escrito sobre as vantagens e as desvantagens de cada método (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a). Por sua vez, para as mulheres Bantu Somalis era comum o fato de enfrentarem obstáculos nos cuidados de saúde reprodutiva, devido às barreiras

linguísticas e a falta de comunicação entre os próprios familiares. Como recomendação, esse estudo apontou que a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva deve incluir perguntas não apenas sobre contracepção, mas sobre o desejo de ter filhos, o espaçamento entre filhos, sobre as crenças religiosas e culturais e sobre todos os fatores que influenciam essas decisões (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018). Logo, evidencia-se que informação, esclarecimento e superação de barreiras linguísticas são fundamentais para comunicar efetivamente em questões sexuais e reprodutivas.

Um estudo em particular, que versou sobre a questão contraceptiva no momento do pós-aborto evidenciou que a maioria das mulheres entrevistadas considerava aceitável abordar a temática da contracepção no momento do pós-aborto, desde que essa abordagem fosse feita de uma maneira não julgadora; muitas das mulheres relataram que se sentiram motivadas para obter um método anticoncepcional confiável no momento do pós-aborto (PURCELL *et al.*, 2016). Em qualquer momento, comunicar adequadamente sobre saúde sexual e reprodutiva é imprescindível para apoiar na escolha da prática contraceptiva. Através da modalidade de treinamento usada pelo estudo de Cover *et al.* (2017), a equipe treinou as participantes individualmente, através de livretos com instruções e dispositivos de injeção, para fazer auto injeção. E, somente após o treinamento (ou seja, após uma comunicação efetiva), as mulheres se auto injetaram sob supervisão. Contudo, apesar de todo esforço para comunicar, ainda existem falhas graves neste sentido, por exemplo, em determinado estudo, observou-se que dos alunos entrevistados que indicaram que eram sexualmente ativos, 74,3% não sabiam que era possível engravidar na primeira experiência sexual, acarretando, portanto, em riscos associados para gravidez não intencional (NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018).

A influência de amigos (e/ou familiares e/ou pares), no que se refere às questões sexuais e reprodutivas, foi abordada em diferentes estudos (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; 2019b; CHOFAKIAN *et al.*, 2016; EZER *et al.*, 2016; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017; PURCELL *et al.*, 2016; REY *et al.*, 2020). Existe uma preferência em falar com amigos sobre sexo, isto porque os amigos são vistos como recursos para informação sexual, especialmente em contextos em que as famílias não discutem sobre a atividade sexual; ainda assim, algumas das participantes notaram que seus amigos nem sempre mereciam confiança, devido as possíveis consequências destas informações circularem e ferirem suas reputações (EZER *et al.*, 2016). Em se tratando sobre uso de LARC, a influência das pessoas próximas serviu para muitos participantes como uma espécie de “veredito” para uso (ou não uso) de LARC. Isto é, a experiência dos amigos (familiares/pares) podia influenciar tanto positiva como negativamente, na escolha desse método. Contudo, o elemento comum entre todas as observações é que é impossível saber como os LARCs afetarão qualquer pessoa até que se tenha tentado usar um LARC (MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017).

### **Determinante Sistemas de Saúde**

A questão em não ter prontidão, uma vez que não oferecer aconselhamento anticoncepcional no pós-aborto (por exemplo) é visto como uma oportunidade perdida para prevenção de gravidez não intencional, é uma grande falha do sistema de saúde (CLEEVE *et al.*, 2017). Entretanto, existem modelos de serviços que promovem essa prontidão, um deles é o serviço chamado de Prevenção Segunda

Gravidez – em inglês, *Preventing Second Pregnancy* (P2P), que é um cuidado domiciliar oferecido a jovens mães, que garante privacidade, conveniência, flexibilidade, facilidade e rapidez (HAYTER *et al.*, 2016).

No que se refere às atividades em grupos, em termos de prestação de serviços, algumas jovens identificaram que várias atividades organizadas pelos clubes de adolescentes dos centros de saúde como sendo úteis para elas. No entanto, embora os encontros em grupo apresentassem vantagens, também foram pontuadas algumas desvantagens, sendo a mais óbvia que os encontros em grupo não foram capazes de atender às necessidades ou questões altamente pessoais e que integrasse o tratamento do HIV, as questões de saúde sexual e reprodutiva e os serviços pré-natais (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017). Um outro exemplo dessa necessidade de integração dos serviços é relatado em um estudo brasileiro, que pontua a importância da solicitação de sorologias durante o acompanhamento pré-natal, que quando da descoberta do HIV se deve iniciar e manter o uso de terapia antirretroviral (TARV), prevenindo dessa forma a transmissão vertical do vírus, oportunizando também nesse contexto orientações sobre as questões sexuais e reprodutivas, para proporcionar decisões conscientes e seguras no quesito contracepção (LIMA *et al.*, 2017).

A falta do método contraceptivo foi destaque negativo em quatro estudos: escassez de alguns métodos de contracepção (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a); indisponibilidade do método (BERTRAND *et al.*, 2018); falta de reabastecimento (MAKENZIUS *et al.*, 2018); e nem todos os métodos anticoncepcionais estão disponíveis o tempo todo (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b). Onde a indisponibilidade repentina de um método pode levar a necessidade de troca por outro método disponível e essa necessidade de troca é considerada um dos principais fatores que acarreta em gravidezes não intencionais (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b). Ainda assim, alguns estudos trouxeram destaques positivos quando trataram da oferta de métodos contraceptivos modernos, quando do uso da medroxiprogesterona subcutânea (Sayana<sup>®</sup> Press), principalmente no quesito facilidade de uso e autoadministração (BERTRAND *et al.*, 2017; 2018; COVER *et al.*, 2017; LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018); e dos LARCs em geral, o que inclui DIU e Implante (Implanon NXT), com destaque para eficácia destes métodos e tempo de uso (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; HERNANDEZ *et al.*, 2020; MAKENZIUS *et al.*, 2018; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017; REY *et al.*, 2020). Ainda sobre a oferta ou falta de métodos contraceptivos: oferecer prestadores de serviços fora de clínicas fixas reduz certas barreiras de acesso, contudo, em estudo específico, mais da metade das mulheres preferiria obter seu método em uma unidade de saúde (não com distribuidores com base comunitária) (BERTRAND *et al.*, 2017); também, deve-se atentar para a oferta ou a falta de métodos contraceptivos no contexto de imigração e de reassentamentos (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018).

No quesito satisfação com os serviços/provedores de saúde, avaliou-se alguns casos onde: um bom nível geral de satisfação sobre os serviços em todas as clínicas, com mais opiniões positivas nas clínicas de Organizações Não Governamentais (ONGs), quando comparada às clínicas do governo (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a); a maioria (94,4%) ficou (muito) confortável em receber os serviços dos alunos treinados, em vez de um médico ou enfermeiro (HERNANDEZ *et al.*, 2020); mais da metade das entrevistadas estavam satisfeitas em poder abordar sobre contracepção no pós-aborto, principalmente,

porque a forma como alguns profissionais de saúde apresentavam o tema da contracepção não fazia com que elas se sentissem pressionadas e/ou repreendidas (PURCELL *et al.*, 2016).

Por sua vez, o quesito insatisfação com serviços/provedores de saúde, apresenta que: alguns profissionais de saúde julgam a reprodução humana no contexto de Doença Cardíaca Reumática (DCR) (CHANG *et al.*, 2018); uma minoria das mulheres entrevistadas no estudo de Purcell *et al.*, (2016) descreveu algumas experiências negativas, dizendo que sentiam que era dada pouca escolha em relação ao uso futuro de anticoncepcionais e que este foi um foco desproporcional de sua consulta do pós-aborto; e o tempo de espera longo e as consultas breves e sem detalhamento sobre as opções contraceptivas também ocasionou certa frustração para algumas mulheres (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a). Ainda que não tenha sido o foco desta RIL buscar por estudos que versassem especificamente sobre provedores de saúde, destaca-se que esses têm potencial para desempenhar um papel diferenciado no momento da escolha da prática contraceptiva, um exemplo de experiência positiva, influenciada pela natureza do serviço e pelas atitudes e habilidades do provedor de saúde foi o P2P, que oportunizou, por conta da combinação do ambiente doméstico, do suporte contínuo e da flexibilidade, uma espécie de mentoria e relação de apoio para decisão das jovens mães (HAYTER *et al.*, 2016). Em outro estudo, os provedores de saúde foram considerados fonte de informação confiável sobre CE (GOODMAN *et al.*, 2018).

Em contrapartida, algumas mulheres com HIV evitam profissionais de saúde, por entenderem que não há necessidade e por considerarem esses assuntos de ordem privada (CUINHANE *et al.*, 2018); outro motivo, pontuado para se evitar e/ou não receber aconselhamento contraceptivo é quando da percepção que os provedores de saúde se mostravam muito ocupados (CLEEVE *et al.*, 2017); já no contexto rural, ter acesso a uma enfermeira de saúde sexual nem sempre era útil para as adolescentes, por conta da alta visibilidade na escola e facilidade de divulgação de “fofocas” (EZER *et al.*, 2016). Independente do contexto, é extremamente importante que os profissionais de saúde tenham uma compreensão diferenciada dos fatores de decisão que impulsionam as pessoas para a escolha contraceptiva, especialmente as mulheres imigrantes (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018). Ainda, sobre a questão do direcionamento e/ou preferência do provedor de saúde, em um contexto de estudo específico, a maioria dos provedores demonstrou preferência por determinado método anticoncepcional, uma vez que apenas 3,7% das participantes relataram que o provedor tinha pouca ou nenhuma preferência por qual método que elas deveriam escolher (LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018).

Todos esses achados relacionados com satisfação ou insatisfação com os serviços/provedores de saúde, podem ser corroborados com as evidências de outra revisão que dita que o processo de tomada de decisão compartilhada com o provedor de saúde (no que tange aos aspectos clínicos, em especial), contudo sempre centrada na mulher (ou seja, nas preferências da mulher) favorece uma escolha qualificada e uma adesão efetiva a um determinado método anticoncepcional. Por outro lado, uma abordagem impositiva por parte do profissional rompe com a boa prática ditada acima e só configura mais um tipo de violência direcionada às mulheres, algo que deve ser evitado sempre (SILVA *et al.*, 2022b).

## **Determinante Comunidade**



A discussão sobre gênero se apresentou de diferentes formas, mas o estudo de Alexander *et al.* (2019) foi taxativo ao afirmar que homens e mulheres não compartilham as mesmas experiências reprodutivas, uma vez que, existe uma diferença nas atitudes e nos comportamentos sobre o processo de tomada de decisão relativo à contracepção, assim como sobre a motivação para engravidar. Onde as normas de gênero e desequilíbrios de poder criam vulnerabilidades e restringem o poder de decisão das mulheres em relação ao sexo consensual, contracepção e aborto (CLEEVE *et al.*, 2017). A exemplo da norma cultural latina do machismo, onde foi explicitamente nomeada por muitas mulheres como uma causa direta da gravidez por seus parceiros coercitivos, através da sabotagem contraceptiva e/ou outros comportamentos violentos, revelando também graves distorções étnicas e raciais, que devem ser levadas em conta quando do aconselhamento contraceptivo (GRACE *et al.*, 2020).

A questão das normas de gênero também se apresenta quando as mulheres preferem renunciar aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva se forem tratadas por um médico; existe uma espécie de cautela com os prestadores de serviços de saúde do sexo masculino (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018). Estruturalmente, a vida pública, assim como muitas instituições, permanecem dominadas por homens e, frequentemente, não refletem as preocupações e os desafios enfrentados pelas mulheres, onde experiências de mulheres enfrentando gravidezes não intencionais não foram refletidas na oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b). A questão de gênero, também perpassa os desafios da adolescência, especialmente quando relacionados com a saúde sexual e reprodutiva de jovens mulheres que vivem com HIV (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017).

Não menos importante, há que se considerar as questões de gênero quando do atendimento de pessoas trans, uma vez que muitos profissionais de saúde ainda fazem suposições sobre as pessoas trans só estarem interessadas em fazer sexo com pessoas designadas com o mesmo sexo de nascimento delas (onde se concluiria precipitadamente e preconceituosamente que o envolvimento de uma gravidez não seria biologicamente possível). Contudo, essas falsas suposições colaboram para não orientação sobre como evitar gravidezes não intencionais (VEALE *et al.*, 2016). A cisheteronormatividade e a transfobia são aspectos a serem vencidos, oportunizando desta forma maior preparo por parte dos profissionais de saúde para manejo e apoio das demandas dos homens transgêneros em todo o seu ciclo sexual e reprodutivo (PEREIRA *et al.*, 2022).

Em alguns estudos, as tradições culturais e crenças religiosas foram identificadas como os principais fatores na tomada de uma decisão reprodutiva, em outras palavras, pode-se dizer que o ambiente social e cultural influenciam amplamente às práticas de procriação, conseqüentemente, as práticas para não contracepção. Em muitos contextos existe uma pressão para estar disponível para o marido (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018) e para cumprir expectativas do parceiro e familiares para engravidar e para perpetuar a linhagem da família do marido, onde as crianças têm alto nível e valor econômico e são consideradas riqueza para a família, sobretudo nos contextos dos países africanos (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018; CUINHANE *et al.*, 2018;). As normas e valores sociais tradicionais também moldaram as atitudes dos homens em relação ao aborto e à contracepção (CLEEVE *et al.*, 2017).

O ambiente religioso, tradicional e conservador, na lógica dos valores cristãos, influenciou algumas mulheres a atrasarem a relação sexual até o casamento (EZER *et al.*, 2016). Ou seja, as crenças religiosas desempenham um papel significativo na vida sexual e tomada de decisão para algumas pessoas, assim como percepções sociais negativas podem resultar na diminuição da aceitabilidade da CE. O papel que as normas e pressões sociais têm sobre o uso de CE, incluindo como as pessoas veem as mulheres que escolheram usar CE, impacta nas mulheres atitudes ao usar CE, onde normas religiosas podem estigmatizar o uso de CE proporcionando experiências negativas de acesso à CE (MEIER *et al.*, 2020). Tudo isso cria um espécie de *silêncio cultural*, cria um tabu, acarretando em uma barreira para acessar anticoncepcionais ou para discussão aberta de outros potenciais riscos para a saúde sexual e reprodutiva (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017).

### **Poder Individual**

Sobre a categoria conhecimento alguns estudos evidenciaram a questão do amplo e correto conhecimento sobre as práticas contraceptivas, sobretudo quando essas informações eram recebidas de profissionais de saúde de forma favorável (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a); muitas mulheres tinham conhecimento preciso sobre suas opções contraceptivas e compartilhavam seus conhecimentos (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018); o acesso ao conhecimento também desenvolveu uma compreensão para além da contracepção, como destaca o estudo de Hayter *et al.* (2016), onde jovens mães relataram que sua compreensão sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) também tinha melhorado; contudo, em alguns contextos, ter conhecimento sobre indicação, mecanismos de ação e efeitos colaterais não garantiu o uso de determinada prática (como a CE) entre adolescentes, por exemplo (CHOFAKIAN *et al.*, 2016).

O desconhecimento sobre práticas contraceptivas foi apontado em diversos estudos, como: muitas informações enganosas que geram equívocos referente às práticas contraceptivas (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a); mitos sobre os métodos contraceptivos, acarretando em prevalência por laqueaduras tubárias (LIMA *et al.*, 2017); baixo conhecimento sobre a eficácia do DIU como CE (GOODMAN *et al.*, 2018); e falsas crenças, especialmente sobre o DIU (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018). Além disso, no estudo de Harrington *et al.* (2019) houve um apontamento sobre um desequilíbrio do conhecimento relacionado com PF entre homens e mulheres. Por sua vez, para o público adolescente, sabe-se que o risco para gravidezes não intencionais é aumentado, 80% dos participantes não sabiam sobre contracepção durante a primeira relação sexual e uma das razões para este conhecimento insuficiente pode estar associado ao fato que os pais evitem ter discussões sobre estas questões com seus filhos e filhas, por receio de influenciá-los a iniciar a vida sexual (NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018).

No tocante à experiência de saúde/doença, tem-se uma diversidade de situações que moldam a escolha de práticas contraceptivas, esta RIL encontrou alguns exemplos: quando da experiência de DCR, onde se destaca o conflito que as mulheres com DCR enfrentam devido à forte recomendação para não engravidar, por causa dos riscos associados e o desejo pessoal de ter filhos (CHANG *et al.*, 2018); quando do diagnóstico de transtornos devido ao uso de opioides (MacAFEE

*et al.*, 2020; REY *et al.*, 2020); e quando da experiência de ser uma pessoa vivendo com HIV (pvHIV) (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017; LIMA *et al.*, 2017).

Mais da metade dos estudos selecionados para esta RIL (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018; ALEXANDER *et al.*, 2019; BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017; BERTRAND *et al.*, 2017; 2018; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; CHANG *et al.*, 2018; CLEEVE *et al.*, 2017; COVER *et al.*, 2017; EZER *et al.*, 2016; GRACE *et al.*, 2020; HARRINGTON *et al.*, 2019; HERNANDEZ *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2017; LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018; MAKENZIUS *et al.*, 2018; MEIER *et al.*, 2020; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017; MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017; NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018; PURCELL *et al.*, 2016; REY *et al.*, 2020) citaram as questões relacionadas com os efeitos colaterais: conceitos errôneos sobre efeitos colaterais (CHANG *et al.*, 2018; NETSHIKWETA; OLANIYI; TSHITANGANO, 2018); entre eles infertilidade e câncer (CLEEVE *et al.*, 2017); superexposição aos hormônios (MEIER *et al.*, 2020); interação do hormônio com TARV, potencializando o agravamento dos efeitos colaterais (LIMA *et al.*, 2017); sangramento como inibidor da prática sexual ou baixa da libido (HARRINGTON *et al.*, 2019); sobre os efeitos colaterais do anticoncepcional injetável trimestral subcutâneo e/ou intramuscular (AGBEMENU; VOLPE; DYER, 2018; BERTRAND *et al.*, 2017; 2018; COVER *et al.*, 2017; LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018; MAKENZIUS *et al.*, 2018; PURCELL *et al.*, 2016); e sobre os efeitos colaterais dos LARCs (HERNANDEZ *et al.*, 2020; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017; PURCELL *et al.*, 2016; REY *et al.*, 2020). Destacando este código (efeito colateral) como um forte determinante para escolha (ou não) de práticas contraceptivas. Ter controle sobre o método anticoncepcional, implica ter controle sobre os efeitos colaterais, e isso é, muitas vezes, mais importante do que a eficácia percebida (ALSPAUGH *et al.*, 2019). Por isso da necessidade de se explanar sobre esses possíveis efeitos durante o aconselhamento em anticoncepção, sob pena de não adesão ao método anticoncepcional após reconhecimento dos sinais e sintomas adversos (SILVA *et al.*, 2022b).

No do quesito relacionado com a capacidade de decisão, 45% dos estudos (BERTRAND *et al.*, 2017; 2018; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; CLEEVE *et al.*, 2017; COVER *et al.*, 2017; EZER *et al.*, 2016; GRACE *et al.*, 2020; HARRINGTON *et al.*, 2019; HAYTER *et al.*, 2016; HERNANDEZ *et al.*, 2020; MAKENZIUS *et al.*, 2018; MEIER *et al.*, 2020; MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017; REY *et al.*, 2020) selecionados para esta RIL, trataram sobre autonomia da vida sexual e reprodutiva, conseqüentemente, sobre a escolha (ou não) de práticas contraceptivas, de diferentes maneiras. Aqui, opta-se por destacar a fala de uma das participantes de um dos estudos selecionados, uma vez que reflete a essência desta categoria – *“É muito importante, o fato de você poder escolher; agora o que você vai escolher depende de você, mas, o mais importante é que você possa escolher”* (MEIER *et al.*, 2020, p.05) – que é a busca pelo direito de escolher. A maioria das pessoas quer estar no controle de suas vidas e isso também se aplica às questões relacionadas com a contracepção (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017).

Todavia, alguns estudos sinalizaram situações em que há falta de autonomia por parte das mulheres para escolha de práticas contraceptivas. O estudo de Cuihane *et al.* (2018) destacou um contexto em que as mulheres não têm poder de decisão sobre uso de anticoncepcionais e apresentam um poder limitado sobre tomar decisão para engravidar, sendo que as decisões sobre cumprir conselhos médicos ficam reservadas ao parceiro masculino da mulher. Outro desafio, que compromete a autonomia, consiste em abordar a contracepção no momento do

aborto. Nesse contexto, as mulheres já possuem várias decisões significativas a serem tomadas e também podem sentir que tem pouca autonomia na situação, dependendo das circunstâncias da gravidez e relações estabelecidas com os profissionais de saúde (PURCELL *et al.*, 2016). No estudo Cleeve *et al.* (2017) a capacidade limitada de negociação das mulheres jovens era resultado da dependência econômica para com seus parceiros masculinos, causando desequilíbrios de poder e impedindo a autonomia reprodutiva. Ainda, para adolescentes que vivem em ambiente rural, as regras da família podem impactar seus processos de tomada de decisão sexual, influenciando a capacidade de tomar suas próprias decisões, limitando suas opções e moldando valores em relação à sexualidade (EZER *et al.*, 2016).

A autonomia reprodutiva também é usurpada por meio de ações de parceiros que agem dentro da lógica da CR, gerando consequências prejudiciais à saúde da mulher (GRACE *et al.*, 2020); onde toda essa dominação masculina e medo, incapacita as mulheres de gerenciar suas escolhas contraceptivas (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017). Existe uma certa frustração devido à falta de controle, por causa das relações de poder desiguais dentro dos relacionamentos e por causa da relutância dos prestadores de serviços para apoiar esta abordagem (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017). Por isso, é de fundamental importância abordar a questão da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, uma vez que, as noções sobre autonomia e os exemplos de ações autônomas são transferidos de forma intergeracional (entre mães e filhas, por exemplo) (MARQUES *et al.*, 2022) e isso tem um enorme poder de romper com ciclos de VPI, inclusive.

No terreno das emoções e dos sentimentos, alguns dos estudos trouxeram a questão do medo (35% dos estudos) (ALEXANDER *et al.*, 2019; BAULENI *et al.*, 2018; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; 2019b; CHANG *et al.*, 2018; CLEEVE *et al.*, 2017; CUINHANE *et al.*, 2018; EZER *et al.*, 2016; LIU; SHEN; DIAMOND-SMITH, 2018; MacAFEE *et al.*, 2020; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017) e da confiança (29% dos estudos) (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017; BERTRAND *et al.*, 2017; BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; CLEEVE *et al.*, 2017; GRACE *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2017; MAKENZIUS *et al.*, 2018; MEIER *et al.*, 2020; MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017) como pontos importantes que moldam as escolhas e, porque não dizer, duelam (no sentido que são ambivalentes), conseqüentemente, interferindo nas escolhas de práticas contraceptivas.

Além do medo por sofrer com os possíveis efeitos colaterais já sinalizados anteriormente, tem-se, por exemplo, o medo do abandono devido limitação da fertilidade percebida, no caso de mulheres com DCR, o medo da reação das pessoas, o medo de sofrer julgamentos e receio do estigma social (CHANG *et al.*, 2018). Ou ainda no contexto de mulheres jovens portadoras do HIV, medo que a revelação do *status* sorológico ocorra pelo uso de preservativo, que as levariam inevitavelmente à rejeição ou perda de suas fontes de suporte (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017).

No contexto rural, onde as adolescentes tendem a evitar o acesso à contracepção por medo de serem julgadas negativamente e/ou excluídas por membros da comunidade se elas escolherem se envolver em relacionamentos sexuais antes do casamento (EZER *et al.*, 2016). Novamente, medo de julgamento foi uma barreira para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para mulheres que faziam uso de opioides (MacAFEE *et al.*, 2020); medo de sofrer estigma por solicitar CE (MEIER *et al.*, 2020); medo do estigma social associado à

gravidez em idade avançada (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b); e medo do parceiro e da sogra (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017; BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b). Um único estudo citou a hormoniofobia, onde as perspectivas negativas dos participantes sobre CE também surgiram preocupações com relação aos hormônios. Os participantes sentiram que CE teria influências negativas ainda maiores sobre o corpo do que outros contraceptivos hormonais. Ilustrando um medo comum sobre a superexposição ao hormônio (MEIER *et al.*, 2020).

Por outro lado, a confiança no método anticoncepcional foi citada quando avaliado o alto nível de aceitabilidade entre mulheres que selecionaram Sayana® Press, onde as aceitantes perceberam o método como de uso fácil, eficaz e discreto (BERTRAND *et al.*, 2017); ainda sobre LARCs, para determinado grupo de pessoas, existe uma alta confiança nos conhecimentos sobre estes métodos (MURPHY; BURKE; HAIDER, 2017), mesmo em contexto onde várias mulheres que fizeram comentários negativos, no entanto, aceitaram LARC pós-aborto, uma vez que também percebiam vantagens, incluindo a confiabilidade (PURCELL *et al.*, 2016).

Sobre confiança no provedor de saúde, um estudo destacou que quase a totalidade das participantes se sentiu muito bem-preparada com o treinamento dos alunos de medicina e enfermagem para realizar a auto injeção (BERTRAND *et al.*, 2018). Confiança em si mesmo foi um código destacado em dois estudos que pesquisaram a técnica da auto injeção subcutânea como recurso anticoncepcional (BERTRAND *et al.*, 2018; COVER *et al.*, 2017); e a confiança em si mesma também apareceu nas narrativas das mulheres, que vivem em contexto de VPI, que descreveram qualidades de força e bravura inata, resultantes da vivência de situações difíceis e abusivas. Essas qualidades deram a elas o poder de suportar ou escapar das adversidades (GRACE *et al.*, 2020). Logo, entende-se que o Poder Individual (sem deixar de considerar todo o peso estrutural dos demais determinantes), para vencer os medos e ampliar a confiança, deve ser fomentado para que as experiências da escolha de práticas contraceptivas aconteçam cada vez mais de forma livre, responsável e consciente.

Avalia-se que os termos genéricos “experiência” ou “vivência” ou “aprendizado” inseridos nas buscas, diversificou de forma significativa as opções de contextos e conceitos para serem analisados, contudo mais do que uma limitação, encontrou-se aqui um desafio para síntese dos achados. Ainda assim, ampliou-se um leque de possibilidades para que outros pesquisadores e/ou profissionais de saúde pincem o que mais lhes convém aprofundar.

Como contribuições esta RIL traz elementos importantes para serem considerados na formulação de políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva para *todes*. Para a enfermagem, em específico, vislumbra-se a manutenção e o aperfeiçoamento de um aconselhar em anticoncepção cada vez mais ancorado na experiência viva de cada pessoa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados através desta RIL oportunizaram atingir o objetivo proposto, uma vez que, proporcionou ter acesso a um universo de conhecimentos científicos sobre as mais diversas experiências das pessoas, em diferentes contextos, no que concerne à escolha de práticas contraceptivas.

Isso posto, há listado acima inúmeros argumentos para reflexão e ação que podem amenizar o ônus da contracepção sob todos os corpos que podem

engravidar, além de ampliar essa discussão para todos, principalmente às mentes masculinas, uma vez que se desvelou todo o peso estrutural dos *determinantes do poder de decisão* e toda a força do Poder Individual, que precisam ser equalizados para o enfrentamento das questões contraceptivas no intercurso da vida sexual e reprodutiva das pessoas.

Ainda há muito trabalho (árido e contínuo) nessa esfera a ser realizado, onde todo um posicionamento político (do global ao local) de todos os envolvidos com a temática da saúde sexual e reprodutiva (da Academia até a prática assistencial) se faz necessário, porque a questão da contracepção é (e sempre será) uma questão fundamental para *todes*, nos mais diversos lugares e em qualquer tempo.

## REFERÊNCIAS

- AGBEMENU, K.; VOLPE, E. M.; DYER, E. Reproductive health decision-making among US-dwelling Somali Bantu refugee women: A qualitative study. **Journal of clinical nursing**, 27(17-18), 3355–3362, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14162>. Acesso em: 31 ago. 2020.
- ALEXANDER, K. A.; PERRIN, N.; JENNINGS, J. M.; ELLEN, J.; TRENT, M. Childbearing Motivations and Desires, Fertility Beliefs, and Contraceptive Use among Urban African-American Adolescents and Young Adults with STI Histories. **Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine**, 96(2), 171–180, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0282-2>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- ALSPAUGH, A.; BARROSO, J.; BEIBELL, M.; PHILLIPS, S. Women’s Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. 2020 Jan;65(1):64-84. DOI: 10.1111/jmwh.12992. Epub 2019 May 28. PMID: 31135081. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12992>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCi: Conv. Ciênc. Inform.** 2020;3(2):100-34, maio/ago., 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13447-Texto%20do%20artigo-40160-2-10-20200710%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13447-Texto%20do%20artigo-40160-2-10-20200710%20(1).pdf). Acesso em: 4 nov. 2022.
- BAULENI, E. M.; HOOKER, L.; VALLY, H. P.; TAFT, A. Intimate-partner violence and reproductive decision-making by women attending Victorian Maternal- and Child-Health services: a cross-sectional study. **Australian journal of primary health**, 24(5), 422–427, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY17183>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- BAIRD, K.; CREEDY, D.; MITCHELL, T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. **Journal of clinical nursing**, 26(15-16), 2399–2408, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13394>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.

BERTRAND, J.; MAKANI, P.; HERNANDEZ, J.; AKILIMALI, P.; MUKENGESHAYI, B.; BABAZADEH, S.; BINANGA, A. Acceptability of the Community-level Provision of Sayana® Press by Medical and Nursing Students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. **Contraception**. 96, 211-215, 2017. Disponível em: [10.1016/j.contraception.2017.05.014](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.014). Acesso em: 09 set. 2020.

BERTRAND, J. T.; BIDASHIMWA, D.; MAKANI, P. B.; HERNANDEZ, J. H.; AKILIMALI, P.; BINANGA, A. An observational study to test the acceptability and feasibility of using medical and nursing students to instruct clients in DMPA-SC self-injection at the community level in Kinshasa. **Contraception**, 98(5), 411–417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.002>. Acesso em: 31 ago. 2020.

BÖTTCHER, B.; ABU-EL-NOOR, M.; ABUL-EL-NOOR, N. Choices and services related to contraception in the Gaza strip, Palestine: perceptions of service users and providers. **BMC Women's Health** 19, 165, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0869-0>. Acesso em: 30 ago. 2020

BÖTTCHER, B.; ABU-ELNOOR, M. A.; ABU-ELNORR, N. I.; Causes and consequences of unintended pregnancies in the Gaza Strip: a qualitative study. **BMJ Sex Reprod Health**. 0:1–5, 2019b. Disponível em: [doi:10.1136/bmjsex-2018-200275](https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200275). Acesso em: 09 nov. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf>. Acesso em: 02 jul. 2022.

CHANG, A. Y.; NABBAALE, J.; NALUBWAMA, H.; OKELLO, E.; SSINABULYA, I.; LONGENECKER, C. T.; WEBEL, A. R. Motivations of women in Uganda living with rheumatic heart disease: A mixed methods study of experiences in stigma, childbearing, anticoagulation, and contraception. **PloS one**, 13(3), e0194030, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194030>. Acesso em 27 jul. 2020.

CHOFAKIAN, C. B. N; BORGES, A. L. V.; SATO, A. P. S.; ALENCAR, G. P.; SANTOS, O. A.; FUJIMORI, E. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents?. **Cadernos de Saúde Pública**, 32(1), e00188214. Epub February 12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188214>. Acesso em: 26 jul. 2020.

CLEEVE, A.; FAXELID, E.; NALWADDA, G.; KLINGBERG-ALLVIN, M. Abortion as agentive action: reproductive agency among young women seeking post-abortion care in Uganda. **Culture, health & sexuality**, 19(11), 1286–1300, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1310297>. Acesso em: 29 jul. 2020.

COVER, J.; BA, M.; LIM, J.; DRAKE, J. K.; DAFF, B. M. Evaluating the feasibility and acceptability of self-injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) in Senegal: a prospective cohort study. **Contraception**, 96(3), 203–210,

2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.010>. Acesso em: 09 set. 2020.

CUINHANE, C. E.; ROELENS, K.; VANROELEN, C.; QUIVE, S.; COENE, G. Perceptions and decision-making with regard to pregnancy among HIV positive women in rural Maputo Province, Mozambique - a qualitative study. **BMC women's health**, 18(1), 166, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0644-7>. Acesso em: 31 ago. 2020.

EZER, P.; LEIPERT, B.; EVANS, M.; REGAN, S. Heterosexual female adolescents' decision-making about sexual intercourse and pregnancy in rural Ontario, Canada. **Rural and remote health**, 16(1), 3664, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826735/>. Acesso em: 09 set. 2020.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nursing Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, feb. 1987.

GOODMAN, S. R.; EL AYADI, A. M.; ROCCA, C. H.; KOHN, J. E.; BENEDICT, C. E.; DIESELDORFF, J. R.; HARPER, C. C. The intrauterine device as emergency contraception: how much do young women know?. **Contraception**, S0010-7824(18)30145-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.009>. Acesso em: 29 ago. 2020.

GRACE, K. T.; ALEXANDER, K. A.; JEFFERS, N. K.; MILLER, E.; DECKER, M. R.; CAMPBELL, J.; GLASS, N. Experiences of Reproductive Coercion Among Latina Women and Strategies for Minimizing Harm: "The Path Makes Us Strong". **Journal of Midwifery & Women's Health**. 65, 2, 248-256, 2020. Disponível em: [doi:10.1111/jmwh.13061](https://doi.org/10.1111/jmwh.13061). Acesso em: 29 ago. 2020.

HARRINGTON, E. K.; McCOY, E. E.; DRAKE, A. L.; MATEMO, D.; JOHN-STEWART, G.; KINUTHIA, J.; UNGER, J. A. Engaging men in an mHealth approach to support postpartum family planning among couples in Kenya: a qualitative study. **Reproductive health**, 16(1), 17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0669-x>. Acesso em: 30 ago. 2020.

HAYTER, M.; JONES, C.; OWEN, J.; HARRISON, C. A qualitative evaluation of home-based contraceptive and sexual health care for teenage mothers. **Primary health care research & development**, 17(3), 287-297, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423615000432>. Acesso em: 29 ago. 2020.

HERNANDEZ, J. H.; AKILIMALI, P.; GLOVER, A.; BERTRAND, J. T. Feasibility and acceptability of using medical and nursing students to provide Implanon NXT at the community level in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. **BMC Women's Health**, 20:133, 2020. Disponível em: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-00993-9>. Acesso em: 30 ago. 2020.

KIM, S.; LEE, C. Factors Affecting Sexually Transmitted Infections in South Korean High School Students. **Public health nursing (Boston, Mass.)**, 33(3), 179-188, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/phn.12211>. Acesso em: 09 set. 2020.



- LIMA, I. C. V.; CUNHA, M. C. S. O.; CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Reproductive aspects and knowledge of family planning among women with Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Rev Esc Enferm USP**. 2017;51:e03224. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016039403224>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- LIU, J.; SHEN, J.; DIAMOND-SMITH, N. Predictors of DMPA-SC continuation among urban Nigerian women: the influence of counseling quality and side effects. **Contraception**, 98(5), 430–437, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.015>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- MacAFEE, L. K.; HARFMANN, R. F.; CANNON, L. M.; KOLENIC, G.; KUSUNOKI, Y.; TERPLAN, M.; DALTON, V. K. Sexual and Reproductive Health Characteristics of Women in Substance Use Treatment in Michigan, **Obstetrics & Gynecology**: February 2020 - Volume 135 - Issue 2 - p 361-369. Disponível em: doi: 10.1097/AOG.0000000000003666. Acesso em: 30 jul. 2020.
- MAKENZIUS, M.; FAXELID, E.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; ODERO, T.; KINGBERG-ALLVIN, M.; OGUTTU, M. Contraceptive uptake in post abortion care- Secondary outcomes from a randomised controlled trial, Kisumu, Kenya. **PloS one**, 13(8), e0201214, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201214>. Acesso em: 01 set. 2020.
- MARQUES, G. C. M.; FERREIRA, S. L.; DIAS, A. C. S.; PEREIRA, C. O. J. FERNANDES, E. T. B. S.; LACERDA, F. K. L. Transmissão intergeracional entre mães e filhas quilombolas: autonomia reprodutiva e fatores intervenientes. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2022; 31:e20200684. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0684>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- MEIER, S.; BALL, E.; JAMIESON, K. L.; SUNKEL, S. L.; DeMARIA, A. L. Translating policy to practice: theory-based formative research to improve messaging and over-the-counter access to emergency contraception in Florence, Italy. **The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception**, 25(4), 285–292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1774538>. Acesso em: 09 nov. 2020.
- MURPHY, M. K.; BURKE, P. J.; HAIDER, S. A Qualitative Application of Diffusion of Innovations to Adolescents' Perceptions of Long-Acting Reversible Contraception's Attributes. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, 30(4), 484–490, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.11.005>. Acesso em: 09 set. 2020.
- MWALABU, G.; EVANS, C.; REDSELL, S. Factors influencing the experience of sexual and reproductive healthcare for female adolescents with perinatally-acquired HIV: a qualitative case study. **BMC women's health**, 17(1), 125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0485-9>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- NETSHIKWETA, M. L.; OLANIYI, F. C.; TSHITANGANO, T. G. Reproductive Health Choices Among Adolescents in Secondary Schools: A Case Study of Selected

Schools in Limpopo, South Africa. **The Open Public Health Journal**, 11, 319-329, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2174/1874944501811010319>. Acesso em: 08 set. 2020.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ** 2021 Mar 29; 372(71). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PAULA, M. B. M.; QUEIROZ, A. B. A.; PARMEJANI, E. P.; SALIMENA, A. M. O.; FERREIRA, M. A.; CORDEIRO, E. M. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2022;24:69529. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PEREIRA, D. M. R.; ARAÚJO, E. C.; SILVA, A. T. C. S. G.; ABREU, P. D.; CALAZANS, J. C. C.; SILVA, L. L. S. B. Evidências científicas sobre experiências de homens transexuais grávidos. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 18]; 31:e20210347. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PURCELL, C.; CAMERON, S.; LAWTON, J.; GLASIER, A.; HARDEN, J. Contraceptive care at the time of medical abortion: experiences of women and health professionals in a hospital or community sexual and reproductive health context. **Contraception**, 93(2), 170–177, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.09.016>. Acesso em: 29 ago. 2020.

REY, C. N.; BADGER, G. J.; MELBOSTAD, H. S.; WACHTEL, D.; SIGMON, S. C.; MacAFEE, L. K.; DOUGHERTY, A. K.; HEIL, S. H. Perceptions of long-acting reversible contraception among women receiving medication for opioid use disorder in Vermont. **Contraception**, 101(5), 333–337, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.010>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, I. C. B.; ARAÚJO, E. C.; SANTANA, A. D. S.; MOURA, J. W. S.; RAMALHO, M. N. A.; ABREU, P. D. A violência de gênero perpetrada contra mulheres trans. **Rev Bras Enferm.** 2022a;75(Suppl 2):e20210173. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RnNr3PFBcwc9YhTx9VF8bLn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

SILVA, R. R.; SILVA FILHO, J. A.; LIMA, E. R.; BELÉM, J. M.; PEREIRA, R. S.; OLIVEIRA, C. A. N. Tomada de decisão compartilhada centrada na mulher para promoção do aconselhamento em anticoncepção: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** 2022b;75(5):e20210104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v79RSGV7JwMWBqdKkhd7zdB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M.; Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v.10, n.2, p.1396-1416, jul.-dez.2020.ISSN 2237-9444. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Acesso em: 14 set. 2022.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2018**. O poder de escolha. Direitos reprodutivos e a transição demográfica. UNFPA, 2018. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2019**. Um trabalho inacabado. A busca por direitos e escolhas para todos e todas. UNFPA, 2019. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_final.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf). Acesso em: 29 dez. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2020**. Contra a minha vontade. Desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impedem a igualdade. UNFPA, 2020. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_2020-unfpa.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2021**. Meu corpo me pertence. Reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação. UNFPA, 2021. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br\\_web\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2022**. Vendo o invisível. Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2022.

VEALE, J.; WATSON, R. J.; ADJEI, J.; SAEWYC, E. Prevalence of Pregnancy Involvement Among Canadian Transgender Youth and its Relation to Mental Health, Sexual Health, and Gender Identity. **The international journal of transgenderism**, 17(3-4), 107–113, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1216345>. Acesso em: 30 jul. 2020.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

A escolha pelo referencial teórico filosófico utilizado como “bússola” neste estudo está em consonância com os valores da pesquisadora, e isso foi de extrema importância a fim de manter a coerência entre o *saber-pensar* e o *saber-fazer*, bem como manter o entusiasmo em todo o percurso investigativo. Portanto, optou-se por uma teoria de Enfermagem, isto porque a produção de conhecimento da Enfermagem (por profissionais de Enfermagem) se dá por meio de investigações acerca dos objetos epistemológicos da Enfermagem (como exemplo, o aconselhamento e cuidado contraceptivo) e, para tal, os fundamentos filosóficos das teorias de Enfermagem, elaboradas por meio de uma complexa e ampla visão da realidade, precisam estar presentes para que a construção destes conhecimentos apoiem o desenvolvimento das pessoas, da disciplina e da profissão (LEOPARDI, 1999; 2006; LINS *et al.*, 2013).

### 4.1 TEORIA DE ENFERMAGEM – *DEVIR HUMANO*

Para esta pesquisa, utilizou-se o termo teoria de Enfermagem, contudo, sabe-se que por meio dos esforços dos estudiosos sobre esta teoria, ela avançou (e continua avançando) para uma escola de pensamento, a do *Devir Humano* (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000; DISCOVERY INTERNATIONAL, [2010?]).

#### 4.1.1 Rosimarie Rizzo Parse

Rosimarie Rizzo Parse nasceu no estado da Pensilvânia nos Estados Unidos da América (EUA), em 1938. Sua trajetória pessoal, acadêmica e profissional foi inspirada em valores essenciais, como respeito ao ser humano e à dignidade humana; valores esses, que recebeu de seus pais durante sua criação e formação. Sua visão humanística da vida refletiu na construção de um modelo de Enfermagem como uma alternativa às abordagens normativas (como a biomedicina e como a visão biopsicossocial do ser humano), que almeja superar o modelo positivista (ainda) impregnado na disciplina, visto que propõe uma disciplina de Enfermagem embasada nas ciências humanas (LEOPARDI, 1999; 2006; LINS *et al.*, 2013; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

Parse é conhecida internacionalmente por sua escola de pensamento voltada para o ser humano, compreende que a Enfermagem precisa se concentrar na qualidade de vida, sendo este o objetivo da Enfermagem. Seus esforços teórico-práticos, ao longo de sua vida, ao desenvolver sua teoria, seus modelos de ensino-aprendizagem, bem como suas orientações, sua liderança e seu acompanhamento engajado da disciplina e profissão de Enfermagem sempre foram pautados na ética da dignidade humana (DISCOVERY INTERNATIONAL, [2010?]).

Sobre sua trajetória acadêmica e profissional tem-se que: fez o seu mestrado e doutorado pela *University of Pittsburgh*; foi parte do corpo docente da *Loyola University* em Chicago e na *University of Pittsburgh*; coordenou o Centro de Pesquisas em Enfermagem da *Hunter College* da *City University* de Nova York; foi reitora, por uma década (1983-1993) da Escola de Enfermagem da *Duquesne University* (mesma universidade onde se graduou); também foi professora visitante em várias universidades dos EUA e de diversos países; além de apoiar inúmeros programas de doutorado em Enfermagem e Medicina. É fundadora e editora da *Nursing Science Quarterly*, presidente da *Discovery International Inc.*, que patrocina conferências internacionais de teoria de Enfermagem; e fundadora do *Institute of Human Becoming*, onde ensina os aspectos ontológicos, epistemológicos e metodológicos de sua escola de pensamento humano (DISCOVERY INTERNATIONAL, [2010?]; PARSE, 2000).

Considerada uma das mais relevantes teóricas da Enfermagem, tem no seu currículo uma gama de produções bibliográficas, entre editoriais, artigos e livros. Sobre os últimos, tem-se: *Nursing Fundamentals*, de 1974; *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*, de 1981; *Nursing Science: Major Paradigms, Theories, and Critiques*, de 1987; *Illuminations: The Human Becoming Theory in Practice and Research*, de 1995; *The Human Becoming School of Thought*, de 1998; e *Hope: An International Human Becoming Perspective*, de 1999 (PARSE, 2000). Como fonte direta e primária para esta pesquisa, tem-se o material traduzido do livro de 1995, *Illuminations: The Human Becoming Theory in Practice and Research*.

Difundida nos quatro cantos do mundo (infelizmente, no Brasil de maneira ainda incipiente) sua teoria é um guia para a prática em ambientes de cuidados de saúde e de Enfermagem, bem como para o desenvolvimento de pesquisas em Enfermagem. Em apresentação no site oficial (da *Discovery International Inc.*) há uma mensagem honrosa à Rosemarie Rizzo Parse que a caracteriza como uma líder

articulada, corajosa e vibrante; que com determinação e visão fez (faz e continuará fazendo) avançar a disciplina de Enfermagem; que é uma mentora inspiradora; que com presença amorosa e respeitosa apoiou (apoia e continuará apoiando por meio do seu legado) acadêmicos de Enfermagem a perseguirem seus sonhos (DISCOVERY INTERNATIONAL, [2010?]). Aqui fica a imagem que, para ela (Parse), todos (pessoas, famílias, comunidades, profissionais de saúde, acadêmicos, pesquisadores e ela mesma) têm potencial para viver a arte do *devir humano*.

#### 4.1.2 Introdução à teoria do *Devir Humano*

Sob influência dos conceitos e princípios da teoria do Ser Humano Unitário (de Rogers) e do Pensamento Existencial Fenomenológico (de Heidegger, de Sartre e de Merleau-Ponty), Parse postulou sua teoria em 1981. Inicialmente chamada de *Man-Living-Health*, traduzida como “Homem-Vida-Saúde”; em 1992, sofreu uma reformulação em sua nomenclatura para *Human Becoming*. Podendo, então, ser traduzida de distintas formas como teoria: da “Evolução Humana” ou do “Tornar-se Humano” ou do “Vir-a-ser Humano” ou do “Devir Humano”. Para além de uma tradução literal, que tem potencial de perda de sentido, a teoria construída por Parse tem em sua essência o desenvolvimento da qualidade de vida sob a perspectiva da pessoa (família e/ou comunidade) (PARSE, 1995; 2000).

Para esta pesquisa, optou-se por utilizar a nomenclatura traduzida para *Devir Humano*, porque devir (do latim) significa *devenire*, chegar e, filosoficamente, significa as mudanças pelas quais todas as pessoas passam (DICIO, 2019).

#### 4.1.3 Pressupostos

Parse, embasada nos princípios e conceitos da teoria do Ser Humano Unitário de Martha Rogers (Helicidade; Complementaridade; Ressonância; Campo de Energia; Abertura; Padrão e Organização; e Quadridimensionalidade ou Pandimensionalidade) e nos conceitos da Fenomenologia Existencial de Martin Heidegger, de Jean-Paul Sartre e de Maurice Merleau-Ponty (Intencionalidade; Subjetividade Humana; Coconstituição; Coexistência; e Liberdade Situada) estrutura sua teoria em nove pressupostos fundamentais, a saber:

1. O ser humano coexiste ao mesmo tempo em que coconstitui esquemas rítmicos com o universo;
2. O ser humano é um ser aberto, que escolhe livremente os significados nas situações e que assume a responsabilidade por suas decisões/ações;
3. O ser humano é uma unidade viva (é unitário) que coconstitui continuamente esquemas de relação/de relacionamento;
4. O ser humano transcende de forma multidimensional, a partir das possibilidades;
5. O *dever humano* é um processo aberto que experimentam os seres humanos;
6. O *dever humano* é um processo de coconstituição rítmica entre os seres humanos e o meio/universo;
7. O *dever humano* é um esquema humano relacionado com a significação de prioridades de valor;
8. O *dever humano* é um processo intersubjetivo de transcendência do possível;
9. O *dever humano* é um processo de contínua troca; é um despertar negentrópico<sup>5</sup> como uma espécie de processo reativo para não desintegração do ser humano (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000<sup>6</sup>)

Destes pressupostos originaram-se três princípios.

---

<sup>5</sup> Da Física: Enquanto a entropia representa o aumento da desorganização e o surgimento de inúmeras variáveis, a sintropia representa a **ordem, o equilíbrio e a redução de riscos**. Ela também é chamada de negentropia (entropia negativa) e pode ser compreendida como uma solução que coloca ordem no caos. <https://fia.com.br/blog/entropia-o-que-e-como-funciona-tipos-exemplos-e-aplicacoes/>

<sup>6</sup> A referência desses autores (e dessa forma), se faz necessário para validar que a compreensão dos postulados desta teoria para esta pesquisa contou com o esforço anterior de todos eles; quando oportunizaram a tradução desses conhecimentos na compreensão do relacionamento enfermeiro(a)-pessoa (família e/ou comunidade); tanto na aplicação dos princípios da teoria na prática clínica e/ou na pesquisa; bem como nas reflexões sobre a teoria com outros desenhos de estruturas teóricas sobre cuidar na enfermagem, por exemplo; além é claro da apresentação dos conceitos interrelacionados da teoria com a pesquisa e prática; e por óbvio, a própria referência primária (via material traduzido).

#### 4.1.3.1 *Princípios*

Antes, vale ressaltar que Parse (1995; 2000), através dos seus princípios, lança luz aos processos paradoxais (entendidos não como problemas a serem resolvidos, mas como ritmos naturais da vida) inerentes ao ser humano, onde a compreensão dos paradoxos da existência é fundamental para o *devir humano*. Os princípios da teoria do *Devir Humano* surgem dos três principais temas (ou momentos) dos pressupostos anteriormente apresentados: significado, ritmicidade e transcendência, apresentados a seguir e esquematizados na Figura 2.

**1º Princípio:** o *devir humano* é o significado pessoal livremente elegido que se dá às situações dentro do processo intersubjetivo de valores prioritários relacionados (PARSE, 1995, 2000).

Este princípio dita que esclarecer significado é cooperar na criação da realidade pessoal por meio da expressão de valores e imagens, sendo que isto ocorre de maneira multidimensional e no inter-relacionamento ser humano-meio. Em outras palavras, o ser humano encontra o significado para a situação que está experienciando quando imagina essa situação em outras dimensões (por meio da experiência de inúmeros níveis do universo em uma só vez), fazendo a escolha do significado baseado nos seus valores pessoais. Aqui, vislumbram-se alguns conceitos derivados e inter-relacionados que são: imaginação; valorização; e comunicação. Respectivamente, entendidos pela concepção imaginária de tornar reais os acontecimentos, as ideias ou as pessoas; pela confirmação das crenças, por meio do significado elegido para a situação; e pelas formas de auto apresentação ou expressão, por meio de palavras e/ou símbolos. Imagem, valor e comunicação refletem a realidade, que nada mais é do que a harmonia de muitos universos estruturados concretamente por meio das escolhas da pessoa, resultando na história única do ser humano (da pessoa como ela é, foi e/ou será), como um mistério emergente com os conhecimentos explícitos (revelados) e tácitos (ocultos) da imagem. Em suma, este princípio significa que a pessoa coparticipa em criar o que é real para ela, mostrando suas perspectivas individuais incorporadas, por meio da expressão de seu viver, do valorizado e do imaginado (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).



**2º Princípio:** o *devoir humano* é um conjunto de esquemas rítmicos de cocriação dentro de um marco de intercâmbio aberto com o universo (PARSE, 1995; 2000).

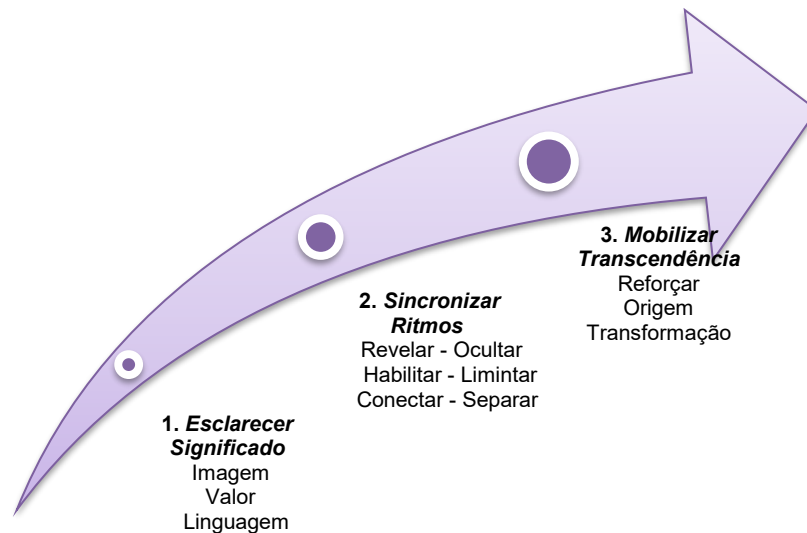
Por sua vez, este princípio postula que cooperar na criação de padrões rítmicos de relações é viver a unidade paradoxal por meio de experiências que coexistem, como: revelar-ocultar, capacitar-limitar e conectar-separar. A vivência dos paradoxos da vida cotidiana significa que a pessoa: revela um pouco de si mesma e ao mesmo tempo oculta outras partes, isto porque nem tudo é explicitamente conhecido ou pode ser contado no mistério que se desdobra do *devoir humano*; se capacita a uma possibilidade, quando se move em direção a uma escolha, ao mesmo tempo em que se limita a outras tantas possibilidades, porque em tese tudo é uma questão de escolha para o ser humano, até não escolher é uma escolha; e ainda, ao se ligar em um fenômeno, simultaneamente, desliga-se de outro para ir além. A importância da ritmicidade (da descrição dos padrões rítmicos de relação humana com o universo) está na integração do pensamento-ação, tornando-o mais complexo e o direcionando a buscar novas opções. De outro modo, pode-se compreender que a vida é uma manifestação de vibrações rítmicas, onde se criam padrões rítmicos com o universo que vão determinar as escolhas ao longo da existência. Em síntese, este princípio prevê que cocriar padrões rítmicos das relações significa que o ser humano, por meio da participação ativa em criar significados, estabelece padrões, ritmicidade e cadência com os campos de energia que estão interagindo nestas relações, isto é, entre ser humano e ambiente. Sempre existirão oportunidades e restrições não importa qual seja a escolha, mas experienciando cada momento, a pessoa revela-oculta, capacita-limita, enquanto conecta-separa para mover-se para além (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

**3º Princípio:** o *devoir humano* é a cotranscendência multidimensional e as possibilidades que vão aparecendo (PARSE, 1995; 2000).

Aqui, neste princípio, afirma-se que cotranscender as possibilidades é reforçar formas singulares de originar e/ou formas únicas de criar no processo de transformação. Mover-se para outras dimensões com sonhos e esperanças cultivados; criar formas de perceber o que já é conhecido; reforçar transformações, por meio da coconstituição com os outros; e, oportunizar que o ser humano e o meio

superem-se, além de propelirem-se mutuamente para o futuro, significa cotranscender. Logo, cotranscender pressupõe: domínio (reforçando); proveniência (originando); e, transformação (transformando). O fortalecer implica em resistir, que ocorre em toda relação, por meio da tensão e conflitos, criando possibilidades; dar origem indica ao processo de formação da pessoa, como ser único; e transformar é viver novas possibilidades imaginadas de forma deliberada, no enfrentamento de mudanças despertas continuamente em direção à maior complexidade. Experienciar o *devoir humano*, no sentido de não só imaginar, mas de viver toda a potencialidade do ser humano, por meio da mudança (que é um processo contínuo do ser humano em relação com meio ambiente; que se move do que é para o que ainda não é) que ocorre na realidade vivida e nas possibilidades do processo de transformação, culminando na criação/origem de novos padrões e valores pessoais que são incorporados aos anteriores é outra maneira de discorrer sobre a cotranscendência. Em essência, o ser humano está sempre mudando e o poder e a origem da transformação está em cotranscender com o possível (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

Figura 2 – Momentos da teoria do *Devoir Humano* e conceitos inter-relacionados



Fonte: elaborado pela autora

#### 4.1.4 Conceitos

Importa ressaltar que os conceitos que seguem emanam do conjunto de pressupostos e princípios apresentados acima, sendo que todos estão pautados no paradigma da simultaneidade, logo, estão em contraposição ao paradigma da totalidade, que usualmente está presente na maioria das teorias e nas práticas de Enfermagem. Parse refuta a totalidade porque entende que as prioridades de valor da pessoa (família e/ou comunidade) não devem estar subordinadas as normas definidas pela ciência médica, por exemplo; porque não é o(a) enfermeiro(a) (ou qualquer outro profissional de saúde) que é o especialista em saúde de determinada pessoa (família e/ou comunidade), mas sim ela mesma e essa condição deve ser sempre respeitada; porque o foco está no significado das experiências vividas pela pessoa (família e/ou comunidade); e porque se fazia (se faz e continuará se fazendo) necessário uma abordagem da ciência humana sobre a saúde, para além das ciências naturais, para contribuição da Enfermagem como uma disciplina única (PARSE, 1995; 2000).

##### 4.1.4.1 Ser humano

Este é o principal conceito da teoria do *Devir Humano*, uma vez que, a teoria focaliza o ser humano como uma unidade vital, sendo, portanto: inteiro (que não se fragmenta, que é maior do que a soma de suas partes e diferente dela); único (pois traz consigo suas crenças, valores, cultura, modo de ver e de conviver no e com o mundo); um ser de diálogo, ativo e reflexivo (capaz de aprender, reaprender e ensinar); aberto e sinérgico (em processo mútuo com o universo, cocriando, por meio de interação simultânea, padrões de relação com os outros e com o meio para criar e transformar); e livre para escolher diferentes formas de viver (que faz suas escolhas e assume as responsabilidades, ou seja, que tem liberdade de eleger vias alternativas de evolução pessoal) (PARSE, 1995; 2000).

Nesta pesquisa a pessoa caracterizada pela idade adulta jovem (entre 20 e 40 anos), independente da sua identidade de gênero e/ou da sua orientação sexual, que se disponibilizou em contar sua “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na sua trajetória sexual e reprodutiva” é o ser humano em processo de *devir humano*.

#### 4.1.4.2 *Ambiente*

Aqui, a título de apresentação somente, o conceito de ambiente aparece separado, mas para Parse o ambiente é inseparável e complementar ao ser humano, uma vez que, juntos criam uma experiência de vida maior do que cada um entendido separadamente. O ser humano evolui reciprocamente com o universo e trocam energia entre si (o que chama de coconstituição) para criar o que é no mundo. Já a cocriação faz referência à participação do ser humano-ambiente na criação do padrão de cada um (PARSE, 1995; 2000).

O ambiente nesta pesquisa é considerado todo o entorno (de espaço, de tempo e de relações) que as pessoas tiveram (tem ou terão) nas suas trajetórias sexuais e reprodutivas.

#### 4.1.4.3 *Saúde*

A saúde é definida, dentro do enfoque da teoria do *Devir Humano*, como um processo e não um estado particular num determinado momento. Logo, não é um estado de bem-estar ou de doença que o ser humano apresenta (até porque, doença também é uma expressão do relacionamento do ser humano com o mundo), mas sim, um processo contínuo de mudança que o ser humano cocria, por meio de padrões de relação de valores prioritários. Ou seja, é um processo que envolve uma síntese de valores de acordo com os significados dados a determinada situação; é um processo aberto de transformação e desvelamento, vivenciado e definido pela própria pessoa, sendo que a percepção de saúde é reconhecida como única para a pessoa que, ao mesmo tempo, está cocriando, por meio dos relacionamentos com os outros, este mesmo processo. Portanto, são as experiências (multidimensionais criadas num campo aberto de intercâmbio de energia com o ambiente) de vida que refletem a natureza paradoxal das relações da pessoa no mundo em um processo rítmico, que podem determinar o que é saúde para cada ser humano (PARSE, 1995; 2000).

Para esta pesquisa, saúde, relaciona-se com as experiências vivenciadas, não só no aspecto contraceptivo propriamente dito, como também as experiências que fazem interface com a sexualidade e a reprodução.

#### 4.1.4.4 *Enfermagem*

Os(as) enfermeiros(as) que vivem as crenças do paradigma da simultaneidade mantêm as perspectivas das pessoas sobre suas situações de saúde e seus desejos, portanto, a Enfermagem é considerada ciência e arte, cujo foco central é o ser humano. E, a essência da Enfermagem é o relacionamento enfermeiro(a)-pessoa (família e/ou comunidade) e, sua meta principal, é guiar as pessoas (famílias e/ou comunidades) para participarem do cuidar de sua saúde, onde o foco é a qualidade de vida sob suas próprias perspectivas. Enquanto disciplina e profissão, os objetivos da Enfermagem são, respectivamente: expandir o conhecimento sobre as experiências humanas por meio da conceituação criativa e pesquisa; e prestar serviço à humanidade por meio da arte e da ciência. Por sua vez, a prática da Enfermagem, fundamentada nos pressupostos e princípios da teoria do *Devir Humano*, é orientada no sentido de esclarecer significados das situações experienciadas e mobilizar a energia das pessoas (famílias e/ou comunidades) sob a luz dos valores de vida evidenciados em seus padrões de relação; fundamentada na liberdade do ser humano em estabelecer a sua própria escolha; bem como na liberdade da sua responsabilidade sobre as decisões tomadas (PARSE, 1995; 2000).

E, é com esse entendimento da Enfermagem (na pesquisa e/ou na assistência), que se vislumbra um pesquisar, aconselhar e cuidar em contraponto cada vez mais livre e consciente na relação enfermeiro(a)-pessoa (família e/ou comunidade).

Com base nestes conceitos, evidencia-se que o ser humano é coautor de seu processo de ser saudável. O(a) enfermeiro(a) é quem deve acompanhar o ritmo de vida traçado pela pessoa (família e/ou comunidade), levando-a a percebê-lo, discuti-lo e transcendê-lo. E, outro ponto que representa em essência os conceitos apresentados, é a questão da escolha, ou seja, da liberdade. Onde liberdade (em aproximação ao conceito existencialista de liberdade situada) é definida e caracterizada como uma expressão do evoluir humano e da saúde. Aqui, a liberdade não está associada à posse de bens materiais, por exemplo. Logo, qualquer pessoa (que esteja consciente) pode fazer e faz escolhas. O ser humano é livre e a vida é uma luta, que exige esforço, que inclui sofrimento e prazer; perdas e descobertas;

paz e tormento mental. Na prática tradicional da Enfermagem, a liberdade é frequentemente escondida e restrita para facilitar o tradicional método de assistência onde a abordagem está baseada nos problemas e na pretensa participação da pessoa (família e/ou comunidade) no seu processo de cuidados (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

Para ser signatário de Parse, o(a) enfermeiro(a) deve assumir uma postura de *estar com* e não fazer por. Isto porque, *estar com* é acreditar que a pessoa (família e/ou comunidade) é quem conhece seu próprio caminho e, assim, sua liberdade de escolha se manifesta. Desta forma, a liberdade é um processo vivido que é testemunhado e respeitado pelo(a) profissional. Portanto, não julga e nem tenta mudar a ideia da pessoa (família e/ou comunidade), mas possibilita que ela faça escolhas no seu caminho, estimulando-a a compreender o significado do seu momento vivido (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

Para estudiosos desta teoria, um dos desafios é a sua aplicabilidade (ou metodologia prática). Sabe-se que o foco está no relacionamento do(a) enfermeiro(a) com a pessoa (família e/ou comunidade); que a Enfermagem é inovadora e criativa; e que não deve ficar restrita por práticas prescritivas. Contudo, o(a) enfermeiro(a) deve preencher os requisitos que lhes são exigidos pela instituição (de ensino e/ou de serviço) em relação à sua prática (de pesquisa e/ou assistencial), mas deve e pode *ir além*, por meio da *presença verdadeira*. Para Parse, a Enfermagem somente será diferenciada quando centrar-se no ser humano (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

#### **4.1.5 Dimensões e processos da teoria para guiar a prática**

O primeiro momento da aplicação da teoria (ou a primeira dimensão prática da teoria) está no *esclarecer significado*, que acontece no processo de explicar. Onde, por meio da linguagem e/ou das imagens, explicar significa tornar claro o que

aparece no presente (o que é?), revelar o passado (o que foi?) e imaginar o futuro (o que será?). *Esclarecer significado* está relacionado com a busca do significado das vivências, tematizando a partir do imaginário e da razão da pessoa (família e/ou comunidade) envolvida na experiência. O(a) enfermeiro(a) conduz a pessoa (família e/ou comunidade) para relatar o significado da situação evidenciada. Na relação com o outro o significado para a pessoa (família e/ou comunidade) se torna mais explícito (GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

*Sincronizar ritmos* é a segunda dimensão prática (ou o segundo momento da aplicação da teoria), dimensão esta onde se estabelece ritmo entre: revelar-ocultar; luz-sombra; cheio-vazio; buscando evidenciar a harmonia existente entre os polos, num ritmo próprio. O *sincronizar ritmos* se dá por meio da interpretação e da validação junto com a pessoa (família e/ou comunidade) em processo de cuidado e/ou como participantes de pesquisa. O(A) enfermeiro(a) conduz a pessoa (família e/ou comunidade), guiando-a por meio da discussão (em um processo de reviver uma dada situação), para reconhecer a harmonia ou desarmonia que existe nas suas experiências de vida, em um processo de partilhamento e de entrega de significados mobilizados dos processos vividos do conectar-separar (GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

Uma vez que a sincronicidade da ritmicidade é estabelecida, ou seja, a pessoa (família e/ou comunidade) entra no estado emocional vibracional e cognitivo que lhe permite entrar em ressonância com o outro, ela consegue transcender a si mesma e estabelecer relacionamento com os outros (ser humano-ambiente) para além do que está posto, e isto é, em outras palavras *ir além* do momento, para vir a ser (para o *devir humano*), para projetar-se para as possibilidades de se transformar. Esta dimensão tem o foco sobre os sonhos possíveis e sobre as possibilidades de planejar para alcançá-los. E, aqui a Enfermagem guia a pessoa (família e/ou comunidade) para planejar sua mudança nos padrões de saúde (ou de vida) a serem experienciados. E, este é o terceiro momento da aplicação da teoria (ou a terceira dimensão prática da teoria) que é chamado de *mobilizar transcendência* (GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

Importante: na explanação acima sobre a teoria do *Devir Humano*, sempre se optou por acrescentar as palavras família e/ou comunidade logo após a palavra pessoa, para enfatizar que os pressupostos, os princípios, os conceitos e os momentos desta teoria podem (e devem) ser desenvolvidos também em uma

perspectiva coletiva (no âmbito das famílias e/ou das comunidades), contudo na sequência deste relatório, a ênfase será dada ao processo do *devir humano* da pessoa (em uma perspectiva individual).

## 4.2 VISLUMBRANDO AS RELAÇÕES DOS FUNDAMENTOS DA TEORIA DO *DEVIR HUMANO*

De modo introdutório (neste tópico) serão apresentadas algumas das possíveis relações da teoria do *Devir Humano* com o fenômeno do estudo, bem como, alguns apontamentos das questões metodológicas da teoria que apresentam certo alinhamento com o método de pesquisa utilizado neste percurso investigativo. Cabe ressaltar, que devido ao alto nível de abstração da teoria escolhida, um árduo trabalho reflexivo foi empregado para acessar (em alguma medida) as possíveis conexões entre teoria, fenômeno e método.

### 4.2.1 A teoria do *Devir Humano* e o fenômeno de estudo

De imediato, identifica-se como uma potencial contribuição da teoria do *Devir Humano* ao planejamento reprodutivo, ao aconselhamento e cuidado contraceptivo e/ou, mais especificamente, ao olhar investigativo sobre o fenômeno da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva, a postura diferenciada que o(a) pesquisador(a)/profissional de saúde/enfermeiro(a) pode e deve adotar em relação ao tema, ao fenômeno e às pessoas. Um exemplo: quando se determina que todas as pessoas têm o direito de receber informações, aconselhamento e cuidado contraceptivo, aqui, é válido pontuar, que o(a) enfermeiro(a) signatário(a) de Parse antes de oferecer a informação, para toda e qualquer pessoa, tenha a sensibilidade de perceber em que processo de transformação e desvelamento (de cocriação de sua saúde/de sua vida), no que concerne aos assuntos pertinentes à sua trajetória sexual e reprodutiva, a pessoa está. Para isso, é indispensável que o(a) enfermeiro(a) oportunize que a pessoa fale (se expresse) sobre o seu momento de vida, esclareça significado, a fim de sincronizar ritmos e mobilizar transcendência, em detrimento de só informar e/ou descrever (pura e simplesmente) aspectos básicos dos métodos anticoncepcionais, por exemplo.



Como já pontuado anteriormente, o(a) enfermeiro(a) que acredita na visão do paradigma da simultaneidade vai além da identificação, gerência e eliminação de problemas de saúde, porque vê nas relações humanas e no significado que as pessoas dão às situações vividas a grande oportunidade que elas têm para melhorarem sua qualidade de vida (PARSE, 1995; 2000). Com base nisto, o desvelar de fenômeno tão íntimo, ligado às questões sexuais e reprodutivas, pede que a relação enfermeiro(a)-pessoa supere o paradigma da totalidade.

Sabe-se que simples mudanças não são fáceis de serem conquistadas. Em se tratando de mudança de paradigma o desafio ainda é maior. Contudo, pesquisadores(as)/profissionais de saúde/enfermeiros(as) orientados pelos princípios da teoria do *Devir Humano* precisam aperfeiçoar o que é ditado pelas instituições de ensino e de saúde, além de superarem as dificuldades e os entraves do ambiente, porque para Parse ambiente e ser humano evoluem reciprocamente e trocam energia entre si (PARSE, 1995; 2000).

Ainda, para a teórica, a pessoa sempre tem opções e assume responsabilidades por suas escolhas (PARSE, 1995; 2000). Como contribuição, pode-se vislumbrar o enfoque dado à liberdade e responsabilidade no momento da escolha (ou não) de práticas contraceptivas, por exemplo. E, quiçá, todo esse cuidado oportunizará a cotranscendência para uma trajetória sexual e reprodutiva plena (sempre sob a perspectiva da pessoa).

#### **4.2.2 A teoria do *Devir Humano* e suas diretrizes metodológicas**

Para Parse, o processo de conhecer é uma investigação contínua para descobrir e compreender o significado das experiências vividas. Estuda-se e/ou investiga-se experiências vividas a partir das descrições dos(das) participantes/das pessoas, podendo ser por meio de textos escritos e/ou por meio de diferentes formas de arte (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000).

Do ponto de vista metodológico, a teoria do *Devir Humano* orienta as pesquisas para métodos qualitativos, tendo no “Método Parse” e no “Método Hermenêutico do Devir Humano” suas bases metodológicas. Ambos não serão detalhados aqui, uma vez que não foram usados integralmente nesta pesquisa. O “Método Parse” tem nas experiências vividas (momentos de alegria, tristeza, esperança, pesar e coragem, entre outros) os seus fenômenos para estudo. Por sua

vez, o “Método Hermenêutico do Devir Humano” tem nos textos escritos (de qualquer fonte literária) ou em qualquer forma de arte o seu objeto de pesquisa. Sendo que os processos de ambos os métodos requerem um diálogo único: pesquisador(a) com o(a) participante ou pesquisador(a) com o texto ou a forma de arte (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

Para este estudo, não se aplicou na íntegra, nenhum dos dois métodos, contudo seus princípios e pressupostos foram alinhados na condução da pesquisa, adaptando-os para o método do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (que será apresentado de forma detalhada no próximo capítulo), isto porque não há como criar o mapa corporal, por meio do processo de mapeamento corporal, sem ter a tônica de ambos os métodos “Método Parse” e “Método Hermenêutico do Devir Humano”, respectivamente: onde o(a) pesquisador(a) está realmente presente à medida que o(a) participante/a pessoa passa por uma reflexão e discussão sobre a sua experiência vivida; e onde o(a) mesmo(a) pesquisador(a) está verdadeiramente presente às possibilidades emergentes no horizonte de significado que surge no diálogo com os textos ou as formas de arte (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

A *verdadeira presença* é uma intensa atenção ao desenvolvimento e descoberta de essências (no “Método Parse”) e aos significados emergentes (no “Método Hermenêutico do Devir Humano”), sendo que as contribuições dos resultados de estudos usando estes dois métodos são um novo e rico conhecimento para compreensão das experiências vividas pela pessoa (família e/ou comunidade) (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000).

Assim como aplicado à prática clínica/assistencial, na pesquisa também se aplicam as dimensões e os processos do *Devir Humano*, como: o *esclarecer significado*, o *sincronizar ritmos* e o *mobilizar transcendência*. O profissional de saúde/enfermeiro(a) quando está com a pessoa está realmente presente com os significados que se desdobram à medida que ela explica, e isso não pode ser diferente na pesquisa/com o(a) pesquisador(a). A *presença verdadeira* é única na arte do *devir humano* e é uma arte interpessoal. Muitas vezes, pode ser mal interpretada, quando há um entendimento raso de simplesmente perguntar às pessoas o que elas querem e respeitar seus desejos, mas ao se fazer isto somente, rompe-se com a essência da genuína presença. O *estar com* verdadeiramente é um

fluxo livre à atenção que surge da crença de que o ser humano em processo mútuo com o universo é unitário; escolhe livremente a situação; estrutura o significado pessoal; vive ritmos paradoxais; e *vai além* com a mudança (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000; PARSE, 1995; 2000).

Compreender e viver as crenças do *Devir Humano*, bem como viver a experiência do *estar com* (como conexão poderosa entre o universo humano e a experiência em todos os reinos do universo) requer estudo concentrado da ontologia, epistemologia e metodologias e um compromisso com um modo diferente de ser com os demais. O *estar com* é (ou pode ser) vivido em discussões (nos encontros) face a face, nas imersões silenciosas e na presença prolongada. Pesquisadores(as)/profissionais de saúde/enfermeiros(as) signatários de Parse, podem *estar com* as pessoas em discussões, imaginações ou lembranças por meio de histórias, filmes, desenhos, fotografias, metáforas, poesia, movimentos rítmicos e outras expressões (CODY; BUNKERS; MITCHELL, 2000; PARSE, 1995; 2000). Por tudo o que foi apresentado até o momento (e pelo que foi realizado), vislumbra-se forte conexão entre a teoria do *Devir Humano* e o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa.

## 5 MÉTODO

O método é para o(a) pesquisador(a) o que o “mapa” é para o(a) viajante. Para percorrer todo esse percurso investigativo foi utilizado como “mapa” (manual/guia), o método que, coincidentemente, é denominado de Mapa Corporal Narrado como Pesquisa.

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada dentro do arcabouço qualitativo, por considerar a delimitação do fenômeno de pesquisa a ser estudado que (em uma abordagem como esta) deve ser entendido de maneira distinta, sempre por meio da ótica das pessoas envolvidas (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004); pela definição do objetivo do estudo, que tem no verbo *compreender*, ou seja, desenvolver uma rica compreensão do fenômeno, a essência da pesquisa qualitativa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; POLIT; BECK, 2011); e pela escolha do referencial teórico-filosófico (anteriormente apresentado) que, conseqüentemente, revela o posicionamento e os valores da pesquisadora.

A subjetividade é a via principal neste modelo investigativo, por ter como matérias-primas as vivências, as experiências, o cotidiano das pessoas e, principalmente, por abordar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes humanas. Em suma, porque busca (simplesmente) os complexos produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; MINAYO, 2013). Por tudo isso, o delineamento qualitativo em pesquisa tem potencial para romper com as tensões dos paradigmas conservadores (positivista, por exemplo). Isso, porque o significado tem função estruturante (de transformação), logo, em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam e transformam (de certo modo) suas vidas (TURATO, 2005).

Diante dessa complexidade, a pesquisa qualitativa exige todo o rigor do método científico, que se caracteriza “como um conjunto de operações empíricas ou lógicas, através das quais se busca a comprovação de ‘teses’ ou hipóteses sobre fatos, representações ou fenômenos” (LEOPARDI, 2002, p.77). Contudo, os recursos envolvidos em métodos qualitativos fomentam à *potencialização da*

*criatividade* do(da) pesquisador(a), conforme autores citados por Gauthier *et al.* (1998 apud LEOPARDI, 2002). Logo, a entrada no campo da investigação qualitativa, precisa (apesar do rigor) ser *repleta de entusiasmo* (GERGEN; GERGEN, 2006).

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de cunho crítico-criativo que utilizou um método de pesquisa emergente, visual, narrativo e participativo; que foi desenhado sob os fundamentos da justiça cognitiva, em uma lógica emancipatória; que tem como protagonistas pessoas (muitas vezes, consideradas como improváveis) contando suas histórias de vida e produzindo narrativas e discursos contra hegemônicos; e que tem potencial para descolonizar as metodologias de pesquisa em saúde (SANTOS, 1989; 2009; SANTOS; MENESES, 2010) intitulado originalmente de *Body Mapping Storytelling for Research*; traduzido (em português) para Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Na sequência, com o apoio (principalmente) de um guia que detalha o processo de criação do mapeamento corporal narrado (GASTALDO *et al.*, 2012); de um artigo que determinou o método em voga como um método de pesquisa em saúde (GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018); de um capítulo de livro, que versa sobre as práticas corporais no campo da saúde (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013); e de um relatório que apresenta os resultados da pesquisa que originou o próprio método (GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012) serão apresentados detalhadamente, considerando que se trata de um método de pesquisa emergente, os seguintes tópicos que contemplam: mapeamento corporal (conceito, origem e usos); Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (origem, conceito e premissas ontoepistemológicas); os argumentos de apoio para seu uso; e os seus componentes. Além é claro, de outros tópicos essenciais para apresentação e entendimento de todo o percurso metodológico seguido (contexto e local de estudo; participantes do estudo; logística e entrada em campo; coleta de dados; análise dos dados e questões éticas).

### 5.2.1 Mapeamento corporal (conceito, origem e usos)

O mapeamento corporal se dá por meio da confecção do mapa corporal, que nada mais é do que uma imagem, em tamanho natural, do corpo humano. Imagem esta que utiliza a arte, como: pinturas, desenhos, colagens, entre outros artifícios gráficos para retratar aspectos da vida da pessoa de uma maneira incorporada, mas também de uma forma ampliada da vida da pessoa, ou seja, relacionada com o contexto em que vive, conectando o corpo com suas relações, com o meio e com os demais (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Urge salientar que essa maneira de contar histórias de vida por meio do mapeamento corporal, faz analogia aos *totens*, uma vez que é carregada de símbolos que só podem ser desvelados por meio do próprio significado dado por seu criador; no caso em questão, a própria pessoa que criou o mapa corporal. Em síntese, o mapeamento corporal (ou construção da narrativa do mapa corporal) é uma potente ferramenta para contar histórias de vida, que conecta tempo e espaços, que apresenta as circunstâncias e as transformações vividas, refletindo assim os diferentes processos vividos e o desvelar de diversos fenômenos (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Como dito anteriormente, o mapeamento corporal faz analogia aos *totens*, e esses são artifícios muito antigos da história, daí fica a sugestão de que eles podem ter sido o *gêrmen* da ideia do método. Contudo, em termos mais modernos, sabe-se que há aproximadamente meio século, em diversos contextos de saúde e segurança ocupacional, o termo mapeamento corporal surgiu como um modo de pesquisa participativa (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Em todos os materiais acadêmicos consultados para esta pesquisa, que versam sobre o método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, as autoras sinalizam, enfatizam e engrandecem (e, porque não dizer, também agradecem) que a origem do mapeamento corporal ocorreu no continente Africano (no Sul global). Em um movimento recente, datado no início deste milênio (em 2002), como recurso

terapêutico, profissionais de saúde criaram projetos que utilizavam a técnica do mapeamento corporal e do mapa corporal como terapia para mulheres que estavam vivendo com HIV/Aids. O psicólogo Jonathan Morgan foi o precursor do método mapa corporal, que se originou a partir do projeto “Caixa de Memória”, da Universidade da Cidade do Cabo, na África do Sul. Posteriormente, Jane Solomon (artista) adaptou a técnica para criar um mapeamento do corpo refletindo sobre como é viver com HIV/Aids por meio de um processo narrativo; desta forma também criou um guia de facilitação, ou seja, um treinamento para uso desta ferramenta que tem potencial para diversos usos, a saber: como ferramenta terapêutica; como informações de tratamento e ferramenta de apoio; como ferramenta de pesquisa; como ferramenta de advocacia; como ferramenta de diálogo intergeracional; como ferramenta de construção de equipe; como ferramenta de criação de arte; e como ferramenta biográfica (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Somente com Gastaldo e colaboradoras, que o mapeamento corporal evoluiu como um método de pesquisa. Visto que, antes destas autoras, não havia estudos e literatura que sustentassem e orientassem a criação e análise de dados qualitativos visuais e orais que o mapeamento corporal (enquanto processo) e o mapa corporal (enquanto produto) fornecem (GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Em outras palavras, as autoras do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa adaptaram a técnica (do mapeamento corporal e do mapa corporal) que era (é ou ainda pode ser) usada como “prática clínica, terapia artística, ativismo político, fortalecimento de equipes e trabalho biográfico” (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013, p.84); assim como, utilizaram-se de todo o rico e vasto conhecimento adquirido (não descartando o que foi construído até então) por enxergarem, especialmente, o potencial do profundo e reflexivo processo da criação da narrativa do mapeamento corporal, uma vez que, envolve e capacita seus(suas) participantes (GASTALDO *et al.*, 2012); e alicerçadas em um entendimento crítico-criativo do que é fazer ciência, principalmente, considerando suas experiências como pesquisadoras, reformularam o método e apresentaram (ao mundo) o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

### **5.2.2 Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (origem, conceito e premissas ontoepistemológicas)**

As brasileiras, professoras, doutoras Denise Gastaldo (enfermeira) e Lilian Magalhães (terapeuta ocupacional), em parceria com colaboradoras internacionais (Christine Carrasco e Charity Davy) criaram a metodologia Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, a partir de um projeto de pesquisa entre os anos de 2007-2009. O motor para a criação do projeto estava no desejo (e desafio) em compreender os fenômenos em torno dos determinantes sociais da saúde, por exemplo: o impacto da exclusão social e as condições de trabalho dos(das) trabalhadores(as) indocumentados(as) que desempenhavam uma variedade de ocupações (desde trabalho de limpeza até construção civil) na Grande Toronto, no Canadá (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013).

O projeto de pesquisa que deu origem ao trabalho final intitulado como *Entangled in a Web of Exploitation and Solidarity Latin American Undocumented Workers in the Greater Toronto Area* (Emaranhados em uma teia de exploração e solidariedade de trabalhadores latino-americanos indocumentados na área metropolitana de Toronto) (GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012) foi o que oportunizou (às pesquisadoras) a combinação de abordagens qualitativas tradicionais para a geração de dados (como as entrevistas semiestruturadas) com uma abordagem inovadora (no caso, adaptação da técnica de mapeamento corporal e de mapa corporal), isto porque surgiu a necessidade de posicionar o corpo do(da) participante (no caso, do(da) trabalhador(a) sem documento) na centralidade do fenômeno a ser pesquisado (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013).

Somente em 2018, após a apresentação dos resultados de uma revisão sistemática de literatura que teve por objetivo verificar como o mapeamento corporal e o mapa corporal estavam sendo utilizados na pesquisa em saúde: (a) quando se teve a oportunidade de reunir e analisar 27 estudos (em inglês, espanhol e português), sendo que a maioria deles foi publicada entre os anos de 2011 e 2016, em diferentes países, como África do Sul, Canadá, Austrália, Brasil, Chile e EUA; (b) quando se evidenciou a narração de histórias de grupos marginalizados, para o entendimento e compreensão de fenômenos que se concentravam nos



determinantes sociais da saúde; e (c) quando o protagonismo do(da) participante foi a essencialidade compartilhada entre os trabalhos, apesar da diversidade no uso de alguns elementos metodológicos, como as diferenças nas estratégias de geração e análise dos dados; as autoras, munidas destas informações/conclusões acerca do uso/direcionamento do mapeamento corporal e do mapa corporal em pesquisa, puderam concluir que não se tratava somente de uma técnica de pesquisa, visto sua ampla utilização e seu desenvolvimento em pesquisas em saúde. Este é, portanto, considerado um método de pesquisa, tendo sua nomenclatura definida para Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Com o objetivo voltado para pesquisa, ou seja, para geração e análise de dados, o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é um modo de contar uma história da pessoa de forma mapeada (contada pela própria pessoa), composta por três componentes: primeiro, um mapa corporal em tamanho natural da própria pessoa; segundo, uma legenda para descrever o significado de cada elemento visual inserido no mapa, sendo que a legenda também é uma criação da pessoa; e um breve relato narrado em primeira pessoa, chamado de testemunho, que sintetiza a mensagem do mapeamento corporal, como terceiro e último componente desta construção (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Reforçando: a narração de histórias do mapa do corpo como pesquisa tem o potencial de desvelar diversos fenômenos e os significados atribuídos a estes fenômenos que circunscrevem as experiências de vida incorporada da pessoa; além de ter potencial de também mostrar de forma visual os processos sociais e relacionais destas experiências incorporadas da pessoa, em uma construção não linear (que tenderia a separar e fragmentar a experiência, por exemplo), mas, pela maneira como é construída tem potencial para criar e conectar tempos e espaços da vida da pessoa. Estas histórias mapeadas, utilizando-se de artifícios visuais (desenhos, colagens, entre outros) e orais (narração) que combinados criam uma *escuta por mais de um sentido* e melhoram a capacidade de entendimento, oferecem uma abordagem crítico-criativa, que fomenta a tradução e a troca de conhecimentos (e isto é pesquisa pura) (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO;

CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Para as autoras do método é condição *sine qua non* utilizar o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa sem abertura para questão terapêutica. Este rigor é solicitado, veementemente, nos escritos sobre o método, a fim de não se fazer mau uso do mesmo, especialmente, pelo risco de enfrentar forte questionamento de correntes positivistas na área da saúde (não só na Academia, inclusive) que encaram a pesquisa qualitativa como apenas *contar histórias* (GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

As premissas ontoepistemológicas que fundamentaram a criação e o uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa vêm do paradigma crítico-social, apoiadas principalmente no pensamento pós-colonial (ou de descolonização), que considera a subjetividade, o valor de todo e qualquer conhecimento particular; que diz não a ideia impregnada da superioridade do dominador (do Norte global), por exemplo; que cria visibilidade para atores sociais marginalizados, dando oportunidade de contar histórias de protagonistas improváveis (socialmente falando); e que tem potencial de produzir discursos contra hegemônicos para racionalidades capitalistas, patriarcais e colonialistas de exclusão, por simplesmente e corajosamente, articular ideias de justiça cognitiva, evitando assim o epistemicídio (SANTOS, 1989; 2009; SANTOS; MENESES, 2010).

Logo, toda essa compreensão perpassa este método de pesquisa em saúde, onde a própria concepção do que é ser pesquisador(a), o próprio entendimento sobre o(a) participante, sobre o significado da produção de conhecimento e sobre a ciência em si são conceitos que devem ser sempre revisitados, com o intuito de serem diferenciados das demais formas de estudos qualitativos, daí a afirmação de que o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa surgiu para ser um método de resistência e transformação nas ciências da saúde. Isso porque, para as autoras, todo e qualquer discurso científico é uma forma literária de narrativa. Elas acreditam que a ciência precisa adquirir um entendimento profundo sobre o fenômeno; que as pesquisas requerem um problema claramente definido e precisão na descrição de seus métodos para serem criticadas e examinadas; que a subjetividade dos(das) pesquisadores(as) tem um papel importante na concepção dos estudos e é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento dos mesmos; e, além disso, elas questionam a epidemia do utilitarismo na pesquisa científica, porque pensam a

mudança social como uma categoria ampla (que exige tempo e abstração) (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

### **5.2.3 Argumentos de apoio para o uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa**

São múltiplos os argumentos de apoio para o uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, a saber: a pesquisa como uma atividade intelectual; a contribuição dos(das) participantes para a pesquisa; a necessidade de reflexividade para a produção de dados; o exercício de criar e o convite para pensar; o modo como os(as) participantes são vistos sob uma ótica positiva; o fato de trazer o corpo para o centro do espaço representacional (de uma maneira incorporada); a maneira de desvelar a trajetória de vida da pessoa ou do senso de múltiplos pertences e múltiplas subjetividades em contexto com as experiências incorporadas; além de poder revelar múltiplos determinantes sociais de saúde ou focar determinados determinantes e suas interseccionalidades (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Ao oportunizar um tempo e espaço para a reflexividade de determinado fenômeno (não necessariamente de maneira linear), mas sim de uma maneira incorporada da experiência/do fenômeno, isto é, trazendo o corpo (não só o corpo biológico, mas o emocional e o social [ou o corpo das relações]) para a construção da narrativa, para o centro do espaço representacional, a partir da criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, os(as) participantes, que tem capacidade cognitiva e potencial para se expressar, são (vistos como) os(as) protagonistas do processo de geração de dados (e, também da análise dos dados, ver item - Análise dos dados), uma vez que, se engajam ao transmitirem suas experiências e percepções vividas, ao seu modo (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Essa forma particular de ver o(a) participante (sob uma luz positiva), onde ele(ela), após exercício criativo, crítico e reflexivo de suas vivências e percepções,

revela o que é significativo e simbólico em sua experiência, bem como mostra o que está disposto(a) a compartilhar, favorece o argumento do uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, visto que tem potencial para manter e aperfeiçoar a qualidade dos dados em pesquisa qualitativa em saúde (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Corroborando como argumento para o uso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, considera-se o fato de que ele (o método) permite que os(as) participantes e os(as) pesquisadores(as) gerem informações e dados contextualizados e em multicamadas sobre a trajetória de vida (e/ou experiências em saúde, por exemplo) da pessoa. Isto porque o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa promove, constrói e revela (entre outros verbos) de forma incorporada: uma história íntima, pessoal, recente (ou não); o estado de saúde subjetivo da pessoa; e novas e múltiplas subjetividades, bem como suas transformações (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

O argumento diferencial está em fazer uso da arte, ou melhor, em oportunizar o exercício de criar um artefato (no caso, o próprio mapa corporal, a legenda e o testemunho) para contar uma história (muitas vezes, de narrativas complexas) e para procurar significados que representem a experiência e/ou o fenômeno, culminando em um poderoso convite para pensar e para gerar narrativas visuais por meio de corpos mapeados para facilitar a reflexão e tradução de conhecimento. Esse é, portanto, o argumento inovador que tem o potencial de ser aplicado em diversos estudos que se propõe a compreender muitos outros valores substantivos em diversas áreas, não só da área da saúde, além de ter potencial para ser um catalisador para projetos de conscientização (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

#### **5.2.4 Componentes do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa**

Como mencionado anteriormente, há três componentes para cada história mapeada: o mapa corporal em tamanho natural, a legenda e o testemunho. Esses

três componentes são imprescindíveis, ou seja, precisam constar no processo e no resultado do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa. Entretanto, a forma de realizá-los ou alcançá-los pode ser adaptada para realidade de cada projeto de pesquisa. Vale ressaltar que todos os três componentes são cocriados pelo(pela) participante e pelo(pela) pesquisador(a) (esse(essa) último(a), tem papel de facilitador(a) durante todo o processo de mapeamento corporal) (GASTALDO *et al.*, 2012).

O primeiro componente é o mapa corporal em tamanho natural da pessoa, o mesmo deve ser confeccionado em um cartaz/papel especial (medindo aproximadamente dois metros de comprimento e 90 centímetros de largura) respeitando o direcionamento e as instruções para sua elaboração (conforme diretrizes pré-estabelecidas em cada projeto de pesquisa). É importante revisá-lo (durante o processo e, especialmente no final) por completo, a fim de garantir a confidencialidade (GASTALDO *et al.*, 2012). Este tópico será mais bem explicado no item - Questões éticas.

O segundo componente é a legenda do mapa corporal, uma vez que o mesmo não pode ser interpretado sem uma legenda. Importante: é o(a) participante que criou o mapa corporal quem deve ditar a legenda, porque o mesmo símbolo pode representar coisas distintas para pessoas diferentes; cada elemento do mapa corporal, incluindo o motivo da escolha das cores, por exemplo, deve ser descrito na primeira pessoa pelo(pela) participante. Sem os *verbatimins* (ou as anotações) do encontro ou das sessões, é impossível criar a legenda do mapa do corpo (GASTALDO *et al.*, 2012).

Por fim, o terceiro componente é o testemunho, que é uma breve narrativa sobre quem é o(a) participante e suas circunstâncias (e/ou experiências) de vida; esta história também é narrada em primeira pessoa e é narrada pelo(pela) participante no final do encontro ou na última sessão (ou ao término do processo de mapeamento corporal), enquanto olha para o mapa corporal completo. Ele (o testemunho) fornece uma descrição ampla sobre a vida dessa pessoa e contextualiza os outros dois elementos (mapa corporal e legenda). Após o encontro ou a sessão final (ou novamente, ao término do processo de mapeamento corporal), o(a) pesquisador(a) (facilitador(a)) refina ou revisa a história para garantir que não falem elementos-chave na legenda e para garantir que o foco no tópico de pesquisa seja mantido. Também podem ser usados dados das entrevistas que precederam as sessões do mapa corporal para cocriar o testemunho (GASTALDO *et al.*, 2012).

No final, os mapas corporais em tamanho natural são visualmente impressionantes e tornam cada indivíduo real e único. Os depoimentos ajudam a contextualizar e a narrar a história transmitida nos mapas corporais, enquanto a legenda fornece uma descrição detalhada de cada símbolo do mapa do corpo que concede acesso à narrativa visual e permite a interpretação pelos espectadores (GASTALDO *et al.*, 2012), algo que será oportunizado (neste caso, aos(as) leitores(as) deste relatório, mais detalhadamente no tópico – Resultados).

### 5.3 CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO

Inicialmente, foi pensado como contexto do estudo, a título de expor e/ou realizar o convite aos(as) potenciais participantes, os estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Secundária à Saúde (por exemplo, Policlínicas), que realizam atividades relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, em Florianópolis, Santa Catarina (SC). Atividades estas voltadas para o planejamento reprodutivo, com ênfase no aconselhamento e cuidado contraceptivo, ou seja, locais onde acontecem as orientações (através de atendimentos com profissionais de saúde) sobre práticas contraceptivas e/ou se oferecem os insumos/métodos contraceptivos, por exemplo.

Vislumbraram-se como potenciais locais para divulgação da pesquisa e, conseqüentemente, convite aos(as) potenciais participantes: todos os Centros de Saúde (CSs) e Policlínicas de Florianópolis, contudo só foi permitido pela Escola de Saúde Pública (ESP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis a autorização para divulgação em quatro CSs do Distrito Sanitário (DS) Centro (CS Córrego Grande, CS Pantanal, CS Saco dos Limões e CS Trindade) e duas Policlínicas (a do Continente e a do Norte da Ilha). Na prática, por conta do contexto da pandemia da Covid-19 e todas as suas implicações também sentidas no universo acadêmico-investigativo, o período inicial de autorização para entrada em campo que era de 22/09/2020 a 22/03/2021, foi prorrogado por mais seis meses (22/03/2021 a 22/09/2021).

Com relação à definição dos locais para realizar a coleta de dados, obteve-se a autorização para realização da mesma, ou seja, para usar o espaço para a criação dos Mapas Corporais Narrados como Pesquisa, a princípio em dois locais: (a) no auditório do CS Pantanal; (b) e na sala 106 do Laboratório de Pesquisa,

Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) localizada no primeiro andar do Bloco I, no Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A escolha por esses locais se deu por se tratar de ambientes com disponibilidade de uso para este fim, por serem reservados, seguros, espaçosos, iluminados, de fácil acesso e bem localizados; sendo que o primeiro, ainda se caracterizava, por ser o local de trabalho da pesquisadora de campo; e, o segundo, por considerar que esta pesquisa está vinculada a este Laboratório. Com o início dos trabalhos na fase de coleta dados e, mais uma vez, por conta do contexto da pandemia da Covid-19, optou-se por realizar todas as coletas na sala do GRUPESMUR, principalmente, para saída da pesquisadora de campo do seu local de trabalho, evitando possível pressão da demanda assistencial no momento da coleta de dados (ainda que realizada fora do turno de trabalho), além é claro da logística de deixar todo o material necessário em um único local.

#### 5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por sua natureza, a pesquisa qualitativa busca a intensidade do fenômeno por meio das singularidades e significados que os(as) participantes deste tipo de pesquisa podem oferecer. Isso posto, a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto de estudo; e não deve ser um elemento solto no conjunto da proposta qualitativa, sendo, portanto, um construto multidimensional, um processo ativo de reflexão (MINAYO, 2017).

Logo, considerando o aporte do referencial teórico filosófico e do método escolhidos, que, entre outros elementos, visam (em comum) o protagonismo da pessoa (do(da) participante), respectivamente, no processo de *devir humano* e na criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, a amostra para este estudo apresentou os seguintes critérios de inclusão: pessoas (independente da orientação sexual e/ou da identidade de gênero), com capacidade civil plena e com idade igual ou superior aos 20 anos; que fossem usuários(as) do SUS; que em algum momento de suas vidas receberam assistência (cuidados) em serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva de Florianópolis; e que, principalmente, quisessem se engajar ao compartilhar narrativas sobre suas trajetórias sexuais e reprodutivas, com ênfase no relato da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas. Tendo,

como o único critério de exclusão a idade maior de 40 anos, com a justificativa de delimitar a amostra entre a classificação etária: idade adulta jovem.

Não se estabeleceu como critério definidor grupos de participantes relacionados especificamente com os ciclos de vida reprodutivo e/ou usuários(as) de determinados métodos anticoncepcionais, que são classificações comumente utilizadas em estudos relacionados com planejamento reprodutivo, como por exemplo: início da vida sexual; mulheres no pós-parto ou pós-aborto; usuárias de DIU com cobre; mulheres na perimenopausa; e/ou homens e mulheres esterilizados; entre outros. Isso porque a máxima usada para convidar os(as) participantes, além dos critérios de inclusão e o critério de exclusão anteriormente assinalados, foi o respeito incondicional pelo querer da pessoa em se engajar nesta pesquisa, por meio da criação do artefato do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, para contar sua história sobre a sua experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas em sua trajetória sexual e reprodutiva, seja ela qual for.

Faz-se necessária uma ressalva quanto à classificação etária escolhida, que compreende pessoas com idade entre 20 e 40 anos (idade adulta jovem), por se considerar que nesse público se concentram pessoas que já tiveram algumas experiências relacionadas com o fenômeno de estudo, não sendo tão jovens (e/ou “imatuross”) como os adolescentes, que podem não ter tanta experiência acumulada; e nem tão “maduras” (e/ou com idade mais avançada) como as pessoas que já (na teoria) não teriam mais tanta vivência (e/ou preocupação) com essas questões. Em suma, escolheu-se este público (idade adulta jovem) porque foi necessário delimitar um grupo de pessoas (para seguir com toda a logística/análise da pesquisa) e por se considerar esta classificação etária como o “meio do caminho”, que tem potencial para englobar diversas situações e/ou experiências de diferentes ciclos da vida reprodutiva, especialmente.

Quanto à quantidade de participantes, estimou-se que um número médio de até 20 participantes teria potencial para o aprofundamento do fenômeno a ser investigado. Em princípio, a delimitação numérica pode ser entendida apenas como uma formalidade ainda exigida pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), isso porque uma amostra qualitativa ideal é aquela que reflete: a intensidade; a abrangência; as múltiplas dimensões de determinado fenômeno; a diversidade no processo de compreensão; e a busca da qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo de pesquisa (MINAYO, 2017). Quantitativamente, o



número de 20 participantes foi alcançado e, o mais importante, a profundidade (não a saturação, porque histórias de vida nunca saturam) nos encontros qualitativos, também.

## 5.5 LOGÍSTICA E ENTRADA EM CAMPO

O contato da pesquisadora com o(a) supervisor(a) de cada serviço de saúde liberado pela ESP/SMS para fase de coleta de dados aconteceu, inicialmente, por contato telefônico e/ou por e-mail. Depois das pactuações e agendamentos (somente) com os(as) supervisores(as) dos CSs (uma vez que, não se deu seguimento/não se obteve resposta dos(das) supervisores(as) das Policlínicas) aconteceram as visitas presenciais nos CSs a fim de solicitar ampla divulgação da pesquisa entre os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSFs). Para isso algumas estratégias foram realizadas: participação da pesquisadora em uma reunião geral de planejamento (apenas do CS Pantanal); fixação de cartazes (com a chamada convidando para pesquisa) nos murais de todos os quatro CSs; entrega de convites para os(as) usuários(as) em sala de espera (essa estratégia aconteceu mais intensamente no CS onde a pesquisadora trabalha); envio de mensagens via aplicativo de conversa *WhatsApp*<sup>®</sup> para as eSFs que se dispuserem em apoiar e divulgar a pesquisa entre seus(suas) usuários(as). Nos encartes dos murais, nos convites e nas mensagens do *WhatsApp*<sup>®</sup> era possível acessar um QR Code (*Quick Responde Code*/"Código de Resposta Rápida") e/ou *link* para ter maiores informações sobre a pesquisa através de um formulário *Google Forms*<sup>®7</sup>. As estratégias que mais surtiram efeito para "captura" dos(das) participantes foram o contato via *WhatsApp*<sup>®</sup>; o convite direto em sala de espera; e ainda que não pensado como estratégia específica para este fim, o convite repassado pelo(pela) próprio(a) participante para outro(a) potencial participante, na tentativa de contribuir com o seguimento da pesquisa.

---

<sup>7</sup> Link de acesso ao formulário – [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBXc9FSVLt869G6YqLo7I2WlidsF2dli4vtly0\\_0zACuPqqiA/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBXc9FSVLt869G6YqLo7I2WlidsF2dli4vtly0_0zACuPqqiA/formResponse)

E, quanto à logística relacionada com o preparo do local onde aconteceu a coleta de dados, que nesta pesquisa foi algo peculiar devido a configuração e a preparação do espaço (da sala) para o processo de criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, vale destacar que se fez necessário ter atenção em alguns pontos, como: na preparação do ambiente (e ambiência do local); na garantia de privacidade, e para isso o espaço era reservado com antecedência, onde era comunicado aos responsáveis e/ou aos demais usuários(as) do local, que o mesmo não poderia ser usado para outras atividades enquanto se aplicava a pesquisa; e, na adequação aos protocolos sanitários da UFSC devido ao contexto da pandemia da Covid-19. Ainda no tocante à logística, mais especificamente com relação aos possíveis apoios durante a coleta de dados, não foi necessário a participação de pesquisadores colaboradores (treinados para a coleta de dados) como se tinha imaginado durante a fase do projeto de pesquisa.

## 5.6 COLETA DE DADOS – CRIAÇÃO DO MAPA CORPORAL NARRADO COMO PESQUISA

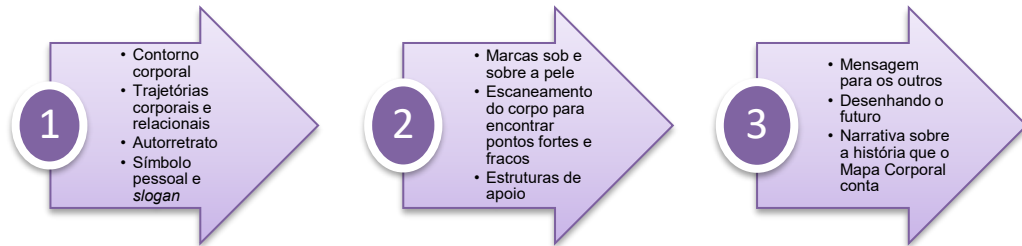
As atividades para confecção do mapa corporal (em tamanho natural da pessoa) e as etapas para a criação do mapeamento corporal (legenda e testemunho) foram adaptadas para esta pesquisa a partir do guia de Gastaldo *et al.* (2012). A adaptação deste guia foi de extrema importância para alinhar a coleta de dados com a natureza da pesquisa, com as suas perguntas de pesquisa e, seus respectivos objetivos, bem como, com o referencial teórico-filosófico eleito.

O roteiro, para a criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, que foi utilizado para investigar o fenômeno “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” pode ser visto no Apêndice B e na Figura 3, onde foram ilustrados os exercícios propostos em cada momento da teoria de Enfermagem - *Devir Humano* (simbolizados pelos números 1, 2 e 3).

Importante ressaltar que as etapas do roteiro foram adaptadas e alinhadas com os pressupostos, princípios e momentos do referencial teórico-filosófico escolhido - *Devir Humano* - apresentado no capítulo anterior. Resumidamente, a coleta de dados aconteceu embasada nos três momentos, que buscam a essencialidade do significado, da ritmicidade e da transcendência (PARSE, 1995; 2000), seguidos dos exercícios correspondentes adaptados de Gastaldo *et al.*

(2012). Atenção especial foi dada aos respectivos conceitos derivados e inter-relacionados de cada momento do *Devir Humano*, bem como aos exercícios propostos, com a finalidade de impregnar a prática (no caso, a coleta de dados) com a teoria.

Figura 3 – Exercícios propostos para criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa



Fonte: elaborado pela autora

**1º Momento - *Esclarecer Significado*:** imagem (imaginação); valor (valorização/crença); linguagem (comunicação/expressão); reflete a realidade; esclarece o significado da experiência presente, prioritariamente; Exercício 1 - Contorno Corporal; Exercício 2 - Trajetórias corporais e relacionais; Exercício 3 - Autorretrato; Exercício 4 - Símbolo pessoal e *slogan*;

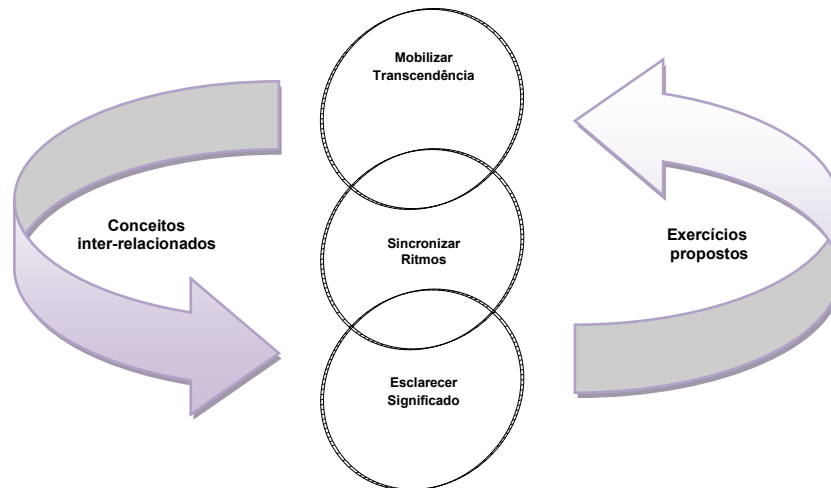
**2º Momento - *Sincronizar Ritmos*:** revelar-ocultar (explícito e tácito); habilitar-limitar (possibilidades e impossibilidades); conectar-separar (unir e separar); revela as vivências dos paradoxos da existência; a ritmicidade experienciada no passado, especialmente; Exercício 5 - Marcas sob e sobre a pele; Exercício 6 - Escaneamento do corpo para encontrar pontos fracos e fortes; Exercício 7 - Estruturas de apoio;

**3º Momento - *Mobilizar Transcendência*:** reforçar (domínio); origem (proveniência); transformação (mudanças); vislumbra o *ir além*; a cotranscendência para o futuro, exclusivamente; Exercício 8 - Mensagem para os outros; Exercício 9 - Desenhando o futuro; Exercício 10 - Narrativa sobre a história que o mapa corporal conta; Exercício Extra - Finalização do mapa corporal (ajustes nos aspectos visuais e estéticos).

Vale ressaltar que, ao associar cada momento (da teoria de Enfermagem - *Devir Humano*) com certa temporalidade (presente, passado e futuro), não significa

que a abordagem foi estanque no sentido temporal, apenas serviu para se deter, com um pouco mais de atenção, em determinada temporalidade, de acordo com os respectivos exercícios. Contudo, a ideia principal é que a trajetória de vida das pessoas é cíclica, conforme ilustração abaixo (FIGURA 4):

Figura 4 – Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e a teoria do *Devir Humano*



Fonte: elaborado pela autora

Ainda sobre o roteiro (APÊNDICE B) para criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, adaptado de Gastaldo *et al.* (2012) e alinhado com a teoria de Enfermagem - *Devir Humano*, de Parse (1995; 2000), após a apresentação de cada exercício, iniciado sempre por um verbo (uma ação/uma coordenada), seguia-se, detalhadamente, com as instruções básicas e as perguntas para guiar o respectivo exercício, além das considerações especiais que cada exercício exigia. Estas considerações especiais são recomendações das próprias autoras do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e foram ajustadas pela pesquisadora de campo, que testou a criação do Mapa Corporal Narrado (não como pesquisa, mas como carta de apresentação).

Antes do início dos exercícios para a criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, foi revisado, junto ao(à) participante, as informações relevantes do processo, como: a relação do mapeamento corporal e do mapa corporal como os objetivos da pesquisa; a quebra de qualquer intimidação relacionada ao processo, desde os elementos práticos e artísticos da criação do mapa corporal, até os elementos a serem revelados e desvelados; a apresentação e demonstração de como cada material disponível poderia ser utilizado; o reconhecimento do local (da

sala), certificando que o local escolhido era seguro e que a privacidade seria mantida; certificação de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) (que será detalhado no item - Questões éticas) foi lido e assinado; o reforço da autorização para gravar o encontro e fotografar todos os componentes do mapeamento corporal e do mapa corporal; a lembrança de que o(a) participante poderia se recusar a fazer qualquer exercício do mapeamento corporal e do mapa corporal; bem como o esclarecimento de todas as dúvidas do(da) participante relacionadas com o processo de criação e da pesquisa (GASTALDO *et al.*, 2012).

No quesito tempo, para o mapeamento corporal e criação do mapa corporal, teve-se um enorme desafio, contudo, considerando que o(a) participante foi o(a) protagonista em todo este processo, foi ele(ela) quem determinou o quanto de tempo foi necessário para finalização do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa. Inicialmente, o roteiro para o processo de mapeamento corporal foi pensado para ser realizado em um período de quatro horas (por exemplo, uma manhã, uma tarde ou uma noite), a depender da possibilidade de horário do(da) participante; sendo, que não foi agendado mais de um(uma) participante por período, isso porque alguns(algumas) participantes poderiam precisar de mais tempo do que outros(as) para realizar os exercícios; também foi necessário levar em consideração o tempo de preparação antes do(da) participante chegar para o encontro agendado, e o tempo para ajustes finais, bem como o ajuste da configuração da sala (do local) que foi usada (GASTALDO *et al.*, 2012).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2021. Não foi necessário mais de um encontro com cada participante para realização de cada Mapa Corporal Narrado como Pesquisa; nenhum dos encontros ocupou mais do que um período para coleta; em média, a duração dos exercícios foi de uma hora e 40 minutos (01h40min), onde o processo de mapeamento corporal que precisou de mais tempo foi de três horas e 13 minutos (03h40min) e o que precisou de menos tempo foi de uma hora e 16 minutos (01h16min); importante registrar que o tempo (tanto dos(das) participantes, quanto da pesquisadora de campo) antes e o depois, dedicados ao processo em torno da coleta de dados não foi possível de ser computado.

Para registro: as adaptações ao guia de Gastado *et al.* (2012) foram a redução do número de encontros de três para um; sem atividades para casa (substituída pelos exercícios reflexivos prévios sobre a temática do estudo sugeridos

no *Google Forms*<sup>®</sup>, quando do convite); e os materiais utilizados, somente material de papelaria básico (canetinhas, canetões, giz de cera, lápis de cor), sem uso de tintas e/ou recorte e colagem.

## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados é visto com uma das partes mais críticas da pesquisa qualitativa, sendo que este processo é frequentemente negligenciado nos relatórios de pesquisa. Isso, muitas das vezes se deve: à tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o real se mostrasse nitidamente ao observador; a rendição do investigador às técnicas, pondo-as no lugar da essencialidade dos significados e das intencionalidades; e a dificuldade na síntese ou articulação das teorias com os achados da investigação (MINAYO, 2013).

Portanto, o olhar analítico deve acompanhar todo o itinerário da pesquisa. Uma boa análise dos dados começa com o entendimento dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a pesquisa desde o seu início. O processo analítico, em pesquisa qualitativa, tem como matérias-primas: opiniões; crenças; valores; representações; e relações e ações humanas e sociais. Estas, sempre são vistas sob a perspectiva dos(das) participantes e dos(das) pesquisadores(as), que estão em processo de intersubjetividade, durante o percurso analítico. Daí a importância de tornar possível a objetivação deste tipo de conhecimento por meio dos processos de análise dos dados bem definidos (MINAYO, 2012).

### 5.7.1 Análise dos Mapas Corporais Narrados como Pesquisa

Em se tratando do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, um elemento analítico importante que deve estar sempre presente é como o(a) pesquisador(a) entende o processo (mapeamento corporal) e o produto (mapa corporal). Uma vez que, principalmente, o mapa corporal pode ser considerado como uma descrição fixa da pessoa, como uma espécie de “carteira de identidade” ou pode ser considerado como uma captura de um movimento (uma experiência) de vida da pessoa (como uma realidade transitória). Sendo essa última, a forma que oportuniza maior potencial para análise, para a elaboração de um argumento crítico-interpretativo, para além do processo analítico descritivo, visto que são pessoas em movimento

(com diversas experiências), criando e pensando sobre suas subjetividades durante a construção de um artefato e, simultaneamente, interagindo com o(a) pesquisador(a) (facilitador(a)) (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013). E, é com esse entendimento de “captura” de um movimento (de uma experiência) de vida da pessoa que os Mapas Corporais Narrados como Pesquisa foram usados e analisados durante todo este percurso investigativo.

Comumente os(as) pesquisadores(as) (em pesquisa qualitativa) consideram a fase de análise dos dados como estanque, ou seja, definida e localizada em um único e determinado momento da pesquisa (apontada e realizada geralmente [somente] após coleta de todos os dados/todas as informações) e isso se constitui um erro típico e que pode prejudicar o processo de análise. Por isso, no caso do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é necessário ter em mente que as diferentes estratégias analíticas (tanto quanto para a descrição e/ou quanto para a compreensão e interpretação dos achados) devem estar presentes durante todo o processo da criação do mapeamento corporal e do mapa corporal. Uma sugestão é manter a voz do(da) participante presente durante todo o processo, isso porque os(as) participantes são seres reflexivos que decidiram por compartilhar suas histórias por meio da criação de um artefato com potencial revelador, portanto, podem e devem fazer parte da análise dos dados (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

No que diz respeito à análise dos dados visuais, existe o desafio e a complexidade que muitos(as) pesquisadores(as) apontam ao utilizar metodologias visuais em pesquisa. Em especial, Gastaldo *et al.* (2012) apontam uma particular preocupação em alcançar um nível interpretativo, crítico de análise dos dados visuais e orais, vencendo o tão comum e ordinário nível descritivo. Utilizam-se de diretrizes de Gillian Rose (2007 apud GASTALDO *et al.*, 2012) para alcançar uma análise baseada em uma abordagem crítica: onde se propõe que o significado de uma imagem seja feito incluindo a produção da imagem, a própria imagem e o público para quem se destina a imagem; onde a reflexividade é uma chave para uma interpretação autenticada; e, onde há um aporte para a construção de um método de interpretação para metodologias visuais em pesquisa em saúde. Como uma adaptação, para esta pesquisa a análise visual se deu no recorte (no olhar) sobre a própria imagem criada e, especialmente onde ela (a imagem/ou coordenada/ou

palavra/ou expressão) foi inserida no mapa e em qual mapa, considerando a perspectiva de gênero, especialmente; como não se usou de imagens prontas (de jornais e/ou revistas, por exemplo) e como não se tem um público-alvo (como em campanhas de mídias) as análises relativas à produção da imagem e ao público não foram realizadas.

Para Gastaldo e colaboradoras, a análise dos dados oriundos do processo de mapeamento corporal não é (e não deve ser em hipótese alguma) avaliar o(a) participante, por meio da sua arte, do ponto de vista psicológico. Mas sim, almeja-se por meio de um processo de análise, que inclua de forma integral as histórias mapeadas (considerando o processo de criação do mapa corporal em tamanho natural, o próprio mapa e a legenda que o acompanha, bem como o testemunho que o apresenta de forma narrativa), obter *insights* e desvelar significados de suas lógicas de pensamento e ação no mundo, suas crenças e aspirações ou desejos, assim como as circunstâncias em que vive e as formas que tem para lidar com algumas questões da sua existência e das suas relações (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Para uma abordagem analítica mais robusta e abrangente, exige-se uma compreensão como já apontada acima, onde a análise dos dados ocorra entre o processo e seu produto, surgindo assim dados valiosos para análise (tanto descritiva, quanto interpretativa) que envolvem e consideram (não descartam) o visual (o mapa) e as narrativas sobre o mapa e sobre o processo de criação (mapeamento); o envolvimento dos(das) participantes na criação do significado, bem como a reflexividade dos(das) pesquisadores(as) (facilitadores(as)) são cruciais para o processo de análise (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

### **5.7.2 Estratégias analíticas**

Aqui, com a definição das estratégias analíticas, busca-se valorizar os achados, bem como sintetizar os mesmos, em um esforço de compreensão, que não despreza a riqueza dos dados (MINAYO, 2012), especialmente dos dados visuais.



Gastaldo *et al.* (2012) orientam sobre a importância de se adotar uma lente (um referencial teórico-filosófico) com o qual se fará a análise durante todo o processo. E, isto foi feito como pode ser visto no Apêndice B, que detalha o roteiro da coleta de dados, que neste estudo equivale ao processo de criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, que está alinhado com a teoria de Enfermagem - *Devir Humano*, ampliando desta forma o escopo descritivo (vulgarmente conhecido) em processos de análise em pesquisa qualitativa, para um escopo crítico-interpretativo da análise, sempre alinhado com a lente teórico-filosófica em uso.

#### 5.7.2.1 *Primeiro nível de análise*

Didaticamente, tem-se como primeiro nível de análise: a criação dos três componentes das histórias mapeadas (o mapa corporal em tamanho natural, a legenda e o testemunho), onde o que está sendo dito visualmente por meio da arte (ou as representações visuais das ideias), como o próprio contorno do corpo, símbolos pessoais e *slogans*, o autorretrato e assim por diante (todos os exercícios propostos), foram analisados em conjunto entre o(a) participante e a pesquisadora (facilitadora) em um exercício (ao mesmo tempo) descritivo, compreensivo e interpretativo.

Nesta pesquisa, o processo de análise iniciou durante a criação de cada mapa corporal e seu respectivo mapeamento; perpassando por todos os momentos da escolha dos símbolos, bem como da elaboração de seus significados, até a última palavra do testemunho. Os Mapas Corporais Narrados como Pesquisa foram analisados, inicialmente, de forma individual, por caso (por meio dos achados dos seus três componentes) e com envolvimento direto do(da) participante (oportunizando voz ao(à) participante também no quesito análise dos dados).

#### 5.7.2.2 *Segundo nível de análise*

Simultaneamente, a análise interpretativa que se refere aos processos de pré-compreensão (ou apropriação dos dados), compreensão (ou aprofundamento dos dados) e interpretação (ou devolução dos dados) ocorreu com base na busca pela essência dos dados, a fim de chegar, ao que se optou por denominar (através

da contínua adaptação do referencial teórico-filosófico com o método) de “unidades de significado”, “pontos e contrapontos de ritmicidade” e “temas para possível transcendência” (para maior entendimento, ver quadros analíticos nos resultados dos manuscritos). Importante: a interpretação só ocorre após a compreensão (e não vice-versa), pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido (MINAYO, 2012), daí entendê-la como uma espécie de devolução dos dados.

Logo, para o segundo nível de análise (ou entendido como um nível adicional de análise) existem duas grandes possibilidades, a saber: analisar o material pronto por caso, individualmente; ou analisar os materiais reunidos, utilizando uma estratégia comparativa. Independentemente da escolha pelo modo adicional da análise, urge, em metodologias visuais, focar na análise dos dados visuais gerados, caso contrário não tem sentido empregar esforços para capturá-los (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

A título de aprofundar a compreensão do fenômeno “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva”, como estratégia adicional de análise, optou-se pela reunião e pela comparação, não das pessoas (porque isso não é possível), mas das “unidades de significado”, dos “pontos e contrapontos de ritmicidade” e dos “temas para possível transcendência”, que foram desvelados no conjunto dos processos de mapeamento.

Mesmo com todo esse entendimento do que é a análise de dados em estudos qualitativos, bem como com todo o direcionamento que as próprias autoras do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa oportunizam, na prática, o(a) pesquisador(a) pode se perguntar genericamente: “Como lidar com tudo isso?”<sup>8</sup> (Como olhar para os dados? O que fazer? Por onde começar? Como não se perder?). Por isso, buscou-se nos dispositivos analíticos da análise *agregadora de valor* (EAKIN; GLADSTONE, 2021) respostas e alternativas para vivenciar, apreender/aprender e superar esta crucial etapa da pesquisa.

---

<sup>8</sup> Para esta pesquisa, a pergunta foi: "Como lidar com um universo de dados distribuídos em aproximadamente 28 horas de áudio; em 442 páginas de transcrição; em 20 mapas corporais narrados (em tamanho natural das pessoas); em 20 legendas com inúmeros símbolos e/ou códigos inseridos; e em 20 testemunhos?"

### 5.7.3 Análise agregadora de valor e dispositivos analíticos utilizados

Na análise *agregadora de valor* teorizar é um objetivo central, ou seja, a criação de conceitos generalizáveis é fundamental; as descobertas em análise qualitativa não são achadas, simplesmente, mas, sim criadas; para isso é preciso expandir e liberar o olhar analítico, como uma alternativa, para sair do senso-comum das abordagens analíticas superficiais e descritivas somente; é preciso criar meios analíticos para penetrar os dados empíricos; e desta forma desencadear a criatividade interpretativa (EAKIN; GLADSTONE, 2021).

Alguns princípios norteiam a análise que *agrega valor*, a saber: (a) análise como interpretação, quando o(a) pesquisador(a) ao interpretar os dados (considerando sua “bagagem” teórica, intelectual, pessoal, entre outros) dá sentido aos dados; (b) análise como contextualização, quando o contexto (as circunstâncias, o ambiente) onde os dados foram gerados são considerados e avaliados; (c) análise como *presença criativa*, quando o(a) pesquisador(a) está presente de forma criativa em todos os processos de pesquisa (aqui, não há espaço para neutralidade); e (d) investigação crítica, quando o conhecimento adquirido é problematizado, ou seja, quando as visões acerca de um fenômeno não são dadas como certas, é preciso questioná-las sempre (EAKIN; GLADSTONE, 2021).

No esforço em fazer uma análise que *agrega valor* foram usados alguns dos dispositivos analíticos sugeridos por Eakin e Gladstone (2021), antes, vale pontuar que eles não se encerram em si mesmo, eles são um meio (instrumentos), para *ver* e *pensar* os dados qualitativos de uma forma a abrir a “caixa-preta” da análise qualitativa.

A seguir, tem-se a descrição de como os dispositivos analíticos foram usados nesta pesquisa:

1. **Colocando “reflexividade” no trabalho analítico** – desde o projeto de pesquisa esse dispositivo foi usado, quando da elaboração de uma carta de apresentação da pesquisadora, que foi construída nos moldes do mapeamento e do mapa corporal; durante todo o processo de coleta de dados, a reflexividade tanto dos(das) participantes, quanto da pesquisadora (facilitadora) que se colocou em uma posição de troca/de compartilhamento com o(a) participante; até a retomada desta reflexividade durante todo o momento da análise e escrita deste relatório de pesquisa;

2. **Considerar que “tudo são dados”** – que no caso desta pesquisa tem forte valor atribuído, principalmente por se considerar todo o material visual confeccionado (mapas corporais), como todo o processo de criação deles (mapeamento corporal);

3. **“Leitura do invisível”** – o referencial teórico-filosófico usado, em especial, contribuiu para considerar na análise dos dados o não dito (o que é tácito) e os silêncios;

4. **Buscar por “anomalias”** – durante a coleta de dados sempre foi mantido em mente o questionamento “o que está acontecendo aqui?”; e, após visualização dos materiais confeccionados (mapa corporal, legenda e testemunho) esse questionamento foi direcionado inúmeras vezes aos dados;

5. **“Codificação geradora”** - nesta pesquisa esse foi o dispositivo analítico mais usado (talvez, por ser mais familiar), conduziu a ênfase se deu no processo da criação da codificação, quando da confecção de quadros analíticos individuais (por Mapas Corporais Narrados como Pesquisa), a fim de listar os códigos e/ou símbolos geradores e relacioná-los com os momentos do referencial teórico-filosófico, em um constante exercício de interpretação sob essa lente;

6. **“Leitura da *gestalt*”** - que nada mais é do que considerar o todo; isso foi feito desde o início quando se situou o fenômeno do estudo dentro das trajetórias sexuais e reprodutivas das pessoas; quando se oportunizou exercícios para fazer o levantamento dos dados dentro das experiências das pessoas, considerando toda a história narrada;

7. **“Teorizar”** – a busca por uma interpretação heurística (pela abstração) de pelo menos um conceito relacionado com o fenômeno do estudo, foi algo sempre perseguido;

8. **“Escrever”** – sim, escrever é o instrumento mais básico e primordial na análise qualitativa; registrar todos os *insights* e todas as ideias (por mais desconectadas que possam parecer no momento); trabalhar o título constantemente, formar “frases-guia” e “mapas mentais” (escritos/desenhados) com os achados (para separar o que é essencial e o que é acessório) foram as estratégias realizadas durante todo o percurso investigativo;

9. **“Criatividade liberada”** – sim, o(a) pesquisador(a) precisa se permitir criar formas diferentes de ler/fazer a análise de dados; um recurso bastante utilizado nesta pesquisa foi desenhar os percursos analíticos; sim, de maneira lúdica (entre

riscos e rabiscos) a ideia por trás dos dados apareciam, as descobertas emergiam; como um trabalho artesanal (como uma “costura”) essa pesquisa foi confeccionada.

Em tempo e por julgar oportuno, registra-se que todo o processo de coleta de dados e análise de dados foi realizado prioritariamente pela pesquisadora, com posterior validação da orientadora: (a) desde a confecção do formulário para convite dos(das) participantes, que em alguma medida, contribuiu para uma parte da análise (informações básicas, por exemplo); (b) a própria condução do processo de coleta de dados (onde a pesquisadora foi facilitadora no processo de criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa), onde para alguns(algumas) participantes houve uma maior facilitação/apoio, no sentido que a facilitadora inseria símbolos e/ou palavras no mapa, após a indicação dos(das) participantes; (c) toda a transcrição do material em áudio foi realizada incansavelmente (e foi por duas vezes revisada); (d) leitura, releitura e destaques dos símbolos e/ou códigos geradores, para organização de uma planilha *Excel*<sup>®</sup>, para visualizar por coluna aspectos dos mapas de forma individual (por caso) e por linha aspectos dos mapas de forma coletiva (na ideia de uma comparação e/ou visualização de reprodução de padrões nas respostas); (e) nova releitura e destaques para a apresentação do resultado final do *primeiro nível de análise* de dados (com o teor mais descritivo) que compõem os 20 Mapas Corporais Narrados, seguidos das suas respectivas legendas e testemunhos; (f) construção dos quadros analíticos com os símbolos e/ou códigos geradores; (g) revisão das “frases-guia” (elaboradas das respostas aos questionamentos primários realizados para os símbolos e/ou códigos geradores – ver quadros analíticos nos resultados dos manuscritos) e elaboração das categorias analíticas nos termos da teoria de Enfermagem - *Devir Humano* (onde se constatou que não é possível considerar que o dado emerge somente [ou exclusivamente] de um exercício específico, mas, sim emerge do todo trabalhado, em exercícios anteriores e/ou posteriores, para além do exercício que foi relacionado); (h) organização e apresentação das categorias para o *segundo nível de análise de dados* (na busca pela compreensão e interpretação dos dados); e (i) “mapas mentais” para sedimentação das categorias e manutenção e aperfeiçoamento de uma escrita coerente (já que os resultados foram fragmentados para apresentação em forma de manuscritos).

## 5.8 QUESTÕES ÉTICAS

Mantendo a analogia com as etapas de uma viagem, a ética seria parte da “bagagem” do(da) pesquisador(a) e à maneira como o(a) mesmo(a) se porta em todo o percurso investigativo.

Tanto internacional, quanto nacionalmente, têm-se algumas leis, tratados e resoluções que aportam conceitos essenciais para realização de pesquisa com seres humanos (LEOPARDI, 2002). No caso do Brasil, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que a primeira é mais geral para ciências da saúde aplicadas e a segunda envolve as ciências humanas e sociais.

Ambas (Resoluções nº 466/12 e nº 510/16), consideram os princípios dos referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos(às) participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012; 2016).

Segundo a Resolução nº 466/12, toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos deve atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, sendo que a eticidade da pesquisa implica em: respeito ao(à) participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 2012).

Por sua vez, a Resolução nº 510/16 reforça alguns fundamentos da resolução anterior e acrescenta que são princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais: reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; respeito aos valores culturais, sociais,

morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos(das) participantes da pesquisa; empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada; recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; garantia de assentimento ou consentimento dos(das) participantes da pesquisa, esclarecidos(as) sobre seu sentido e implicações; garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos(das) participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; garantia da não utilização, por parte do(da) pesquisador(a), das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos(das) participantes; compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário (BRASIL, 2016).

Gastaldo *et al.* (2012) assinalam que o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é um método de pesquisa eticamente apropriado para a geração de dados, uma vez que, o processo do mapeamento corporal mostra sua trajetória e suas experiências por meio da arte e os mapas corporais ajudam a manter o anonimato (não expõe o indivíduo). Entretanto, fazem a ressalva do desafio quanto à confidencialidade, isso porque apresenta dados sobre uma mesma pessoa, podendo haver risco de que os(as) participantes sejam identificados(as) em suas comunidades. Mas isso é passível de ser contornado, porque o(a) pesquisador(a) precisará, por vezes, eliminar dados que identifiquem os(as) participantes (assim como é feito em outras formas de geração de dados, por exemplo), tudo isso para proteger a identidade do(da) participante (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013).

Também reforçam que a primeira consideração a se fazer, após o consentimento do(da) participante, é definir sobre a autoria e a propriedade do mapa, ou seja, decidir *a priori*, quem ficará com a versão final do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e quais serão seus possíveis usos. As autoras recomendam planejar a criação de outras formas de reprodução dos mapas corporais, como por

exemplo: fotos digitais e/ou escaneamento digital dos mapas. Sendo que os(as) participantes devem (ou não) consentir com as formas de uso (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013).

Esta pesquisa foi submetida à revisão ética, por meio de protocolo específico, onde foram acrescentadas as documentações pertinentes à natureza e às especificidades da mesma, ao Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), por meio da Plataforma BRASIL, que é o sistema oficial de lançamento de projetos de pesquisa para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2012; 2016) e foi aprovada pelo CEP na sua versão 3 (após importantes ajustes realizados no projeto de pesquisa) pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 36217320.1.0000.0121, por meio do parecer final 4.352.292 (ANEXO A).

## 5.9 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conceitualmente, o consentimento livre e esclarecido é, segundo as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, a anuência do(da) participante da pesquisa e/ou de seu(sua) representante legal, livre de vícios, simulação, fraude ou erro, assim como livre de dependência, de subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar (BRASIL, 2012; 2016).

As autoras do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, não só endossam esse compromisso ético, como também fornecem um guia orientativo (um passo a passo) para garantir a ética neste processo, por isso mesmo, para o processo de criação do mapeamento corporal (ou antes mesmo de se engajar nesse processo) é imprescindível obter um consentimento verbal ou por escrito no qual esteja descrito como os mapas corporais serão usados, como a confidencialidade será mantida, quaisquer riscos potenciais ou benefícios de participar do mapeamento corporal e, finalmente, os direitos do(da) participante. Essa consideração pormenorizada sobre o uso de mapas corporais antes que eles sejam criados pode ajudar a minimizar qualquer conflito potencial entre os(as) participantes e o(a) pesquisador(a) (facilitador(a)) (GASTALDO *et al.*, 2012) e isto foi feito quando do convite ao(à) participante, por meio de explicação verbal (quando contato presencial) ou por



material orientativo quando do acesso do formulário *Google Forms*<sup>®</sup> via *link* e/ou QR Code.

Um destaque do método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é o olhar sobre os direitos do(da) participante. Para as autoras do método é muito importante o entendimento de que o consentimento para participar da pesquisa deve ser visto como um processo e não como um evento. Enfatizam que é importante relembrar constantemente ao(à) participante que sua participação é voluntária, que mesmo que tenha consentido participar no início do projeto, não significa que não possa pedir para parar ou não fazer determinada atividade, por exemplo (GASTALDO *et al.*, 2012).

Em relação à autoria, os(as) participantes podem dispensar um grande número de horas preparando e embelezando seus mapas corporais e alguns(algumas) participantes podem se tornar muito ligados(as) aos mapas. O(a) pesquisador(a) deve estar pronto(a) para renegociar sobre quem manterá o original e como as cópias digitais serão usadas no final do processo (GASTALDO *et al.*, 2012).

A garantia da confidencialidade é outro item salutar no processo de criação do mapeamento corporal; confidencialidade significa confiança e privacidade. Na maior parte, os mapas corporais devem ser tratados da mesma forma que as transcrições de entrevistas, e os arquivos de áudio são tratados com a consideração adicional de que, ao contrário dessas últimas formas de dados, os mapas corporais podem ser totalmente acessíveis ao público em geral. Se este for o caso, os(as) participantes devem dar o consentimento informado e devem estar cientes de que seus mapas corporais serão compartilhados com o público em geral. Por essa razão, é importante se abster de incluir informações no mapa do corpo que possam potencialmente identificar o(a) participante (GASTALDO *et al.*, 2012).

Isso exigirá do(da) pesquisador(a) (facilitador(a)) maior atenção para remover potenciais informações de identificação do(da) participante; propõe-se como atividade adicional do(da) pesquisador(a) (facilitador(a)) remover identificadores, como é feito com os dados brutos das entrevistas, por exemplo. Tudo isso com o objetivo ético de manter a confidencialidade. Ainda, sobre o armazenamento dos mapas corporais, estes devem ser armazenados em um local seguro com acesso restrito e suas versões digitalizadas devem ser armazenadas em computadores com arquivos protegidos (GASTALDO *et al.*, 2012).

Sobre os potenciais benefícios e/ou riscos do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa as autoras sinalizam que a criação do mapeamento corporal pode ser um processo muito divertido e criativo, mas também um exercício muito poderoso; mapas corporais também podem evocar muita emoção e trazer à memória lembranças fortes e dolorosas. Dada a natureza pessoal do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é importante informar e lembrar aos(às) participantes que cabe a eles(elas) o quanto querem revelar; em algumas ocasiões os(as) participantes também tentam ativamente proteger sua privacidade, afirmando que algo é demais para ser revelado a um estudo de pesquisa. Por isso, deve-se lembrar aos(às) mesmos(as) de que os serviços e/ou suportes apropriados estarão disponíveis se necessário (GASTALDO *et al.*, 2012). E isso foi garantido, conforme consta detalhadamente no TCLE (APÊNDICE C).

Não menos importante, as autoras alertam que o processo de mapeamento corporal pode trazer impacto aos(às) pesquisadores(as), especialmente, ao(à) pesquisador(a) (facilitador(a)) de campo, isto porque uma técnica tão pessoal e íntima como esta, pode apresentar alguns desafios. Logo, sugerem que o(a) pesquisador(a) (facilitador(a)) envolvido(a) no processo de criação de significado coconstruído por meio do mapeamento corporal deve avaliar constantemente o seu nível de conforto e desconforto. As autoras também sugerem que a incorporação de reuniões formais de *debriefing* no desenho do estudo pode ajudar a amenizar quaisquer preocupações causadas pelo processo de criação de mapeamento corporal e pode ajudar os(as) pesquisadores(a) (facilitadores(a)) a desenvolver estratégias úteis para lidar com os desafios previsíveis (GASTALDO *et al.*, 2012). Durante a fase da coleta de dados não foi necessário realizar reuniões formais de *debriefing* com a orientadora. Para registro: apesar de todo o empenho que esta etapa de pesquisa exigiu, que, no caso em particular, foi aumentado devido as restrições e cuidados no contexto da pandemia da Covid-19, foi extremamente gratificante poder realizar os encontros para criação dos Mapas Corporais Narrados como Pesquisa à luz da teoria de Enfermagem - *Devir Humano*.

Pontos importantes: por orientação do CEP o desenvolvimento e acompanhamento das etapas desta pesquisa, em especial, o momento da criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, contaram com a participação de um profissional de psicologia, como retaguarda neste processo, tanto para a pesquisadora de campo, quanto para os(as) participantes que necessitassem. Ao(À)

participante que necessitasse de uma avaliação com profissional de psicologia foi garantido que o(a) mesmo(a) teria este atendimento para uma escuta profissional capacitada e posterior encaminhamento responsável para sua respectiva equipe de Saúde da Família (eSF). Mas, isso não se fez necessário. Também por orientação do CEP foi pactuado reembolso dos gastos com transporte (ida e volta) e alimentação (uma refeição), considerando que o período de coleta de dados estava estimado para um período de quatro horas (04h), o que acarretou em um reembolso médio de 100 reais por participante (50 reais para o transporte e 50 reais para alimentação) arcados pela pesquisadora de campo, com financiamento próprio.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Chegar até aqui, nos resultados, é como ir se aproximando do “destino” dessa jornada investigativa. E, esse percurso foi acompanhado por 20 pessoas que se disponibilizaram em compartilhar as suas experiências sobre a escolha (ou não) de práticas contraceptivas nas suas trajetórias sexuais e reprodutivas.

Sobre a caracterização dos(das) participantes quanto ao sexo de nascimento, tem-se 14 com sexo feminino (nasceram com vagina) e seis com o sexo masculino (nasceram com pênis); quanto ao gênero, 12 participantes se declaram como mulher cisgênero (pessoa do sexo feminino que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu - feminino), cinco participantes como homem cisgênero (pessoa do sexo masculino que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu - masculino), e três participantes como pessoa não binária (pessoa que não se classifica exclusivamente em nenhum dos gêneros binários – masculino ou feminino); quanto à orientação sexual, 13 participantes se assumiram heterossexuais (atração romântica e/ou sexual entre pessoas do sexo ou gênero oposto); três participantes pansexuais (atração sexual, romântica ou emocional em relação às pessoas, independentemente de seu sexo ou identidade de gênero); um participante bissexual (atração romântica e/ou sexual por homens e mulheres, ou por mais de um sexo ou gênero); um participante homossexual (atração romântica e/ou sexual entre pessoas do mesmo sexo ou gênero); um participante assexual (falta de atração sexual a qualquer pessoa, ou pouco ou inexistente interesse nas atividades sexuais humanas); e um participante optou por não informar sua orientação sexual; quanto à raça, 13 participantes se autodeclararam brancos; cinco participantes pretos; um participante pardo; e um participante amarelo; quanto à idade, tem-se quatro participantes entre a faixa etária de 20-25 anos; 12 participantes entre a faixa etária de 26-30 anos; e quatro participantes entre a faixa etária de 36-40 anos; quanto ao estado civil, 11 participantes eram solteiros; seis participantes viviam em união estável; e três participantes eram casados; dos 20 participantes do estudo, cinco participantes tinham filhos; 15 participantes não tinham filhos; e quanto à escolaridade, sete participantes tinham o Ensino Superior completo; sete participantes o Ensino Superior incompleto; quatro participantes tinham o Ensino Médio completo; um participante o Ensino Médio incompleto; e um participante o Ensino Fundamental incompleto.

A caracterização (e outros dados revelados) quanto ao uso (ou não) de práticas contraceptivas (e/ou experiências relacionadas) será apresentada no subitem abaixo, através do Mapa Corporal Narrado com Pesquisa da trajetória sexual e reprodutiva de cada participante.

## 6.1 MAPAS CORPORAIS NARRADOS COMO PESQUISA

A apresentação dos resultados seguirá a padronização conforme orientação de Gastaldo *et al.* (2012), onde serão apresentados os Mapas Corporais Narrados como Pesquisa, seguidos das suas respectivas legendas e seus testemunhos; acrescidos de uma numeração que está relacionada apenas com a ordem em que foi realizada a coleta de dados. Na sequência a título de informações básicas para quem necessitar dessas informações constará a caracterização do(da) participante quanto ao sexo do nascimento; identidade de gênero; orientação sexual; raça autodeclarada; idade; escolaridade; estado civil; se tem ou não filhos; se no momento da coleta de dados usava alguma prática contraceptiva e qual. Essas informações básicas serão apresentadas nesta posição (após a apresentação dos elementos essenciais do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) para não ferir o que as autoras deste método preconizam; e por considerar que não são nessas informações que está o diferencial para a compreensão do fenômeno deste estudo, elas servem como um apoio, somente. Esses resultados são oriundos do *primeiro nível de análise*, caracterizada como análise descritiva individual.

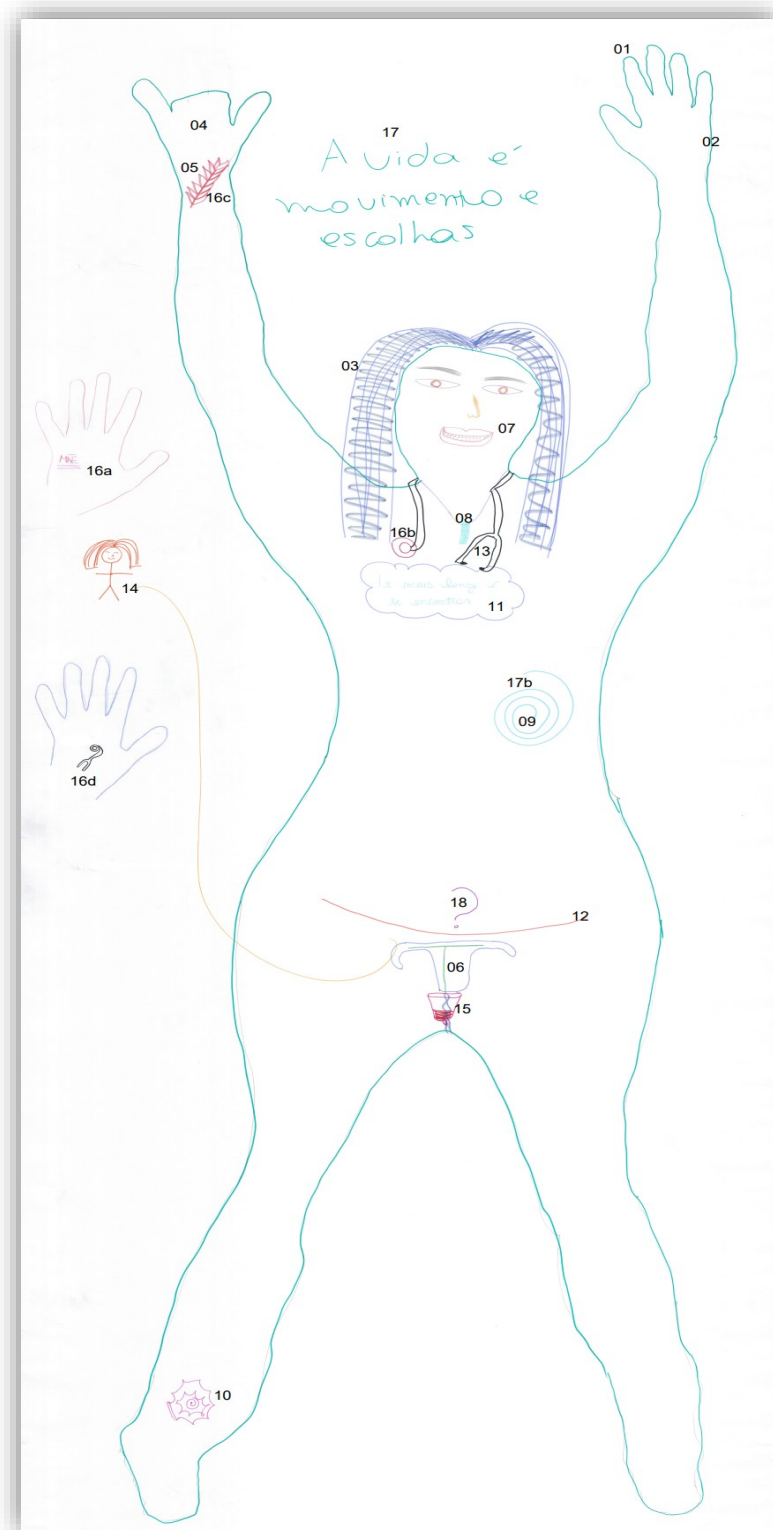
Importante ter clareza de que todo o material confeccionado oriundo da coleta de dados (criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) é um todo complexo, um universo com inúmeras possibilidades de análises, porque possuem diferentes camadas (multicamada/profundo); então, fica o convite ao(à) leitor(a) como um exercício em se colocar no lugar do(da) outro(a) para tentar se enxergar (em alguma medida) na história narrada do(da) outro(a), para compreender/interpretar, sob a sua perspectiva, como se dá a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

“As histórias das nossas vidas, contadas de maneira diferente em cada cultura e em cada casa, têm profundas implicações sobre o que e por que fazemos certas escolhas, e é apenas aprendendo a entender essas histórias que podemos levar em conta as maravilhosas e desnorteadoras diferenças existentes entre nós.”

(IYENGAR, 2013, p.68)

### 6.1.1 Mapa Corporal Narrado 01

Figura 5 – Mapa Corporal Narrado 01



Fonte: elaborado por participante 01 e autora

**01 - Contorno Corporal** - postura de **frente e aberta**; *“pessoa bem aberta; postura mostra abertura; postura amistosa”*

**02 - Cor do contorno** - **verde petróleo**; corpo contornado com uma cor que mostra uma *“pessoa mais adulta, por ser uma cor menos infantil, cor mais neutra”*

**03 - Cabelos soltos** *“simboliza responsabilidade, porque tem mais tempo; tem responsabilidade para cuidar dos cabelos”*

**04 - Hang Loose** com a mão direita significa *“mais tranquilidade ou uma busca por tranquilidade; sair do frenético”*

**05 - Símbolo de um ramo de trigo** significa *“divisão na vida; parceria no relacionamento”*

**06 - DIU com cobre** significa *“uma escolha individual; um ato de contravenção; uma ruptura”*, uma vez que não seguiu o aconselhamento materno para essa tomada de decisão; remete a experiência de uso (atual) deste método anticoncepcional

**07 - Autorretrato literal** - demonstra aceitação com os dentes, a *“giba”* (do nariz) e a sobrancelha; aparece sorrindo para *“demonstrar amistosidade”*; se vê mais amistosa do que antes; mas não tanto como gostaria de ser; porque todo mundo a vê como uma pessoa brava

**08 - Colar com pedrinha**, porque sempre usa esse adereço; tem vários modelos; troca quando tem inspiração

**09 - Traçado de uma espiral** localizado na altura do estômago, simboliza o *“vento da mudança; transformações”*

**10 - Símbolo Pessoal - Concha de um Ermitão** (na perna direita); simboliza que o Ermitão *“leva a casa nas costas; ele vai sozinho; ele escolhe para onde ele vai ir; uma pessoa diferente; bicho-grilo”*

**11 - Slogan Pessoal - Ir mais longe é se encontrar**; escrito dentro de uma **nuvem** no meio do peito; *“ir tanto para fora quanto para dentro; tanto interno quanto externo; encontrar o seu lugar no mundo e o seu lugar dentro de si mesma; autoconhecimento”*

**12 - Marcas sob a pele e sobre a pele** - traçado na região abdominal que simboliza a cicatriz de um procedimento cirúrgico realizado na bexiga durante a adolescência; já teve vergonha, medo e dor física com relação a esta cicatriz; venceu isso pelo amadurecimento, com terapia integrativa (ventosa) e compreensão da parceria afetivo-sexual

**13 - Ponto Forte** - simbolizado pelo **estetoscópio no pescoço**; significa *“a área da saúde; a enfermagem; mais consciente; entendimento”*



**14 - Ponto Fraco** - a **mãe**, devido as ressalvas feitas no que se refere a decisão pela inserção do DIU com cobre

**15 - Ponto facilitador** - simbolizado pelo “**copinho**” **menstrual**; “*porque se encaixou; por pensar fora da caixa; por ser uma escolha*”

**16 - Estruturas de apoio** - **(a) mãe**, “*que apoia em tudo, menos na inserção do DIU*”; **(b) Universidade**, que já está simbolizada pelo estetoscópio; **(c) parceiro**, que também já está simbolizado pelo ramo de trigo; **(d) enfermeira que inseriu o DIU com cobre**, “*pela oferta do método; pela disponibilidade; pela confiança*”

**17 - Mensagem para os outros** - retoma a imagem do “*vento da mudança*”; devido encerramento de ciclos (estudo; trabalho; local de residência) sente agonia, incerteza; como se estivesse “*se jogando no vazio*”; fala sobre desapego e bem-estar; **A vida é movimento e escolha**

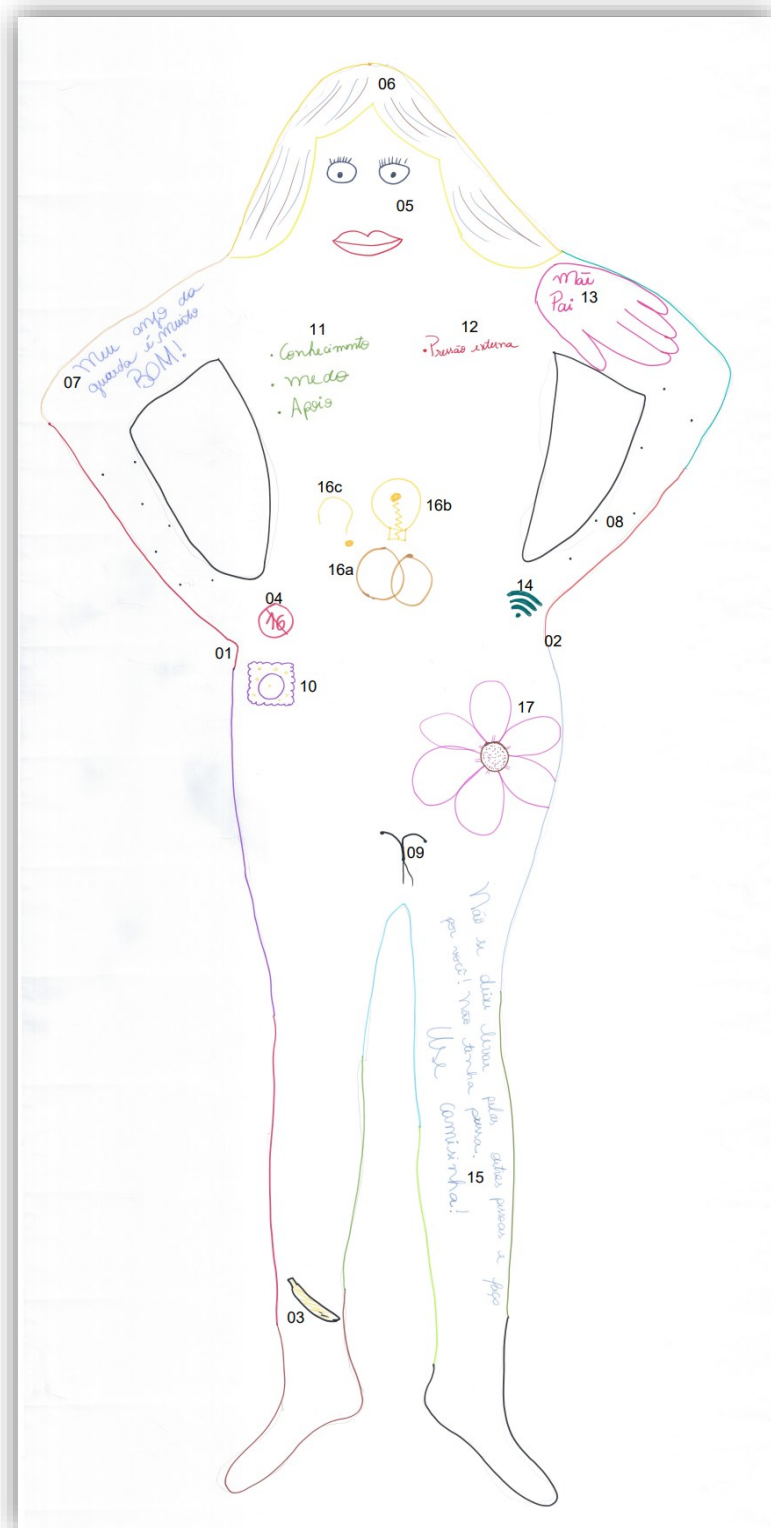
**18 - Desenhando o futuro** – diz que ficará com o DIU com cobre até término do prazo de validade do método anticoncepcional; faz símbolo do **ponto de interrogação** sobre o ventre, refletindo sobre a possibilidade de ter (ou não ter) um filho no futuro; comenta que nunca quis ter filhos; que prefere não ter; mas, talvez mude de ideia no futuro

*“O que o mapa traz? O mapa traz uma pessoa que está feliz com o método contraceptivo que está utilizando neste momento. Que foi uma escolha ativa em inserir este método, utilizar este método, mas que contou com o apoio, não direto, da escolha profissional da instituição que ela escolheu para fazer esse processo acadêmico, dos familiares, da mãe (a familiar) e de um apoio externo, que seria a profissional que fez a inserção, que foi um apoio tanto pessoal, quanto profissional, de ter realizado a inserção. Mas, que o método também é uma escolha que pode mudar ao longo dos anos, por isso ele é um método reversível. A escolha de um método, uma escolha que não foi estática. Que ela acompanha um movimento. Uma pessoa que está em uma parceria, encontrou uma parceria para dividir as experiências, que influenciou diretamente no rumo das escolhas sexuais e reprodutivas, mas que divide mais do que isso. Uma busca por se encontrar tanto dentro, quanto fora de si. Que está vivendo agora um momento de mudanças e que está se esforçando para tentar levar uma vida mais alegre, olha o sorriso; uma vida mais alegre. Expressar mais alegria ao mundo. Que fez outra escolha ativa, que é o uso do ‘copinho’, que pode não ser uma escolha tradicional, que é uma escolha que foge ao comum, mas que hoje faz sentido para a pessoa. Que já teve uma situação relacionada a uma cicatriz do passado, que hoje já não faz parte da vida, mas hoje já não tem tanto protagonismo quanto antes, e que já não influencia, mas já influenciou sobre a saúde sexual e reprodutiva. Um questionamento sobre filhos no futuro ou não, mas que está aberta ao que acontecer, que pode ser que mude de ideia, está aberta a mudar de ideia. E que tem como símbolo o Ermitão, que é uma animal que leva a sua casinha nas costas; é um animal que representa mudança e ao mesmo tempo ele está no mar, ele vai, ele segue o fluxo, mas quando ele não está contente com o que acontece, ele pega a casinha dele e vai embora, uma autonomia, talvez uma valorização da autonomia. É essa a história que o mapa conta.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **23 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **DIU com cobre**.

## 6.1.2 Mapa Corporal Narrado 02

Figura 6 – Mapa Corporal Narrado 02



Fonte: elaborado por participante 02 e autora

**01 - Contorno corporal - mãos na cintura;** demonstra posicionamento, porque questiona sobre as coisas; não tinha esse comportamento antes de começar a trabalhar como jovem aprendiz; o trabalho mudou a forma como olhou para o mundo

**02 - Cores para o contorno** - optou por usar **várias cores**; não tem uma cor preferida

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - símbolo de uma **banana** para representar experiência de quando os seus pais orientaram sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, como o uso do preservativo, por exemplo; eles agendaram ginecologista para *“obrigar”* a tomar anticoncepcional; lembra que as orientações sobre esse tema não eram concretas, eram falas mais vagas; pais tinham uma preocupação, no sentido de que ela não precisasse esconder esses assuntos deles, mas que precisava ter cuidados para não ter que passar pelas mesmas dificuldades que eles tiveram e também para não repetir padrão familiar de gravidez na adolescência

**04 - Símbolo do proibido menor 16 anos** para representar a dificuldade de acesso à consulta com ginecologista sem a presença de um responsável; a primeira prática contraceptiva indicada (imposta) foi anticoncepcional oral combinado (pílula), *“vai resolver a tua espinha e vai te proibir de engravidar”*; fazia uso irregular (inconsistente) devido esquecimentos, na época não tinha tido relação sexual ainda; ficou um ano sem menstruar; sabia que não tinha possibilidade de gravidez, mas mesmo assim ficou apreensiva pelo que a mãe iria pensar

**05 - Autorretrato literal - olhos bem abertos,** demonstram um tipo de olhar quando questiona as coisas; e **boca vermelha,** porque é marcante e gosta

**06 - Cabelos loiros** - gosta quando as pessoas se surpreendem quando conhecem como ela é realmente, apesar da aparência dos cabelos loiros onde as pessoas tendem a associar com *“patricinha, mimada”*; algo que diz não ser

**07 - Slogan pessoal - Meu anjo da guarda é muito bom!** Esta frase permeia tudo, inclusive a trajetória afetivo-sexual, porque muitas vezes não sabe exatamente o que quer, mas as coisas vão acontecendo, *“não sei o que eu quero, mas acontece”* com exemplos, tem-se o relacionamento atual e a escolha profissional

**08 - Marcas sob a pele - treze pontinhos** nos braços, simboliza trauma devido as tentativas para puncionar veia para realização de um exame com contraste; exame para investigar causa das cólicas intensas; suspeita de endometriose ou pólipos uterinos, mas também para descartar possibilidade de as cólicas serem de origem renal

**09 - DIU com hormônio** que inseriu em um momento que também faria um procedimento cirúrgico onde retiraria pólipos (pré e pós-procedimento foram momentos traumáticos); sobre o DIU com hormônio diz que *“mudou a minha vida”*, por conta do controle e alívio dos sinais e sintomas de cólica menstrual; remete a experiência de uso (atual) deste método anticoncepcional

**10 - Símbolo do preservativo** - experiência que marcou por conta do susto de o preservativo ter ficado no canal vaginal após primeira relação sexual; fez uso da pílula do dia seguinte (contracepção de emergência) devido receio em engravidar na adolescência (parceiro comprou o método); acrescenta que se hoje acontecer de engravidar, irá considerar como uma espécie de *“gravidez na adolescência”*, porque ainda não se sente preparada

**11 - Pontos fortes – conhecimento**, porque sempre quis saber das coisas, pesquisa na internet; faculdade contribui para isso; **medo** da gravidez da adolescência, comenta história da tia que escondeu gravidez na adolescência da família, *“na época era um escândalo”* (homem era casado, não assumiu filho, primo teve problemas com drogas e foi preso), acrescenta que medo de reproduzir esse padrão familiar a protegeu de possíveis infecções sexualmente transmissíveis e gravidez, por isso acredita que é um ponto forte; e **apoio** (não forneceu detalhes sobre este termo)

**12 - Pontos fracos - pressão externa**, devido influência das amigas da escola (todas já tinham beijado e já tinham iniciado relação sexual e ela ainda não) e isso de certa forma influenciou-a a *“perder a virgindade”*; hoje talvez teria pensado mais sobre isso; percebe cobrança materna para que ela engravide, sobre sua mãe diz - *“ela quer um neto”*

**13 - Estruturas de apoio** - contorno de uma mão no ombro esquerdo, escreve as palavras **mãe** e **pai**, os dois apoiaram e apoiam sempre, mas o pai é quem mais apoia, não só nas questões da trajetória sexual e reprodutiva (desde comprar absorventes na época da adolescência, desde iniciar a conversa sobre cuidados para não engravidar, de acompanhar na consulta com ginecologista quando dificuldade de acesso também na adolescência), entre outras coisas (de vários aspectos determinantes da sua vida) - *“meu pai é tudo pra mim”*

**14 - Símbolo da internet - acesso à informação** também como estrutura de apoio; antes acreditava em qualquer informação da internet; agora não mais, tem mais critério e discernimento

**15 - Mensagem para os outros - Não se deixe levar pelas outras pessoas e faça por você! Não tenha pressa. Use camisinha!** Acredita que a pessoa deve ter suas escolhas, mas o incentivo e apoio dos pais é importante, hoje avalia dessa forma, na época (na adolescência) não tinha esse entendimento; assim como também acredita que se o tema fosse trabalhado na escola antes (*“do Terceirão”*) seria importante

**16 - Desenhando o futuro** - **(a) aliança** simboliza parceria nas decisões, desejo por boa relação com parceiro, clareza e sinceridade na comunicação; **(b) lâmpada** simboliza momento de reflexão, decidir em conjunto, mas *“a minha palavra vai ser mais forte do que a dele, porque é o meu corpo”*, *“fazer as coisas no meu tempo”*, sem pressão externa; **(c) ponto de interrogação** simboliza *“o pensamento, é a decisão, o que que vai vir aí pela frente, eu ainda não sei”*

**17 - Símbolo pessoal** – de uma flor simboliza que as coisas são feitas de fases e as coisas mudam; *“que eu acho que é por mim assim, então acho que é”*

*essas coisas assim, essas mudanças, como a gente era antes e como a gente é agora, depois de ter mais conhecimento, de vivenciar as experiências e passar por isso”*

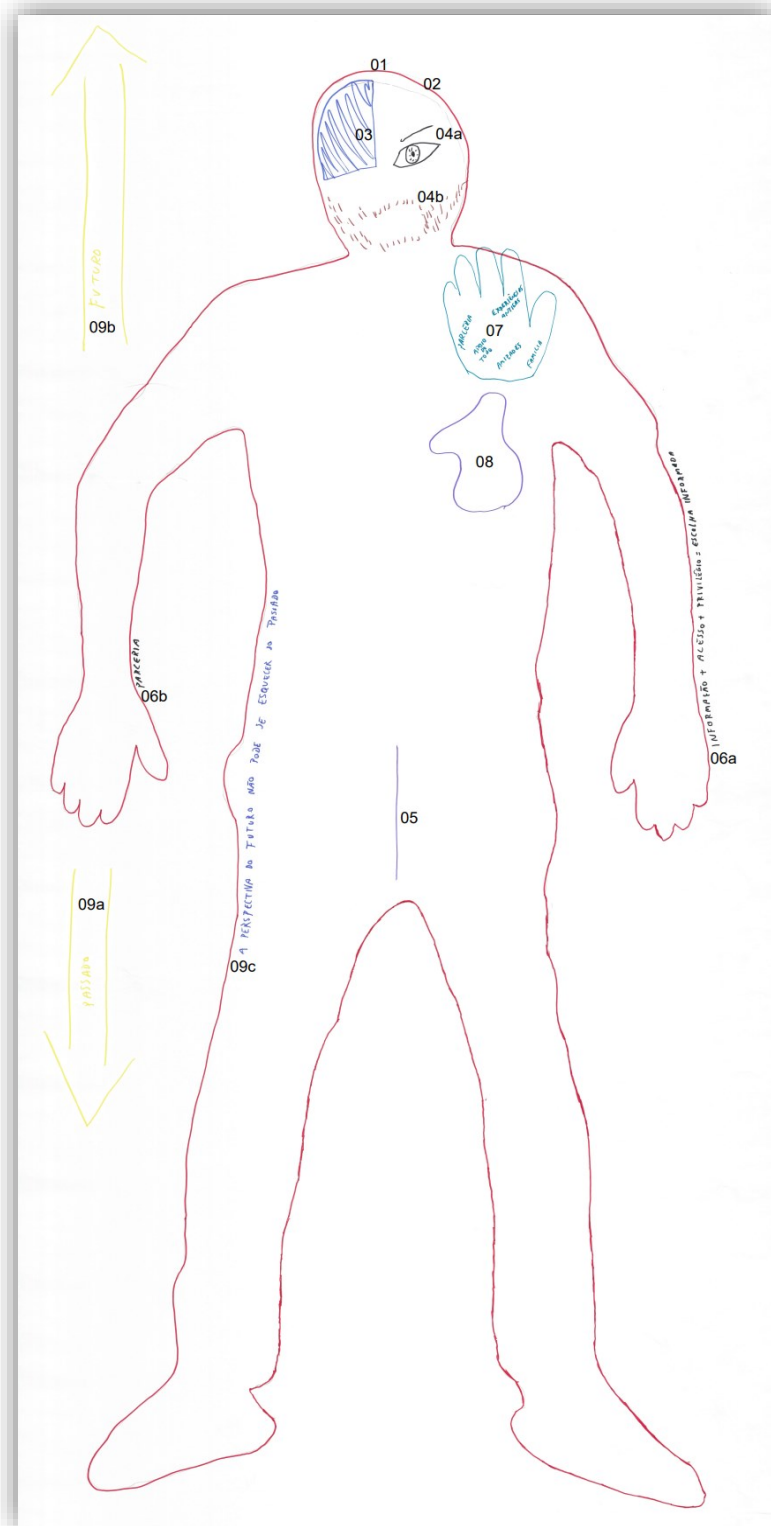
*“Eu acho que o mapa me mostra de uma forma interrogativa para o mundo assim, querendo perguntar as coisas. Que tem as questões de estereótipo de cabelo loiro, batom vermelho, que está muito ligado com a sociedade e que nem sempre essas coisas influenciam bem ou mal, mais de uma forma negativa na vida das pessoas, a gente acha que são poucas coisas, mas influenciam, tanto que hoje eu quase não uso mais o meu batom vermelho, meu cabelo é ainda está [loiro] porque eu gosto dele assim, mas influenciam. A questão dos símbolos (...) foi esse aqui primeiro (...) de como as coisas acontecem, coisas que influenciam a gente como o explicado, coisas lúdicas acho que a gente grava mais, então acho que por isso a banana e a camisinha marcaram tanto, porque é uma cena bem clássica. Como que a sociedade se mostra, pedindo para a gente ser bem autônomo e se sentir à vontade e tentar tratar com mais naturalidade a parte da sexualidade, mas ao mesmo tempo impedem a gente de ser atendido e de ser recepcionado nos serviços de saúde sozinhos. E cada vez isso vai acontecer mais, porque cada vez mais as pessoas vão iniciando a prática sexual mais cedo, então eu acho que quanto antes elas tiverem conhecimento e se tratar com naturalidade melhor [...]. Que o meu anjo da guarda é muito bom e isso é verdade, porque tudo acontece do jeito que é para acontecer, eu acho que se eu não tivesse tido essas experiências, bem ou mal, todas as experiências fazem parte de mim. Aquela pressão externa, os meus pontos negativos do passado que eu vejo como talvez negativo, tenham feito parte de quem eu sou e me ajudam a ser mais firme agora, aprender a lidar com as coisas, então acho que até isso tem influência dele. E as experiências falam muito por si, a gente aprende, cada experiência positiva e cada experiência de certa forma negativa ela acaba sendo de uma forma (...) acaba interagindo como uma forma boa, porque sempre há um aprendizado, sempre há algo novo e eu estou sempre perguntando, ainda mais fazendo essa comparação assim, eu estou sempre querendo saber mais, perguntar mais, e isso traz os meus pontos positivos, fazem parte do conhecimento e do apoio, porque como eu pergunto e como eu sou assim, eles sabem que eu sou uma pessoa (...) meus pais que me deram apoio, sabem que eu sou uma pessoa que não aceita qualquer coisa, então eles sabiam que podiam confiar em mim e que eu ia ter voz quando eu quisesse. E as marcas, as marcas ruins eu não vou falar, eu vou falar do DIU que acho que é uma marca boa que foi um (...) pra mim significou muito, que é o deixar de todo mês passar cinco dias com dor e poder fazer mais coisas, porque naquela época que eu coloquei o DIU eu estava numa situação bem complicada, que eu estava trabalhando, estudando, passando o dia fora de casa e tinha dias que eu não conseguia realmente sair, que eu tinha que parar tudo pra ir pro hospital (...) fazer estágio eu tinha que às vezes (...) aconteceu coisas no estágio que me baixaram minha nota por conta da cólica e isso era bem ruim, então o DIU veio com uma mudança pra mim. A mensagem que eu quero deixar é que as pessoas não se deixem levar realmente pelas outras, que elas façam por elas mesmas, porque o que importa é a experiência que cada um tem individualmente, o que a gente não se espelhe na vida do outro, mas que a gente tem a consciência, que a gente saiba que a gente é importante, que a gente precisa se cuidar, então a gente precisa usar camisinha. E para o futuro eu acho que a gente (...) que eu quero uma relação muito próxima com o meu parceiro, pra gente conseguir decidir, ser sincero e ser claro um com o outro, colocar os pontos positivos e negativos na*

*balança de tudo na vida, não só das práticas contraceptivas, para poder decidir o que for melhor pra gente, pra nossa experiência. E é muito importante ter apoio, porque eu acho que sem as pessoas que me apoiaram eu não teria essa experiência, não teria essa concepção, acho que eu não teria nem chegado até aqui (...) e conhecimento nunca é demais, então pode pesquisar tudo na internet que nem sempre tem, mas pode confiar. E eu acho que é isso, que a gente é feito de mudanças, quando eu comecei a pensar nisso, quando a sexualidade e o planejamento reprodutivo começou a passar pela minha história eu não pensava nela, mas que as coisas mudam e que hoje é uma coisa bem importante para mim, que eu sei que eu vou ter que resolver pelos próximos anos, porque faz parte. Por mais que eu não queira tanto agora, eu sei que uma hora eu vou querer, então tem que pensar nisso e eu acho que é isso.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **23 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **união estável**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **DIU com hormônio**.

6.1.3 Mapa Corporal Narrado 03

Figura 7 – Mapa Corporal Narrado 03



Fonte: elaborado por participante 03 e autora



**01 - Contorno corporal** - postura de **frente**; prefere ficar frente para as pessoas e para o tema; do que não ver; prefere saber o que está acontecendo

**02 - Cor para o contorno - vermelha**, por preferência; porque combina com a sua personalidade

**03 - Símbolo de parte do cérebro** simboliza desenvolvimento da mente; adquirir conhecimento; comenta quando seus pais orientaram (de forma amigável, antes mesmo de ter tido a primeira experiência sexual) sobre as questões de contracepção e infecções sexualmente transmissíveis; *“cai sempre no uso da camisinha”*; *“o que está em jogo do uso e não uso do negócio”*

**04 - Autorretrato** - parcialmente literal/meio simbólico; **(a) olho direito**, simboliza característica de ser observador, de querer se adaptar a situação, de estar sempre atento; **(b) barba**, que tem desde a adolescência, *“faz parte de mim”*, tem receio de tirar a barba (medo de ficar feio sem a barba, mas pode ser algo até irracional, porque nem sabe mais como é ficar sem barba)

**05 - Marcas sob a pele e sobre a pele - traçado reto e vertical próximo a região genital**, optou por não falar sobre por ser uma *“coisa pessoal”*; mas quis deixar registrado no seu mapa

**06 - Pontos fortes - (a) informação + acesso + privilégio = escolha informada**; comenta que ter tido tudo isso foi/é um ponto forte; **(b) parceria** afetivo-sexual (namorada), *“talvez [entendesse antes] que era uma questão menos minha do que dela”*; mas, não é isso, apoiou a escolha da parceira quando da inserção do DIU com cobre; para ele DIU com cobre não interfere na prática sexual

**07 - Estrutura de apoio** - contorno de uma mão no ombro direito contendo as palavras que simbolizam apoio (**parceria, família, amigos, experiências anteriores e apoio do todo** [remente apoio da sociedade/por ter noção dos seus direitos]); *“eu acho que eu tive muito apoio inclusive, então isso permitiu que eu sempre tive uma experiência usando o método contraceptivo adequado na hora, sempre que eu tive uma relação”*

**08 - Símbolo pessoal** - contorno de um **coração** (contorno de uma forma mais parecida com a forma anatômica do coração, não coração romântico), simboliza coisas que prefere deixar guardadas no coração - *“do que eu quero pra minha vida, da minha decisão, do que eu penso, do que eu acredito, o que eu gosto e o que eu não gosto, do que eu guardo comigo (...) tá tudo ligado (...), mas eu acho que a decisão e a responsabilidade é minha”*; *“a escolha sai de mim”*

**09 - Desenhando o futuro - (a) seta passado e (b) seta futuro**, simboliza *“o passado que se conecta com o futuro”*; **(c) A perspectiva do futuro não pode se esquecer do passado**, também considerou essa frase como *slogan* pessoal para o momento

**Observações:** durante os exercícios comentou sobre uma reação estranha de familiares, quando descobriram que um familiar (portador de transtorno cognitivo) engravidou um mulher; também pontuou sobre experiência de amigos (quando eram

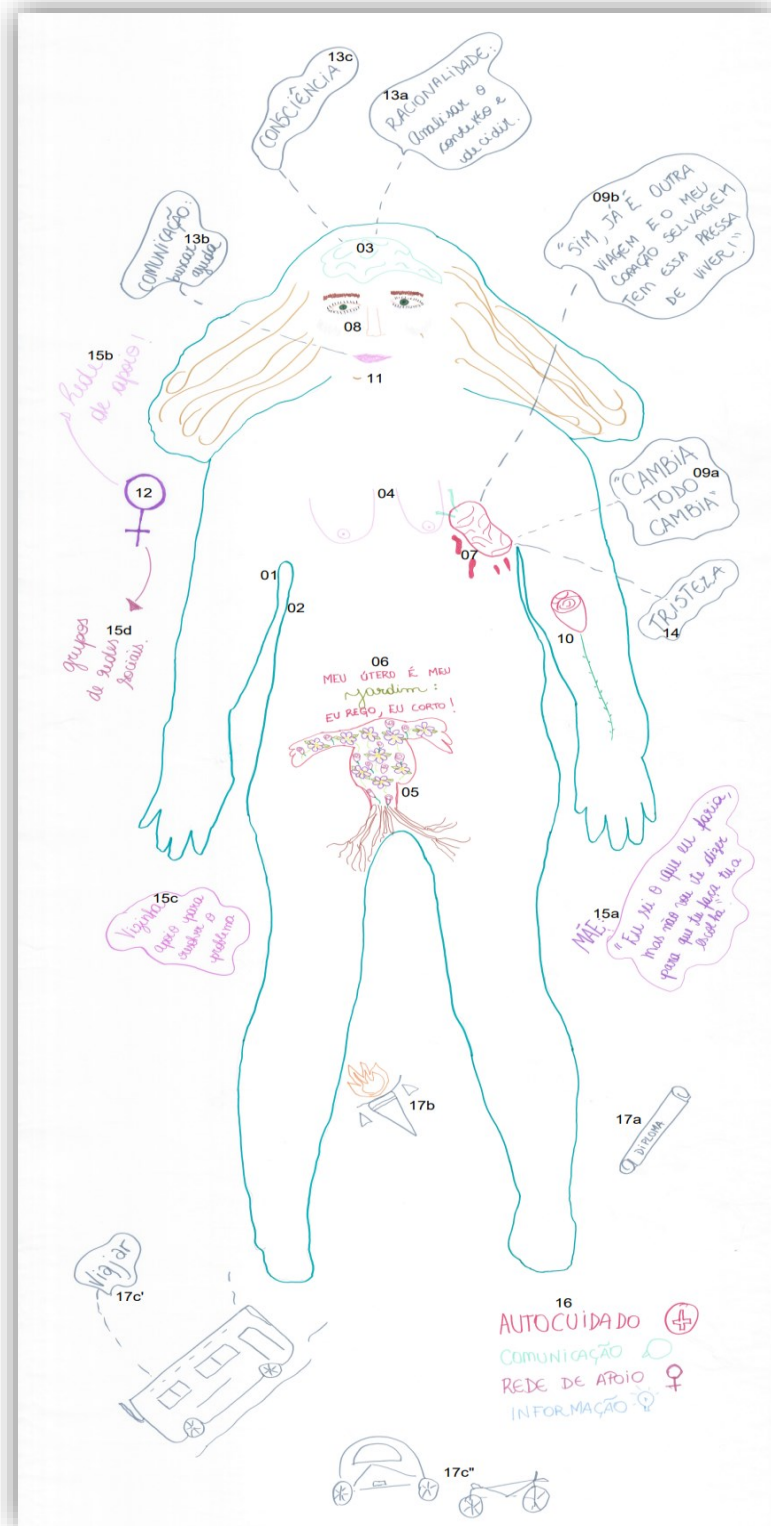
mais jovens) sobre dúvidas de terem engravidado alguma garota (agiam com alívio e comemoravam quando gravidez não se confirmava); falou que antigamente, tinha mais conversas com amigos sobre dúvidas e temores relacionados com a trajetória sexual e reprodutiva; e que também já ponderou realizar vasectomia, mas ideia não foi para frente por “preguiça, talvez”

*“Acho que é interessante o mapa que eu fiz. Ele lida muito com a questão de tempo, que eu acho que é uma coisa que, talvez da minha pessoa, da minha formação seja uma coisa que eu sempre mexo muito, mas vai desde, não sei, desde pequeno, desde mais jovem, das coisas que eu aprendi, das coisas que eu vi, coisas negativas também (...) isso é um ponto (...) acho que desde jovem tive muito acesso a questão de sexo e não só, tipo, acesso ao que seria interessante, legal em uma aula de ciências, mas também de entrar no computador e procurar pornografia, por exemplo, e jovem, então assim, é (...) não sou contra, por exemplo, adultos ter a escolha consentida, mas é (...) talvez não tenha sido a melhor referência quando jovem. Por exemplo, eu descobri sexo por uma pornografia pela internet e aí cada coisa (...) porque a internet é (...) se tu mente a idade está livre para tu achar qualquer coisa e aí não sei, informações, é poderia chamar até chamar de informações perigosas talvez, informações talvez que não sejam necessárias para a pessoa. Eu não diria que dificultou, mas me fez refletir também, não digo que eu só tive exemplos negativos de ver, pelo contrário, descobri também o corpo das pessoas, descobri o corpo do homem que só conhecia o meu, que via outros corpos masculinos e outros corpos femininos, vi corpos, inclusive, quando se misturam o próprio gênero. Eu acho que uma coisa é (...) talvez não tenha sido negativo, também vi ali e pensei ‘acho que isso não é necessariamente como o sexo funciona com pessoas normais’ (...) ‘o que eu estou vendo aqui é mais uma performance do que qualquer outra coisa’. E quando jovem, ainda bem que tive esse discernimento, mas acho que outras pessoas não têm [...]. E eu acho que ele é legal porque ele captura os tempos, mas ele faz com que os tempos estejam conectados também, eles não tão simplesmente, o passado, o futuro, o presente não é só como se fosse o passado acumulado e tá o presente, mas sim o presente é subserviente do que aconteceu antes e tá sempre ressignificando o futuro também. A experiência que passou atrás não é só (...) não está estática, ela está sempre buscando (...) enfim, mas é mais ou menos isso (...) não é uma hierarquia, eu diria (...) acho que é isso, não sei, o que mais eu posso falar sobre (...) acho que está bom, gostei, gostei (...) gostei do resultado, foi legal.”*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **homem cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **27 anos**; escolaridade: **superior completo**; estado civil: **união estável**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: parceira fixa usa **DIU com cobre**.

6.1.4 Mapa Corporal Narrado 04

Figura 8 – Mapa Corporal Narrado 04



Fonte: elaborado por participante 04 e autora

**01 - Contorno corporal** – postura de **frente**; *“mas, talvez não tão aberta assim”*; **braços e pernas mais recolhidos**

**02 - Cor do contorno** - cor de preferência entre o azul e verde (**azul petróleo**)

**03 - Símbolo de um cérebro** - marca um momento constrangedor que viveu na adolescência, quando foi interrogada pelo seu pai sobre os seus relacionamentos afetivo-sexuais; *“foi quase um me colocar contra a parede”*; *“não foi uma coisa construída”*; *“uma coisa meio inquisitiva”*; *“não tinha essa naturalidade pra tratar dessas coisas com o meu pai”*; a postura da mãe nesse episódio foi de ficar mais reservada

**04 - Símbolo das mamas** - marca episódio na infância, durante uma brincadeira com a sua mãe, onde se negou a fazer o *“papel”* da mãe (da provedora); sinaliza que isso já demonstrava (ainda que inconscientemente) sua noção sobre maternidade; *“me pareceu uma ideia tão horrível”*; comenta que acredita que a gravidez da sua mãe (onde resultou o seu nascimento) *“foi um acidente; é que foi meio sem querer”*

**05 - Símbolo de um útero** - relato das experiências de dois abortamentos; no primeiro episódio acredita que foi um *“lapso assim de descuido”*; usava camisinha, mas como o parceiro era namorado não usava em alguns momentos; *“éramos menos cuidadosos”*; também fazia certo controle do período fértil e coito interrompido; nesta primeira experiência sua mãe apoiou dizendo *“eu sei o que eu faria, mas eu não vou te falar, porque tu vai decidir o que tu vai fazer”*; tentou usar pílula anticoncepcional, mas não se adaptou; então, fazia coito interrompido também no novo relacionamento; quando engravidou pela segunda vez pensou *“de novo, eu não aprendi nada com isso que aconteceu”*; sentiu vergonha e culpa; essa segunda experiência foi bem triste, por conta de estar em um relacionamento abusivo, *“a minha relação tá uma merda, como é que eu deixei isso chegar nesse ponto”*; e por ter que enfrentar posturas e comentários dos profissionais de saúde sobre a inviabilidade fetal, *“eu tive que contar uma mentira que foi uma forma de eu me sentir um pouco mais protegida”*; *“é muito difícil lidar com o olhar do outro”*

**06** - A frase (máxima) que utiliza é **Meu útero é meu jardim: eu rego, eu corto!**; entende o útero com um local de escolha; no momento não está usando anticoncepcional de forma regular, após segundo abortamento fez uso de anticoncepcional trimestral injetável, mas não se adaptou devido efeitos secundários; considerou inserir DIU com cobre, mas por conta da pandemia da COVID-19 não conseguiu agendar atendimento para inserir o dispositivo; está sem parceiro fixo no momento, usa preservativo quando tem relação sexual eventual; mas, já precisou recorrer a contracepção de emergência em algumas situações; acredita que se nova experiência de abortamento acontecer seria *“algo muito surreal assim”*; acrescenta *“ah, não passaria por isso de novo”*

**07 - Símbolo de um coração com gotas** - simboliza emoção e violência, *“eu mesmo que praticava comigo”*

**08 - Autorretrato literal** – ressalta as **olheiras**, não gosta mais aceita, demonstram preocupação e agonia; **face rosada** (registro no mapa ficou quase que imperceptível) em momentos que se sente envergonhada; **olhos** deveriam ter sido feitos mais **arregalados**, *“mas tudo bem, é só uma representação”*; diz ser bem **sorridente**

**09 - Slogan pessoal** - saindo do coração escreve **(a) Cambia todo cambia**, remete à ideia de que tudo sempre tem movimento e tudo sempre muda; **(b) Sim, já é outra viagem e o meu coração selvagem tem essa pressa de viver**, remete à vontade de viver outras coisas, que tem muito mais vida pela frente

**10 - Símbolo pessoal** - uma **rosa**; porque tem algo sobre esse símbolo em parte do seu nome; mas que também representa *“paixão, amor, mas ela também tem espinhos, então é uma coisa bem dolorida; eu sou muito emocional”*

**11 - Marca sobre a pele** - **cicatriz no queixo** simboliza queda de bicicleta com o namorado *“zero responsabilidade”*, acredita que tem relação com a temática essa cicatriz porque se deixou levar pelo momento

**12 - Marca sob a pele** - **símbolo do Feminismo**, remete ao meio/instrumento/movimento que apoia no aprendizado que está tendo para se olhar, se cuidar, se respeitar mais enquanto mulher; fala em cultivar a autonomia, tudo isso porque se machucou muito, *“muitas vezes eu me violentei no sentido de não ter mais cuidado comigo, de não me colocar talvez num primeiro plano, de me colocar um pouco à mercê dos outros”*

**13 - Pontos fortes** - **(a) racionalidade**, porque analisa racionalmente o contexto para tomar as decisões; **(b) comunicação**, ser comunicativa ajudou a encontrar caminhos; **(c) consciência** das coisas que precisou e que precisa fazer

**14 - Ponto fraco** - sentimento de **tristeza** por ter passado por algumas situações

**15 - Estruturas de apoio** - **(a) mãe**, retoma frase dita pela mãe na primeira experiência de abortamento; **(b) rede de apoio no Feminismo**; **(c) vizinha**, suporte para ajudar a resolver a questão da segunda gravidez; **(d) grupo de redes sociais**

**16 - Mensagem para os outros** – escreve as palavras **autocuidado, comunicação, rede de apoio e informação**; *“primeiro de tudo pra cuidar do corpo, como se fosse um templo mesmo, se colocar no primeiro lugar, não ter medo de buscar ajuda, de conversar sobre isso, buscar redes de apoio e informação sobre todos os métodos possíveis que têm e sobretudo eu acho que eu pesaria muito na questão do aborto mesmo, do aborto como (...) não como um crime, mas como uma possibilidade real”*

**17 - Desenhando o futuro** - **(a)** concluir a graduação (**diploma**); **(b)** atuar na profissão que escolheu (**símbolo da profissão**); **(c')** vontade de viajar (**ônibus**), conhecer lugares, mas, não de avião, desenhou **(c'') carro e bicicleta**; *“eu penso muito nisso, penso muito pra frente, então acho que qualquer coisa que possa interromper assim os desejos mais latentes (...) eu fico meio (...)”*

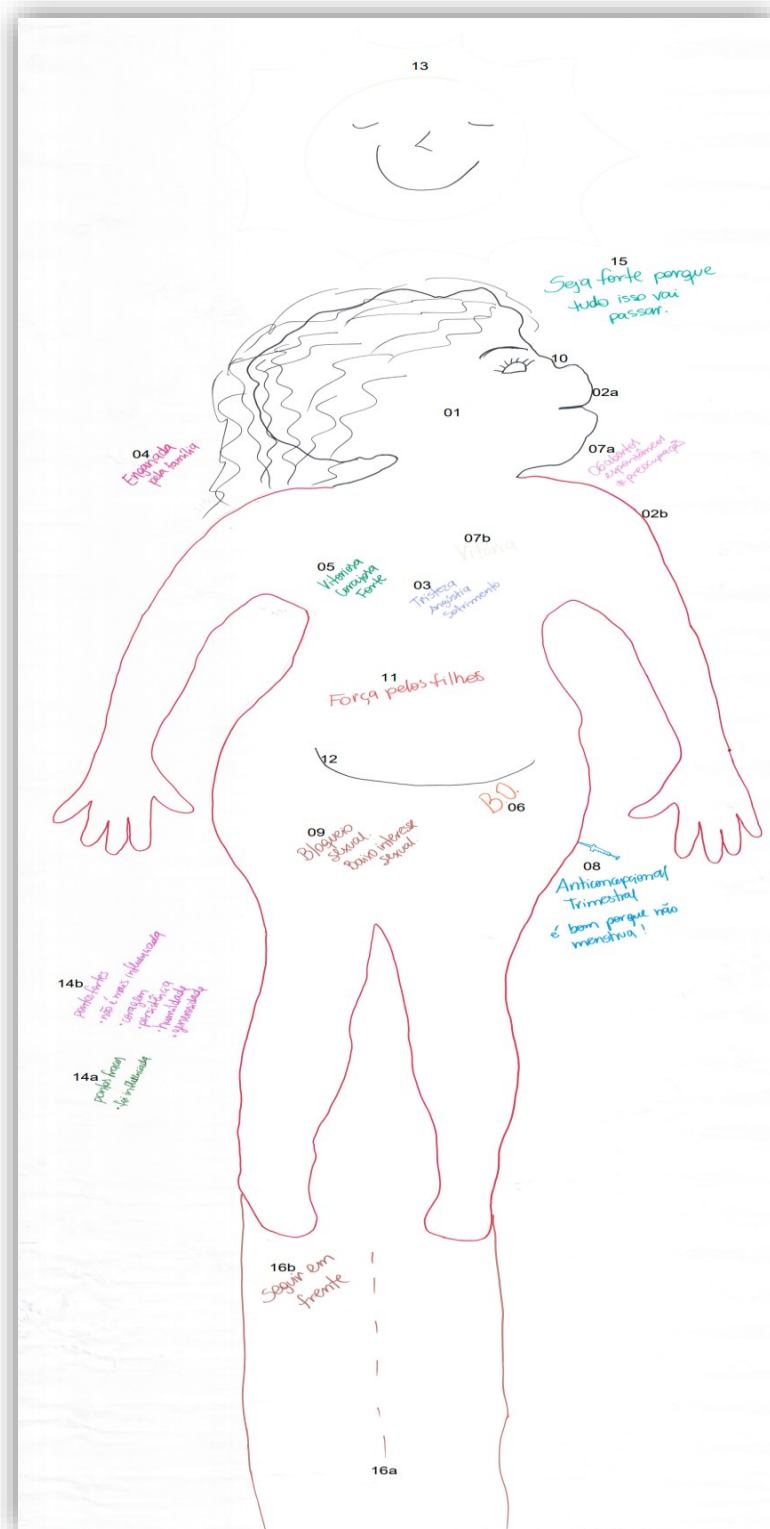
**Observação:** não considera que teve apoio dos parceiros durante as experiências de abortamento, apesar de estarem presentes fisicamente; considerou que eles foram mais um entrave do que um apoio; não desenhou nada no mapa sobre eles diretamente, “*acho que não, porque nas duas situações eu não estava me sentindo tão apoiada, tanto é que eu nem lembrei de falar deles*”

*“[O mapa] conta então de uma pessoa que pensa muito, que pensa muito e que as decisões elas ficam muito tempo aqui [aponta para o cérebro] remoendo por aqui, o que deve ser feito e o que não deve ser feito. Mas, que também tem uma emoção muito forte e que às vezes é meio dolorida e isso conta muito. Acho que aqui [aponta para o útero] é um momento em que eu me encontro mais autônoma assim, eu decidi sobre ele muitas vezes, duas vezes. Então, por isso essa frase ‘meu útero é o meu jardim eu rego eu corto’. Então, o útero tem essa simbologia também de poder de escolha. Tem essa potência. [...] Também da necessidade de ter as redes de apoio, de uma pessoa que procura em redes de apoio, que procure se comunicar e estar consciente das decisões. Que [a pessoa] procure informações, mesmo que sejam nas redes sociais, com gente desconhecida. E que vislumbre outras coisas assim, que seja para fora do corpo, que seja não numa vida baseada só nas escolhas corporais assim de tipo ‘ah, ter filhos ou não sei o quê’, mas que tenha outras coisas. [...] Que inclusive tá relacionado com isso [sonhos] porque muito do que foi decidido aqui [no útero] e foi decidido aqui [no cérebro], foi pensando nessas coisas aqui [perspectivas para o futuro], foi pensando em querer ter uma profissão que me fizesse sentido e que não fosse mais como todas as outras ocupações que eu tive, que foram em comércio, em qualquer comércio e me desgastando e sabendo que eu poderia tá em outras áreas, que eu tinha ideias para isso. [...] Eu realmente não coloco coisas materiais, porque não é a minha vontade e porque eu justamente meio que me sinto meio nômade, no sentido que eu nunca pensei ‘ah, uma casa não sei o quê, um carro não sei que lá’. Os meios de transporte que eu coloquei são justamente para poder viajar, não são para ter, sabe? [...] Então, acho que diz muito disso assim de centralizar no corpo as escolhas, no corpo não físico, no corpo em si, as suas próprias escolhas. Então eu acho que é meio por aí de que cuidar dele para evitar que sejam processos doloridos ou que interrompam vontades, sonhos e projeções (...) acho que meio que por aí.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **27 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **coito interrompido** ou parceria sexual (eventual ou fixa) fará uso de **preservativo masculino**.

## 6.1.5 Mapa Corporal Narrado 05

Figura 9 – Mapa Corporal Narrado 05



Fonte: elaborado por participante 05 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente\*** e **aberta** para o mundo, “*eu aceitei a vida ou o mundo como é*”

**02 - Cores para o contorno corporal** - **(a)** contorna a cabeça com a **cor preta**, simboliza que a mente está ruim (devido problemas pessoais/familiares); **(b)** e o **corpo de vermelho**, simboliza amor, alegria, gratidão e superação que teve na vida

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - marca as palavras **tristeza, angústia e sofrimento** na altura do coração, quando relata sobre ter engravidado pela primeira vez na segunda relação sexual da sua vida, não usava anticoncepcional; “*a gente não pensou em usar, porque não pensamos em usar nada*”; engravidou aos 16 anos; tentou abortar tomando um “*porre*”, mas não funcionou; foi morar junto com a família do parceiro (na época ele tinha 19 anos; comenta que parceiro ficou bravo pela tentativa de abortamento); sofreu maus-tratos dos familiares do parceiro durante a gravidez; também pontuou ter sofrido abuso sexual na infância

**04 - Enganada pela família** - frase escrita sobre o ombro direito para representar a experiência que teve após episódio de uma segunda gravidez, engravidou por volta de 12 meses após a primeira gravidez, desta vez familiares do marido, levaram-na para fazer um aborto clandestino “*com agulha*”, ficou com a sensação de ter sido enganada, por terem colocado a sua vida em risco; depois deste episódio passou usar coito interrompido como prática contraceptiva

**05** - No outro lado do peito, marca as palavras **vitoriosa, corajosa e forte** que simbolizam uma nova experiência de gravidez (+/- 4 anos após a primeira), onde se posicionou firmemente frente a alguns familiares que tentaram induzir novo abortamento; durante essa terceira gravidez não teve apoio da família do marido, mas após o nascimento da criança familiares “*morreram de amor*” pelo bebê; depois passou usar anticoncepcional para fase da amamentação, em seguida trocou para anticoncepcional oral combinado; comenta que tinha/tem relação sexual por ter, porque na verdade não tinha/não tem prazer, nunca teve orgasmo, atribui isso ao fato de ter sofrido abuso sexual na infância

**06** - escrito **BO** (sigla significa Boletim de Ocorrência) na região do ventre; para marcar experiência que teve em um novo relacionamento, onde foi abusada e roubada. Engravidou pela quarta vez em decorrência deste abuso sexual, fez BO para tentar fazer aborto; descobriu identidade falsa deste parceiro; não conseguiu fazer aborto pela via legal; fez uso de 10 comprimidos de Cytotec® (origem clandestina); foi apoiada pela sua família para contornar essa situação; depois manteve uso de anticoncepcional oral combinado

**07** - Em um novo relacionamento, marido pedia por um filho; relutou em aceitar essa possibilidade, mas depois entendeu que seria importante também para ela ter outro filho; passou por **(a) 06 episódios de abortamento espontâneo #preocupação** (expressões escritas sobre o ombro esquerdo), acredita que abortava por conta de preocupações com o marido; fez tratamento em setor de fertilização de um hospital público; acabou engravidando da filha mais nova **(b)**



sinaliza que isto foi uma **Vitória**; depois passou a usar anticoncepcional injetável trimestral

**08 - Símbolo da injeção** - simboliza o método anticoncepcional escolhido; anticoncepcional injetável trimestral (Medroxiprogesterona); usa até hoje, gosta do método, se adaptou bem porque não menstrua; não percebe que outros efeitos secundários do método usado atrapalhe a sua vida

**09 - Escrito Bloqueio sexual; baixo interesse sexual** na região do ventre; fala da falta de interesse sexual, reforça que nunca teve interesse sexual, nos últimos tempos piorou; antes tinha relação sexual para agradar o marido, agora não mais; não gosta de ser elogiada por homens; retoma novamente história de abuso na infância

**10 - Autorretrato** - primeira vez que a participante quis inserir/desenhar os elementos no mapa, acabou fazendo um olho, traçado da boca para o lado (mas inicialmente a face era para frente); optou por deixar assim; também fez os cabelos

**11 - Estruturas de apoio** - nega que tenha tido apoio; foi forte por si mesma e, principalmente, pelos filhos; **Força pelos filhos**, escrito no centro do corpo

**12 - Marca sobre a pele** - marca da **cicatriz das cesáreas** (03 cesáreas); odeia, incomoda no verão, porque *“fica em carne viva; fede”*; diz estar aguardando abdominoplastia; não foram inseridos novos elementos para remeter a marcas sob a pele, por conta de tudo o que foi dito anteriormente

**13 - Símbolo pessoal** – desenha um **sol**, porque ora brilha, ora se guarda

**14 - Pontos fracos e pontos fortes** - (a) Ponto fraco: **foi influenciada**; (b) Pontos fortes: **não é mais influenciada; coragem; persistência; humildade; generosidade**

**15 - Mensagem para os outros** - **Seja forte que tudo vai passar**, escrito perto da cabeça

**16 - Desenhando o futuro** - (a) traçado de um **caminho em frente** do corpo (simbolizando para continuar a caminhada); (b) **Seguir em frente**, escrito dentro desse caminho

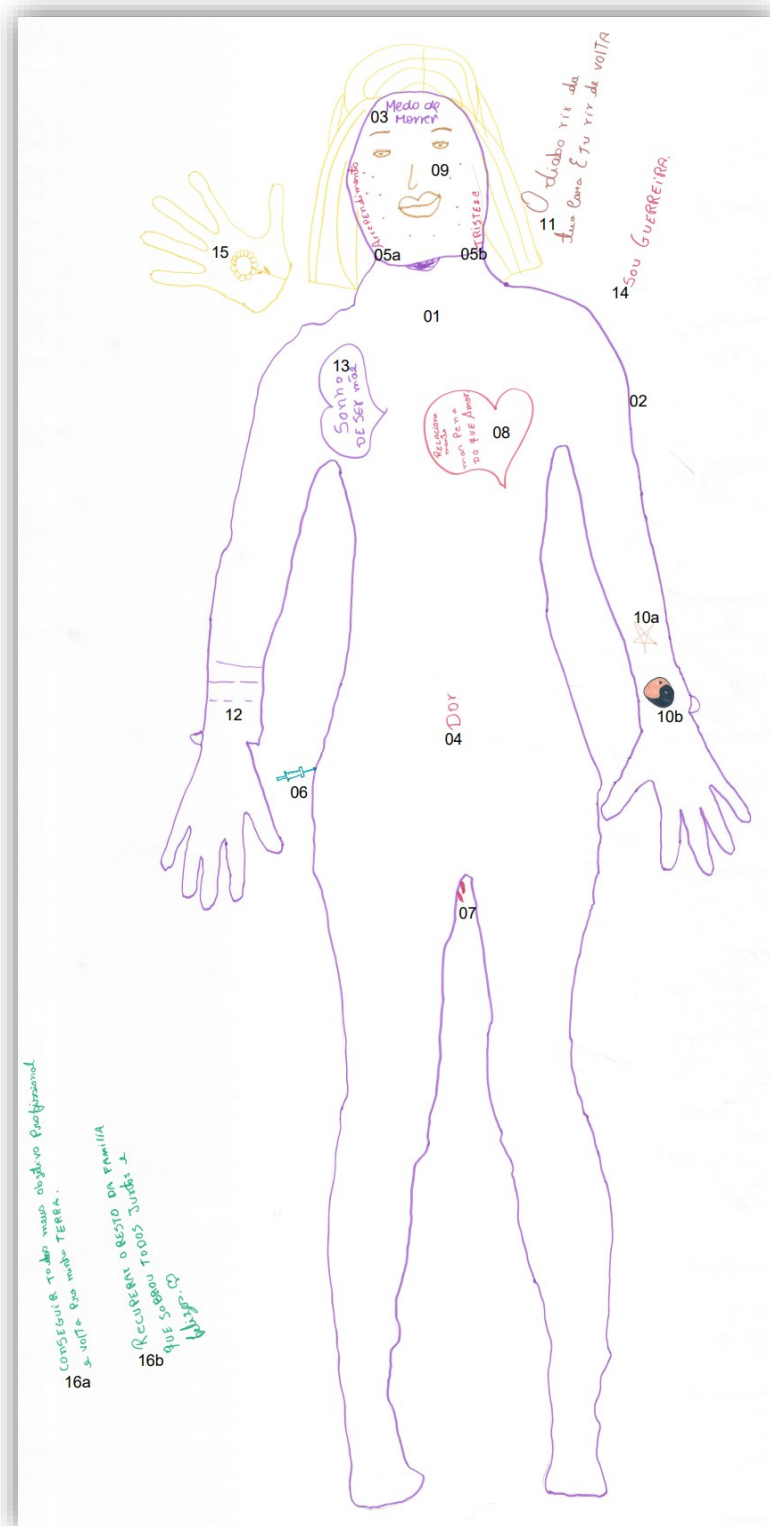
**\*(no decorrer dos exercícios face foi desenhada para lateral/erro de perspectiva, uma vez que, se posicionou de frente no mapa)**

*“É que para falar a verdade é muita coisa (...) é complicado, meu Deus. Então, é como eu te falei o sol é os meus altos e baixos, às vezes eu tô muito bem, e de vez enquanto eu tô muito mal mesmo, quero me esconder do mundo e de todos, assim, sabe? Esse ser forte porque tudo vai passar é a mensagem que eu deixo para as pessoas. E, aquela parte ali que eu fiz uma coisa, que não podia ter feito [primeiro aborto induzido], hoje em dia eu sei do meu erro, que eu errei, que eu não podia ter sido enganada e da forma que foi, que eu podia ter morrido. Podia ter morrido. Eu me sinto vitoriosa, sim. Corajosa e forte, porque (...) Por quê? Porque eu sou assim. Eu sou assim [...] que eu fui corajosa, por enfrentar eles sim, eu fui eu enfrentei eles, eu fui corajosa, verdade. Por ser vitoriosa, porque eu na vida fui guerreira, fui vitoriosa, porque eu persisti e eu consegui ter ela [remete a última filha]. Essas tristezas e angústias (...) da primeira gravidez, sim (...) por eu ser forte também. Eu falei para ti que ninguém me deu força. Ninguém falou assim ‘tudo isso vai passar’, ninguém. Eu fui por eu mesma sendo forte, porque eu tinha que ser forte por causa dos meus filhos. [...] Esse bloqueio sexual deve ser (...) com certeza é do que aconteceu de criança quando do ato sexual com o (...) que eu tive, do estupro e também do meu corpo e também porque se tu (...) para tu transar tens que tá com a mente boa. Eu não tô com a mente boa faz tempo, então eu não (...) eu penso em tudo o que aconteceu, por isso que eu não consigo e também não sinto falta. Eu quero ter vontade, quero, por isso que eu vou seguir em frente. Que é gerar o meu objetivo de seguir em frente, porque se ele é bom [sexo] eu também quero saber se é bom. E daí eu tô com esse anticoncepcional, que eu uso de três em três meses, porque me faz bem, eu gosto. É uma coisa que eu me sinto bem, eu não engordo, eu não sinto é enjojo nada, porque tem gente que sente cólica, tem gente que fica chata, não acontece nada comigo. E os pontos fracos é (...) e os pontos fracos é que eu fui muito influenciada até quando eu era (...) até os meus trinta anos eu fui influenciada (...). E [agora] eu bato o pé, eu não sou mais influenciada, eu sou dona (...) se eu faço coisas erradas, eu vou (...) não eu fiz, eu peço desculpa, mas não (...), mas assim (...) pra mim se pedra é pedra e deu (...) se a pessoa falar que não, não (...) eu já vou falar que é pedra e deu, porque eu sou meia teimosa agora. Os pontos fortes é não sou influenciada, sou corajosa, sou persistente e também eu sou (...) tem mais uma coisa que eu sou (...) corajosa, persistente e eu sou muito humilde, sabe? Porque eu ajudo muitas pessoas, eu (...) é, porque eu (...) eu (...) quando eu [trabalho], eu vou ao mercado, compro uma cesta básica e dou, porque lá em cima [comunidade onde mora] é muita gente que precisa, sabe? Então, assim às vezes eu tiro (...) isso é ser generosidade? (...) porque às vezes eu não tenho para mim, sabe?”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **preta**; idade: **40 anos**; escolaridade: **ensino fundamental completo**; estado civil: **casada**; **com filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **anticoncepcional injetável trimestral (Medroxiprogesterona)**.

### 6.1.6 Mapa Corporal Narrado 06

Figura 10 – Mapa Corporal Narrado 06



Fonte: elaborado por participante 06 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura **de frente**; diz ser reservada, mas não 100% reservada; *“mas não encaro tudo”*; *“tem uma confissão, meu marido não sabe que estou usando anticoncepcional”*

**02 - Cor do contorno corporal** – **roxa**, porque gosta

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - **Medo de morrer** escrito na parte superior da cabeça, simboliza o pensamento que tinha devido situação vivenciada na adolescência por volta dos 13-14 anos, onde sofreu um aborto espontâneo; nem sabia que estava grávida; na época tinha uma *“vida louca”*; *“eu não entendia o que era gravidez”*; *“nunca ninguém orientou nada”*; mãe falava só para ter cuidado, mas não orientou concretamente sobre esse tema; *“eu nunca usei preservativo”* (se corrige, acrescentando que talvez usou uma ou duas vezes só para experimentar)

**04 - Dor** - palavra escrita na região do ventre para simbolizar a experiência que teve após fazer uso da pílula do dia seguinte devido relação sexual sem proteção, com parceria extraconjugal, já que marido não pode ter filhos; inicialmente, essa experiência extraconjugal aconteceu devido episódios de separação recorrentes; sente-se mal por conta disso; também tentou ter essa experiência para verificar se a questão do baixo interesse sexual era somente algo com marido ou se era algo também relacionado com outra pessoa; concluiu que o problema é com ela, porque realmente não gosta de ter relação sexual; *“às vezes eu faço o que precisa só por fazer”*

**05 - Palavras na face (a) Arrependimento e (b) Tristeza** para simbolizar as experiências da relação extraconjugal e conjugal

**06 - Símbolo de uma seringa**, como se a injeção estivesse sendo aplicada; para remeter a experiência de uso do método anticoncepcional injetável trimestral (Medroxiprogesterona), que se fez necessário para prevenir/evitar uma gravidez da relação extraconjugal; comenta que já chegou a fazer uso deste método para poder dar uma encorpada/engordar)

**07 - Símbolo de gotas de sangue** saindo como que pela via vaginal; para simbolizar sangramento de escape devido uso da Medroxiprogesterona; sangue incomoda; marido desconfia

**08 - Escreve dentro de um coração – Relacionamento mais pena do que amor**, para sintetizar tudo o que vem sentindo com relação ao relacionamento conjugal; comenta sobre depressão; sente-se sozinha

**09 - Autorretrato** – fala *“Odeio o meu rosto”*, acha que tem o semblante de mais *“fechada”*; ressaltou os olhos; fez pontinhos amarelos, para simbolizar as espinhas (acne); *“se minha pele fosse limpa, eu era direto confiante”*

**10 - Símbolos pessoais** - desenhados no braço esquerdo **(a) Estrela** relacionado com espiritualidade e **(b) Do bem e do mal** (Yin e Yang); *“eu penso que é porque na verdade todo mundo tem um pouquinho do mal, todo mundo tem um pouquinho do bem”*

**11 - Slogan pessoal** – letra de música - **O diabo ri na tua cara e tu ri de volta** - relacionado com as injustiças e fases ruins que superou/superará; *“tu passa pela fase ruim, aí tu riu dele”*

**12 - Marcas sobre e sob a pele** - marcas do corte no pulso direito devido tentativa de suicídio; *“só vivo por viver”*; conta sobre abuso na infância (não se recorda o que aconteceu; mas lembra que este assunto era comentado na família); sobre violência doméstica sofrida pela mãe, que era perpetrada pelo padrasto; sobre situação de rua que vivenciou para escapar da situação de violência; que já usou drogas; que fugia de casa; sobre o falecimento da mãe (sentiu-se culpada por responsabilizar a mãe por toda a situação vivenciada); avalia que hoje sente mais (sofre mais) por tudo isso que vivenciou, do que na época, propriamente (porque não tinha noção); sente-se sozinha (não tem nenhum ombro para chorar); marido não acredita/não valoriza o sofrimento dela (é machista); não tem bom relacionamento com família do marido; preocupação com irmão mais novo (que é usuário de droga); não gosta do pai; *“não lembro, não lembro ele com a gente; nunca, nunca criou a gente, nunca; a minha mãe tem 03 filhos, mas cada um com um pai”*

**13 - Sonho em ser mãe** escrito dentro de um **coração**; acredita que sendo mãe teria um motivo para viver; *“se eu tiver um filho a vida (...) vida de bom, sentido bom”*

**14 - Ponto forte** – escreve **Sou guerreira** (fora do corpo), relata desafio de mudar de Estado, para construir nova vida; não planejou a mudança, mas veio para trabalhar; **Ponto fraco** - *“Acho que não tenho ou tenho e não sei dizer agora”*

**15 - Estrutura de apoio** - colega de trabalho, que estimulou continuar os estudos e apoiou na vida como um todo (traçado de uma **mão amarela** [que é a cor preferida dessa pessoa] e um **girassol** no meio); *“e eu me dediquei mais; eu [pensei] ‘vou me dedicar mais, por causa [dela]. Meu Deus, eu não vou decepcionar ela, não vou’ (...)”*; família do marido não apoiou, inclusive agravou certas situações

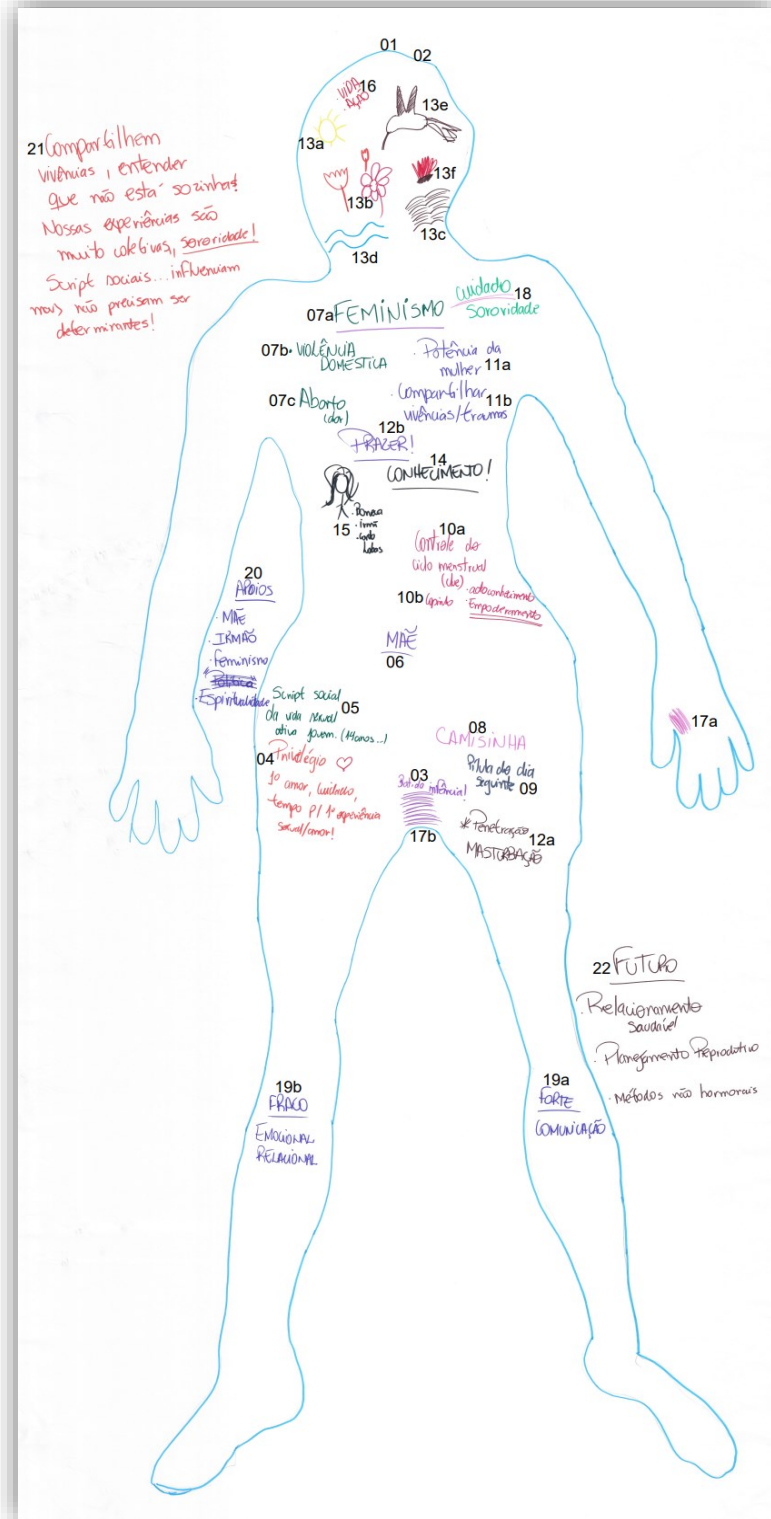
**16 - Desenhando o futuro** - **(a) Conseguir todos os meus objetivos profissionais e voltar para a minha terra**; ou seja, concluir estudos; fazer cursos; retornar para o seu Estado de origem; **(b) Recuperar o resto da família que sobrou, todos juntos e felizes**

*“A gente vendo assim (...) meu Deus, a gente passa por tudo isso desenhado. Porque tudo isso que está desenhado só passa aqui na cabeça. Meu ponto forte foi mais começar com a pessoa que tu realmente ama, porque se eu amasse de verdade o (...) eu não tinha essa tristeza, esse arrependimento, entendeu? Essas coisas que eu fiz também (...) se ele pudesse me dar um filho já estava realizada não acontecia esse perigo de querer de ficar com outra pessoa não acontecia essas coisas que eu não gosto, que é o sangramento. Medo de morrer foi muito antes de eu encontrar ele; é eu acho que o principal é tu encontrar a pessoa que tu gosta de verdade aí não acontecia isso daqui também (...) marca no pulso porque tu já é realizada como mãe não ia se cortar (...) pra mim (...) tu ia ser feliz (...) tu ia ser uma pessoa muito feliz (...) e o meu objetivo final ir bem profissionalizada e ter minha família de volta na minha terra.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **assexualidade**; raça autodeclarada: **amarela**; idade: **26 anos**; escolaridade: **ensino médio incompleto**; estado civil: **união estável**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **anticoncepcional injetável trimestral** (Medroxiprogesterona) e também faz uso de **contracepção de emergência** (pílula do dia seguinte), quando necessário.

### 6.1.7 Mapa Corporal Narrado 07

Figura 11 – Mapa Corporal Narrado 07



Fonte: elaborado por participante 07 e autora

**01 - Contorno corporal** - *“eu me vejo de frente e de braços abertos, talvez eu esteja refletindo muito”*; comenta que recentemente foi consultar com ginecologista; decidiu que não quer inserir DIU com cobre neste momento, devido relato de amigas que usam este método e relatam efeitos adversos; também não quer usar hormônios para anticoncepção

**02 - Cor do contorno** - azul; porque gosta da cor

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - *“batida na infância”* (acidente com bicicleta), fez um símbolo **tracejado em roxo** na região genital; sentiu vergonha e constrangimento por não conseguir contar para as crianças que estavam junto com ela sobre o que tinha acontecido; foi para casa, chorou muito devido a dor e contou para sua mãe, que brigou com ela por ter se machucado

**04** - Escreve as palavras **Privilégio, 1º amor, cuidado, tempo para 1ª relação sexual/amor** próximo da região do ventre (lado direito), acrescido do símbolo de um **coraçõzinho**, tudo para simbolizar a primeira relação sexual; conta que teve sete tentativas antes de acontecer a penetração propriamente dita; tinha medo da dor; primeiro namorado usou preservativo masculino; ter relação sexual com preservativo era algo dado como certo, devido orientação que era passada em casa, através da orientação que o irmão mais velho recebia da mãe e que ela acabava ouvindo também; assim como pelas orientações de educação sexual que tinha escola; contou para sua mãe quando da primeira relação sexual, a mesma ficou decepcionada por ela ter iniciado vida sexual cedo; foi levada para consultar com ginecologista que prescreveu anticoncepcional; ao contar para o pai sobre o acontecido sua mãe informou que ela iria *“começar a tomar anticoncepcional e tudo mais”*

**05** - Acima da frase anterior escreveu **Script social da vida sexual ativa jovem (14 anos...)**, ainda para discorrer sobre o início da vida sexual; remetendo a ideia de ter sido condicionada pelo contexto social (amigas e amigos já tinham iniciado a vida sexual) para iniciar sua vida sexual também

**06 - Mãe**, palavra escrita no centro do corpo, para simbolizar a presença da mãe nestes momentos da *“batida de bicicleta”*; por ter contato da primeira relação sexual; por ter uma relação de confiança e tranquilidade com a mãe; sente-se privilegiada neste sentido, porque vê *“como as pessoas têm problemas com os pais de falar coisas”*

**07** - No peito, para ficar *“estampado”*, porque *“é isso que eu quero levar pra mim”*, escreve as palavras **(a) Feminismo**, comenta que teve contato com o movimento Feminista na faculdade; **(b) Violência Doméstica**, para remeter a história vivenciada pela irmã; conta que a irmã sofria em uma relação abusiva, mas que *“não era da vontade dela sair daquele contexto, mas era como combater naquele contexto”*; reflete *“como a gente se prende em relacionamento”*; e **(c) Aborto (dor)**, considerando que teve contato com três histórias de mulheres que experienciaram abortamento; *“todas as três com contextos diferentes, todas as três não eram meninas 100% sem condições de ter acesso a pílula, descobriram caminhos e tudo mais, mas o sofrimento e a dor de vivenciar isso”*



**08** - Escreve a palavra **Camisinha**, próximo a região do ventre (lado esquerdo), simboliza *“um negócio que sempre caminha com o meu método”*; *“ela é minha proteção”*

**09 - Pílula do dia seguinte**, escreve abaixo da palavra camisinha, porque teve que fazer uso por duas vezes, primeira vez foi com parceira fixa (namorado) quando a camisinha rompeu (ficou indignada), estava no período fértil; na segunda vez foi com parceira eventual, menciona que foi a primeira experiência em que foi pedida para ter relação sexual sem camisinha (depois deste episódio, soube que isso é algo que costuma ser comum de acontecer com suas amigas/outras mulheres), não aceitou, contudo durante o ato sexual “o cara” percebeu que a camisinha “caiu”; se revoltou; se sentiu violentada; teve poder de reação, interrompeu a relação sexual e se posicionou confrontando o rapaz; não estava no período fértil nesta ocasião, entretanto por conta de estar abalada emocionalmente com o ocorrido, fez uso da contracepção de emergência

**10** - Sobre conhecer o ciclo menstrual, escreve **(a) Controle do ciclo menstrual (Clue®)**, *“isso é legal, anotar, porque toda vez que eu tenho relação sexual, aí marquei lá em novembro quando aconteceu de eu tomar a pílula do dia seguinte, marquei agora, então, eu tenho um histórico disso tudo”*; **(b) Copinho**, conta que começou a usar coletor menstrual, mas ainda usa absorvente, acredita que demorou a usar o coletor por conta de questões envolvendo penetração e/ou a memória da batida na infância; *“e agora falando eu lembrei [o] porquê (...) porque o copinho é uma coisa que tá dentro e eu tenho um pouco disso pra coisas que tão dentro; eu acho que tem a ver com isso [batida na infância]”*

**11 - (a) Potência da mulher** escrito próximo da palavra Feminismo; também relaciona o termo com outras palavras já escritas/marcadas no mapa; **(b) Compartilhar vivências/traumas** também relacionando com a potência feminina (ou para potencializar a potência feminina)

**12 - (a) Penetração e Masturbação**, palavras escritas perto da região genital (lado esquerdo), remetem a ideia de se permitir, se autoconhecer; *“eu mesmo com 29 anos eu acho que eu poderia me autoconhecer mais, mas às vezes me limito”*; elabora a seguinte reflexão *“mas agora pensando na minha trajetória tem uma coisa que eu nunca tinha percebido tanto que isso aqui [aponta para o desenho da batida da infância] tem a ver com tudo, com o meu medo de usar copinho, como o meu medo de usar outras formas contraceptivas, que sejam por exemplo o DIU; e tem a ver até com a minha parte de masturbação, assim (...) talvez um pouco, um pouco de receio de penetração”*; **(b)** acrescenta palavra **Prazer** no centro do corpo

**13 - Autorretrato simbólico e símbolos pessoais** (exercícios realizados em conjunto); desenha na face - **sol**; **flor**; **terra**; **mar**; **beija-flor**; e **fogo**; face traz elementos da natureza *“vida, vida, vida, vida”*; acredita que o seu semblante e comportamento traduzem/demonstram isso

**14** - Escreve a palavra **Conhecimento** no peito; fala de um grupo de mulheres que andam juntas de bicicleta e que tem a palavra Bruxa no nome do

grupo; diz que as bruxas compartilham conhecimento e que o conhecimento é muito importante de ser compartilhado

**15** - Símbolo de uma **Boneca** (tipo Boneca da Abundância), seguida das palavras **boneca, irmã, conto e lobos**, que ganhou de presente da irmã, por conta da sua formatura; faz relação com a irmã que faleceu, faz relação com uma das histórias do livro “Mulheres que correm como os lobos”; remete um símbolo bem real e lembra que a *“gente tem poder”*

**16 - Slogan pessoal - Vida-Ação**

**17 - Marca sobre a pele - (a) marca de queimadura** na mão esquerda; o que chamou atenção foi a relação que colega de laboratório falou sobre essa queimadura, que marcas nessa região tem a ver com problemas de relacionamento; o que fez sentido para ela, na época; **Marca sob a pele - (b) aponta para marca da batida da infância**; *“só que é uma coisa que eu recentemente eu comecei a compreender que essa batida na infância influenciou várias coisas”*

**18** - Acrescenta as palavras **Cuidado e Sororidade** ao lado da palavra Feminismo; onde relata que teve dificuldade em ser acudida pelas amigas que estavam na mesma viagem, quando passou pela experiência de ter sido confrontada para ter relação sexual sem preservativo; sentiu-se muito desamparada nessa situação; aprendizado *“não me colocar em situações que eu possa ficar vulnerável”*

**19** - Nas pernas lista os pontos fortes e fracos **(a) Ponto forte - Comunicação; (b) Pontos fracos - Emocional; Relacional; Insegurança** (não escreveu está última palavra no mapa); contou sobre um episódio recente que ganhou flores e carta com declaração, não soube lidar com isso/teve dúvidas

**20 - Estruturas de apoio - mãe; irmão; feminismo; espiritualidade** palavras escritas perto do braço direito; escreve a palavra **política** logo abaixo da palavra Feminismo, mas resolveu riscar, porque avaliou que não tinha a ver com o seu mapa; fala que a Universidade (principalmente, por ser uma Universidade Federal) apoiou, mas isso já faz link com a palavra conhecimento; cita o apoio do **pai** (pessoa muito importante) mas não insere elementos que remetem ele no seu mapa, porque não vê relação de apoio direto dele com o tema

**21 - Mensagem para os outros - Compartilhem vivências, entender que não está sozinha! Nossas experiências são muito coletivas, sororidade! Scripts sociais... Influenciam, mas não precisam ser determinantes!**

**22 - Desenhando o futuro** - sobre uso de métodos anticoncepcionais irá manter o controle do ciclo menstrual com o aplicativo (Clue®) e usar camisinha; sobre ter filhos, até uns anos atrás não cogitava ser mãe, com o episódio da morte da irmã e do cunhado, ficou refletindo entre ser “mãe” ou tia do sobrinho; compreendeu que é tia do menino, que precisa se estruturar, se organizar; menino está sob os cuidados dos avós paternos; contudo com esse episódio avaliou que *“filho não é um negócio do outro mundo”*; antes não pensava em engravidar, porque tinha aquilo de *“vai estragar o meu corpo”*; agora pensa em ter filhos, não por agora

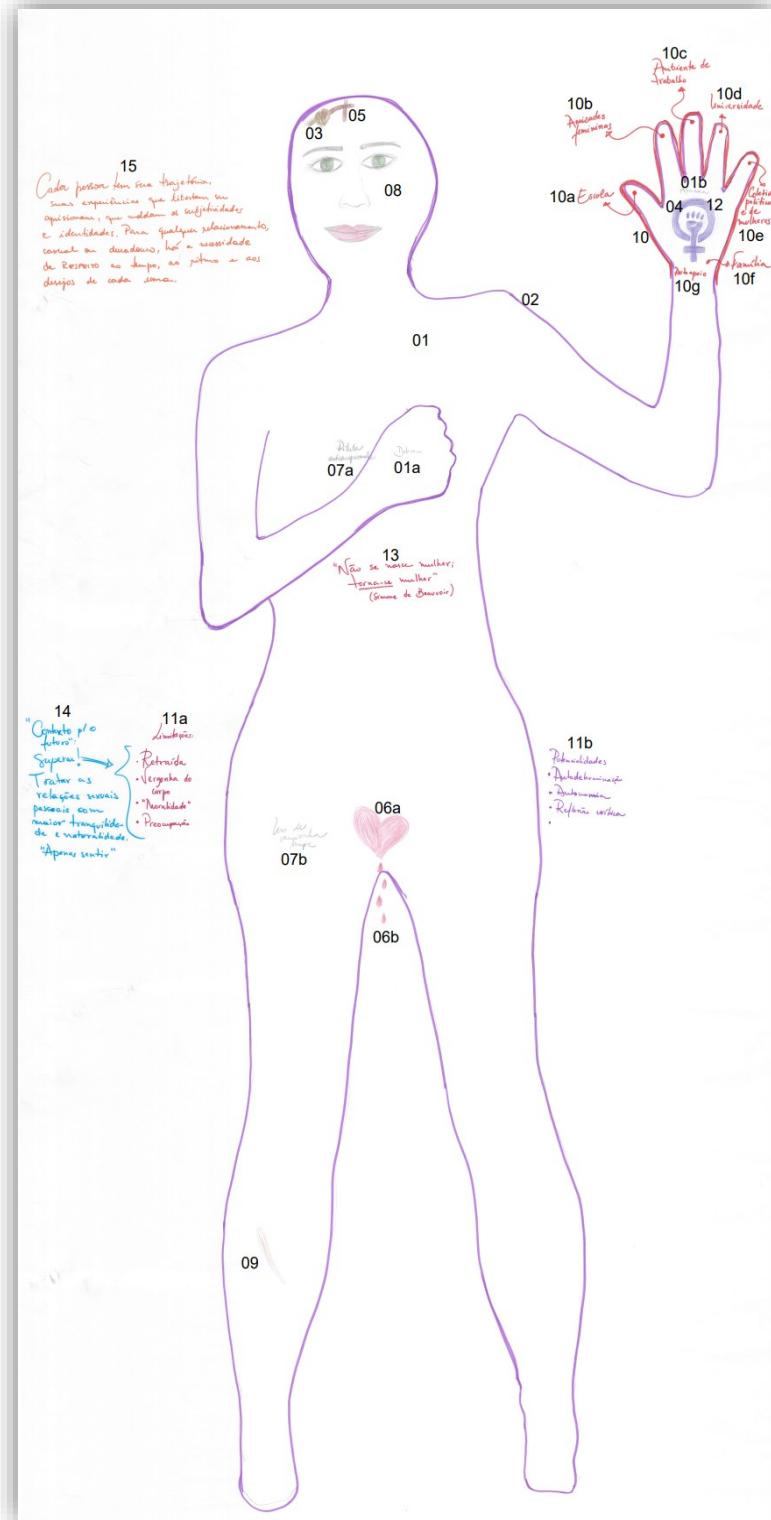
(talvez depois dos 35), agora quer vivenciar outras coisas; quando engravidar “eu quero que para o meu futuro seja uma escolha”; quer planejar a gravidez; escreve as palavras **Relacionamento Saudável; Planejamento Reprodutivo; Métodos não hormonais** (ao lado da perna esquerda)

*“É eu vou começar pelo que (...) testemunho, pelo que expressa (...) então, essa pessoa é uma pessoa que traz forte a vida; é uma pessoa feliz e alegre, que o que ajuda nisso, que ela transparece e (...) é tentar ser uma pessoa que fale, que seja (...). Eu coloquei ali o Feminismo. Que consiga fazer um movimento positivo, no cuidado e na sororidade entre as mulheres, para a gente entender que vivemos em scripts sociais muito parecidos, vivências são muito parecidas, as dores são muito parecidas. E quando a gente divide a gente cresce. E aí isso tudo (...) esse Feminismo, essa base, tem a ver com conhecimento. E aí esse conhecimento é o conhecimento de entender a trajetória passada do início da vida sexual, da relação com a mãe, da sua menstruação. E o conhecimento também daí mais sutil e emocional tem a ver com outras contribuições da vida assim mais lúdicas. De pessoas também, por exemplo aí irmã, um irmão, a espiritualidade (...) então, coisas mais lúdicas que contribuem nesse conhecimento, que ajuda nessa defesa da bandeira do Feminismo, da busca de prazer também. E aí o ponto forte dessa pessoa na época que ela se posiciona, tem a ver com comunicação. E o ponto fraco tem a ver com os detalhes das relações sociais em si; é por conta de se comunicar e querer defender alguma coisa (...) ter um receio do emocional; do se entregar para o emocional, se doar. Porque sabe que pelo compartilhamento de vivências e traumas de outras mulheres tem muitas dores nesse sentido. E aí no futuro, que ela com isso quer construir para a vida dela relacionamentos extremamente saudáveis, planejamento reprodutivo bem-feito e também saudável e não utilização de métodos hormonais pelo receio, pelo que a gente tem de opções ainda serem muito mais prejudiciais do que benéficas para vida dela e tudo mais. [...] Eu acho que na parte dos métodos, eu acho que tem uma parte de tipo (...) de leitura e de busca de conhecimento sobre; e vendo que as opções que são dadas do ponto de vista do longo prazo pra saúde não são positivas para as mulheres e tal; e isso cria uma barreira em relação a isso (...) ‘aí eu não vou tomar método anticoncepcional, mas também se eu tomar vou me sentir talvez mais segura’; então eu acho que a ciência podia avançar logo, pra sei lá alguma outra coisa (...) eu não confio nos homens tomando nada, também, porque homem é foda; eu sei que já foi desenvolvido, que tem tal, mas, não é uma coisa que dá pra confiar em homens.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **29 anos**; escolaridade: **pós-graduação**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **aplicativo para controle período fértil (Clue®)** e parceria sexual (eventual ou fixa) usará **preservativo masculino**.

6.1.8 Mapa Corporal Narrado 08

Figura 12 – Mapa Corporal Narrado 08



Fonte: elaborado por participante 08 e autora

**01 - Contorno corporal** - oscila entre uma construção de uma postura de frente, entre um meio termo de estar aberta (hoje mais aberta) e um encolhimento, devido ao peso da “moralidade eclesial”; vem de uma trajetória com vínculo eclesial, “moralidade pesa muito; tem peso, uma carga moral muito grande, por mais que eu tenha conscientemente desconstruído”; **(a) mão direita com o punho fechado** encostado no peito simboliza a parte “o fechado”, escreve a palavra **Defesa** sobre o punho; **(b) mão esquerda aberta**, apontada pra cima “que dá abertura, que recebe”, escreve a palavra **Abertura** na palma da mão

**02 - Cor do contorno - lilás** por simbolizar o Feminismo; “o Feminismo ajuda a libertar muita coisa”; “a crítica que o Feminismo traz e da forma como ele também ajuda a estruturar outras percepções, outras concepções, outras (...) numa forma crítica mesmo”; comenta sobre ter feito parte da Pastoral da Juventude (era líder), onde tinha sua identidade “colada” a esta entidade/Igreja; percebia que enquanto mulher-líder era cobrada sobre relacionamentos afetivos de uma forma bem diferente do que o líder anterior que era um homem; reflete sobre o pensamento que a cercava “Deus o livre, já pensou eu engravidar estando nesse espaço? (...) e assim (...) o melhor método contraceptivo é nem fazer. Então, porque nossa [imagina se] a representante da Pastoral da Juventude engravid[ar] sem ser casada. Então, isso acabava refletindo assim”

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - símbolo de um **Nó na cabeça** para representar sobre situação vivenciada (quando líder da Pastoral da Juventude) e porque “(...) é do todo; porque o lidar com o pode, com o não pode, com o pode-não pode. E, eu? Concordo - não concordo? Quero ou não quero? Isso dá um nó na cabeça”; comenta que racionaliza demais; não toma decisões no “oba, oba”; tem noção das coisas, mas acredita que nem tudo precisava ser assim; criou “um nó na cabeça, que no fim das contas, pesa muito”; e isso afetou/afeta no mais profundo do seu ser, porque tinha/tem travas

**04 - Símbolo do Feminismo** desenhado na mão esquerda que está aberta; “Se o Feminismo é para libertar, ele também não pode ser uma forma de aprisionar”; diz que o Feminismo é um movimento complexo, mais importante, de se aplicar no dia a dia; uma construção-desconstrução

**05** - Acrescenta o símbolo de uma **Cruz** ao lado do nó da cabeça; “a religião também é algo que pode libertar muita coisa, mas numa perspectiva moralizante da religião, dá esse nó na cabeça”

**06** - Símbolo de um **(a) Coração** (na altura do ventre) para simbolizar experiência e entendimento da menstruação; “porque a gente aprende a ressignificar a perspectiva da menstruação”; menstruar tem muita potência; como o “poder” teme as pessoas que menstruam; acrescenta umas **(b) Gotinhas de sangue** simbolizando que menstruação tem essa coisa de ser uma vergonha, o que não precisa ser entendido dessa forma, mas ainda é; lembra que recebeu orientação prática da mãe sobre uso de absorventes, sobre cuidados; também recorda de comentários da família (tias, avós), “porque agora é mocinha, agora tu tem que se comportar como mocinha”; irmã mais velha também apoiou para entendimento desta fase, por conta do exemplo e conversas que tinham

**07 - Escreve (a) Pílula anticoncepcional** perto da mão direita (a mão que simboliza defesa); fez uso de anticoncepcional por 01 (um) ano, logo que entrou na Pastoral da Juventude, porque não podia engravidar de jeito nenhum; relata que engordou, tinha medo de trombose, porque tem histórico de problemas de varizes na família, por isso que deixou de usar o método anticoncepcional hormonal oral; acrescenta a expressão **(b) Uso de camisinha sempre** perto da região do ventre (lado direito); comenta que o uso de preservativo é uma coisa dada e certa para ela para evitar gravidez e infecções sexualmente transmissíveis; essa questão de sempre usar camisinha veio das informações que recebeu na escola; lamenta que hoje em dia por conta *“da tal da ideologia de gênero”* essas informações não possam ser trabalhadas nas escolas como eram na sua época; não se recorda de já ter transado sem preservativo, acredita que isso nunca aconteceu; tem vontade de inserir o DIU (não especificou o tipo), quando se estabelecer num relacionamento mais sério, mas, é algo que será analisado com mais calma

**08 - Autorretrato literal** - se acha tímida e envergonhada, mas as pessoas não acreditam nisso, pontua que as pessoas comentam que ela irradia (não disse o quê). Ressaltou os olhos e a boca, porque as pessoas dizem que isso sobressai no seu rosto

**09 - Marcas sobre a pele** - relacionada ao tema não tem, desenha uma marca na perna direita, originada durante brincadeira na infância; **Marcas sob a pele** - fala de ter um instinto de defesa, ser desconfiada, pontua rapidamente sobre experiência que confiou e depois se decepcionou (abomina mentira, enganação), não fez registro no mapa sobre este item

**10 - Estruturas de apoio** - reforça o **contorno** da sua própria **mão esquerda** com a **cor vermelha**, simboliza estruturas de apoio com as palavras/expressões **(a) escola**, **(b) amigas femininas**, **(c) ambiente de trabalho**, **(d) universidade**, **(e) coletivo político de mulheres**, **(f) família** e **(g) auto apoio**, escritas ao redor da mão aberta; discorre sobre o apoio da família como um todo; fala da figura paterna, diz que ele *“fugiu de alguns padrões de paternidade”*; apesar de ser uma pessoa séria sempre foi muito afetuoso; *“eu sei que eu tenho esse suporte na família, que se acaso acontecer [alguma coisa] eles vão ser os primeiros assim (...) ‘oh, volta pra casa, a gente vai ajudar, a gente dá um jeito’ (...) iam ser os primeiros a não deixar na mão”*

**11 - (a) Limitações**, escreve as palavras retraída, vergonha do corpo, “moralidade”, preocupação; **(b) Potencialidades**, escreve as palavras autodeterminação, autonomia, reflexão crítica

**12 - Símbolo pessoal** – elege o **símbolo do Feminismo**, já marcado no mapa quando do exercício trajetória corporal e relacional (item 04)

**13 - Slogan pessoal** - **“Não se nasce mulher, torna-se mulher”** (Simone de Beauvoir)

**14 - Desenhando o futuro** - escreve a expressão **“Contexto para o futuro” Superar!**; faz seta apontando para as limitações que agrupou em um colchete; acrescenta **Tratar as relações sexuais pessoais com maior tranquilidade e**

**naturalidade e “Apenas sentir”**; não pensa em ter filhos (diz que isso hoje não cabe na sua organização de vida), talvez adotar, demonstra receio em passar pelo processo de gravidez, cita que não quer correr riscos com violências obstétricas, talvez medo da dor (mas não insere elementos no mapa sobre este assunto)

**15 - Mensagem para os outros - Cada pessoa tem uma trajetória, suas experiências que libertam ou aprisionam, que moldam as subjetividades e identidades. Para qualquer relacionamento, causal ou duradouro, há necessidade de RESPEITO ao tempo, ao ritmo e aos desejos de cada uma**

*“Ok! É, vamos lá. O que que o mapa conta é (...) tem uma posição no mundo de um corpo, que também é movimento e que se movimenta no tempo, não só no espaço, mas no tempo. Que é uma constante construção. Então, moldado por preceitos religiosos, doutrinas religiosas, enfim, mas que o diálogo, a convivência e a construção social também coloca nesse movimento de se questionar em muitos aspectos dessa moralidade. Acho que foi uma palavra que saiu bastante, mas que não se reduz nela mesma. Por isso coloca em construção e numa construção bem dialética, com o tempo, com o espaço, com os lugares que a gente transita, com quem a gente convive e tudo mais. Por isso esse corpo em movimento se coloca em uma posição de fechamento, de defesa, mas também de abertura e de se aproximar e de acolher e tudo mais. Todas essas experiências históricas, pessoais elas constroem a forma como se posiciona no mundo das experiências e que determinam muita coisa, seja do uso de pílula anticoncepcional por pouco tempo, seja das perspectivas do uso da camisinha sempre. Também como forma de proteção contra DST/Aids, ou Aids que entra na DST, mas, de DSTs e gravidez, mas também por conta da gravidez propriamente dita como uma forma de (...) talvez vergonha, de que um erro [acontecesse], de algo que não foi planejado e que pode manchar a imagem de alguém vinculado a igreja, enfim (...). Menstruação no início tratada como vergonha no sentido público, porque ela é construída pra que as pessoas que menstruam tenham vergonha, mas que com o tempo também se tem uma apropriação positiva desse episódio na vida das mulheres. Então, há uma ressignificação com a menstruação, com o sangue menstrual, com aquilo (...) com os significados que incorporam em si. Tem uma rede de apoio nessa construção de que essa trajetória, seja de experiências sexuais, seja de experiências reprodutivas e tudo mais sejam vistas com mais liberdade. Que passam pela família, que passa pela escola, que passa pelas amizades, principalmente, amizades femininas, que passam pelo ambiente de trabalho, que passam pela universidade, que passam pelo coletivo político de mulheres também para a construção de um auto apoio, uma autonomia, independência naquilo que a gente se determina, se autodetermina. Mas, ainda assim ficam as narrativas de limitações e de potencialidades desenvolvidas, situadas e desenvolvidas. Então, de limitação: retraída, com vergonha do corpo, dentro do rol da moralidade e com preocupação também. E nas potencialidades pensando: autodeterminação, autonomia, uma reflexão crítica em torno de toda essa trajetória também. Para um contexto para o futuro: superar as limitações que, consciente e inconsciente, no mais profundo das subjetividades elas insistem em pautar e determinar qualquer perspectiva de relacionamento afetivo e sexual; e também tratar as relações sexuais, propriamente ditas, pessoais com maior tranquilidade e naturalidade, apenas sentir. O meu slogan é (...), mas quando olha pra toda essa trajetória, de um história de 30 anos, que não é assim ‘ohhh super’ mas, que são 30 anos de um desenvolvimento pessoal, é reafirmar algo que a*

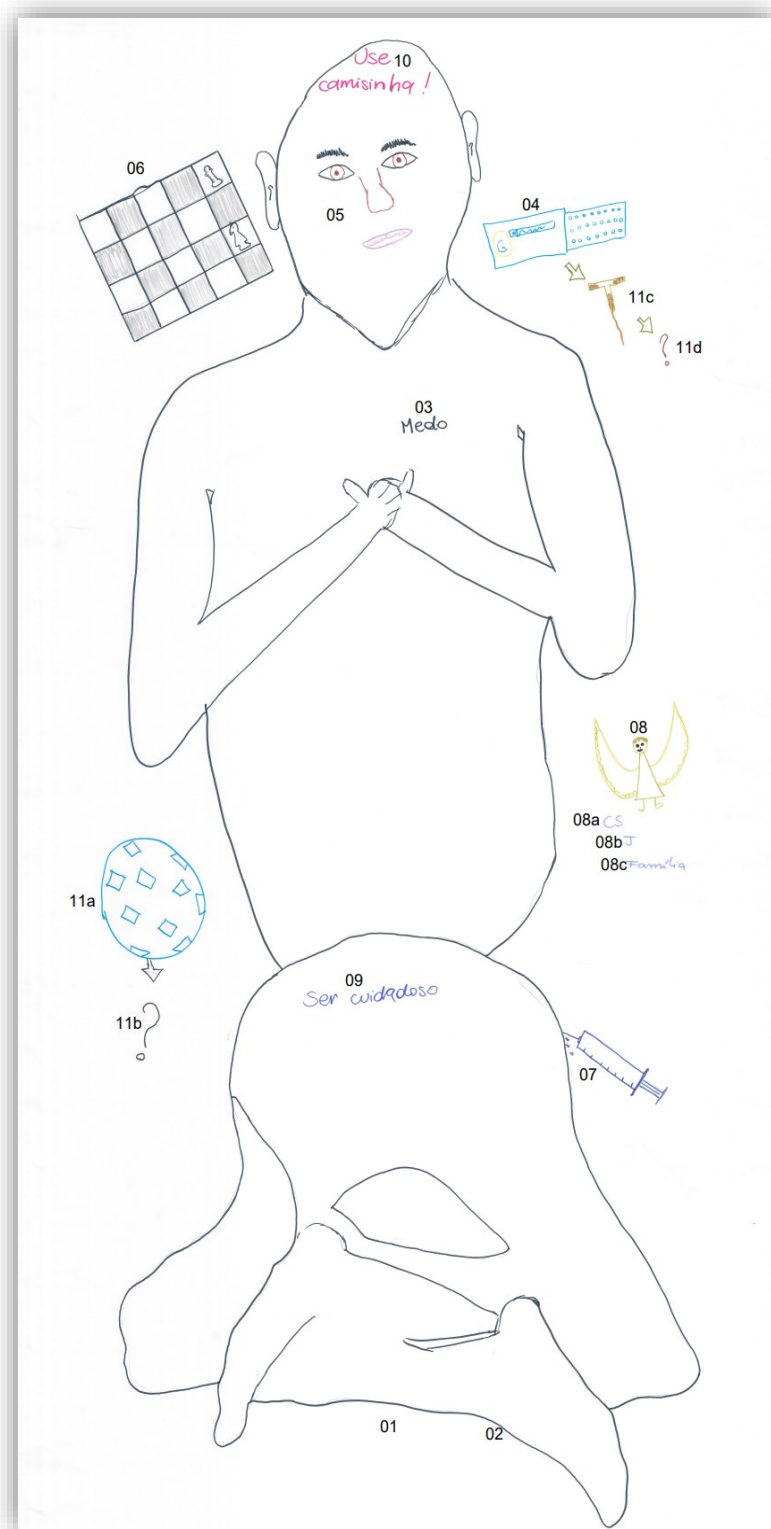
*Simone de Beauvoir falou a muitos anos de que 'não se nasce mulher, tornar-se mulher' e essa construção do controle dos corpos, daquilo que se espera dos papéis sociais determinados para as mulheres, a gente também constrói uma contra narrativa, nesse sentido. E, aí por fim, então essa mensagem final para os outros, pra mim também, porque isso soa como um mantra pessoal assim, é que de 'cada pessoa tem a sua própria trajetória, suas experiências que libertam ou aprisionam, que moldam as subjetividades e identidades, pra qualquer relacionamento, casual ou duradouro, há a necessidade de respeito ao tempo, ao ritmo e aos desejos de cada uma' (...) de cada pessoa."*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **30 anos**; escolaridade: **superior completo**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: parceria sexual (eventual ou fixa) irá usar **preservativo masculino**.



## 6.1.9 Mapa Corporal Narrado 09

Figura 13 – Mapa Corporal Narrado 09



Fonte: elaborado por participante 09 e autora

**01 - Contorno corporal** - diz ser uma pessoa pensativa, procura uma postura que demonstre essa característica; escolhe postura **sentado**, *“parece um Buda”*

**02 - Cor para o contorno** - **preta**, porque gosta e porque é uma cor que combina com tudo; fez os contornos internos do corpo, *“eu sempre gostei de desenhar”*

**03 - Trajetória corporal e relacional** - palavra **Medo** foi inserida no peito para simbolizar a experiência da relação sexual desprotegida que acarretou em uma infecção sexualmente transmissível; medo de ter *“prego”* alguma coisa mais grave; sempre foi cuidadoso, mas acabou que essa situação foi um *“santo remédio”* para ter mais cuidado ainda

**04** - Desenha perto da cabeça (*“para lembrar”*) uma **cartela de anticoncepcional**; apoia a esposa nesse processo, quando compra, quando questiona se ela tomou, lembra para ela tomar, quando vai buscar a pílula para ela tomar; porque tem *“medo de ter outro filho, porque não é (...) é desgaste, um filho é complicado; emocional, responsabilidade, emocional, no todo; porque, não é fácil, não é só o financeiro não, o financeiro é de menos, o pior é (...) tens que educar, tens que (...)”*; a gravidez (do primeiro filho) aconteceu devido falha do método anticoncepcional devido esquecimento de tomar as pílulas; corrige *“não foi que falhou o método, foi nós que falhamos, se tivesse tomado, não teria falhado”*

**05 - Autorretrato literal** - *“Eu quero fazer o desenho, olho, nariz e boca; e boca quietinha”, “sou envergonhado”*; comenta que sua mãe sempre o orientava para ser cuidadoso com as questões relacionadas com sexualidade/sexo; pai e avó paterna já eram mais *“soltos”*; costumava ouvir eles dizendo para os outros a frase *“prende as tuas cabras que o meu cabrito tá solto”*; não se vê reproduzindo essa frase para o filho, acha que é desnecessária

**06 - Símbolo pessoal** - um **tabuleiro de xadrez** perto da cabeça, simboliza que é estratégico e pensativo; *“eu espero a pessoa vir antes e até com mulher eu sempre fui assim, eu nunca fui de chegar em mulher (...) tipo, não que ia em cima, mas sempre esperava uma brecha pra (...) então, não chegaria em uma mulher sem ela me dar brecha”*

**07 - Marcas sob a pele** – símbolo de uma **injeção** sendo aplicada (lado esquerdo do corpo/nádega); faz um paralelo sobre receber injeções durante a infância (devido diagnóstico de febre reumática) e de ver as pessoas tendo que fazer injeção para tratar alguma IST, comenta *“tenho até trauma”*; para tratar a IST que contraiu usou comprimidos, não foi necessário fazer injeção, mas *“se tivesse que tomar injeção eu ia; até hoje eu tenho medo da injeção”*; relata que não conseguia ter relação sexual com esposa durante a gravidez; *“quando começou a aparecer a barriga, sei lá parecia que ia machucar, não sei; ficou um tabu”*; **Marcas sobre a pele** - não fez registros no mapa

**08 - Estruturas de apoio** - desenha um **Anjinho** (como Anjo da Guarda) para simbolizar os apoios recebidos no **(a) Centro de Saúde**, onde sentiu apoio, cuidado, apesar de a enfermeira ter colocado uma pressão ao entregar os

resultados das sorologias, “foi um medo bom”; não se sentiu apoiado no hospital onde foi buscar pelo primeiro atendimento para IST, “foram secos”; na **(b) Prática Esportiva** “ajuda em tudo”, a relaxar, ficar calmo, a evitar uso de bebidas e/ou drogas; e na **(c) Família** que apoiou e apoia em tudo, principalmente em relação aos cuidados com o filho

**09 - Ponto forte - Ser Cuidadoso** (escrito na região próxima a genitália); **Ponto fraco** - por ser casado, neste momento não vê ponto fraco nestes quesitos/nestes temas, porque não se expõe (não fez registros no mapa)

**10 - Mensagem para os outros - Use camisinha!** escrito na testa, “para ficar colado na mente”; acrescenta que usar preservativo é horrível, mas é um mal necessário; comenta que “muitos homens, eles falam assim ‘a ela tá tomando remédio’ [anticoncepcional] tipo, mas tu não sabe o dia a dia, antigamente tu via uma pessoa com HIV, uma pessoa magra, uma pessoa feia, hoje em dia olho assim não acredito”

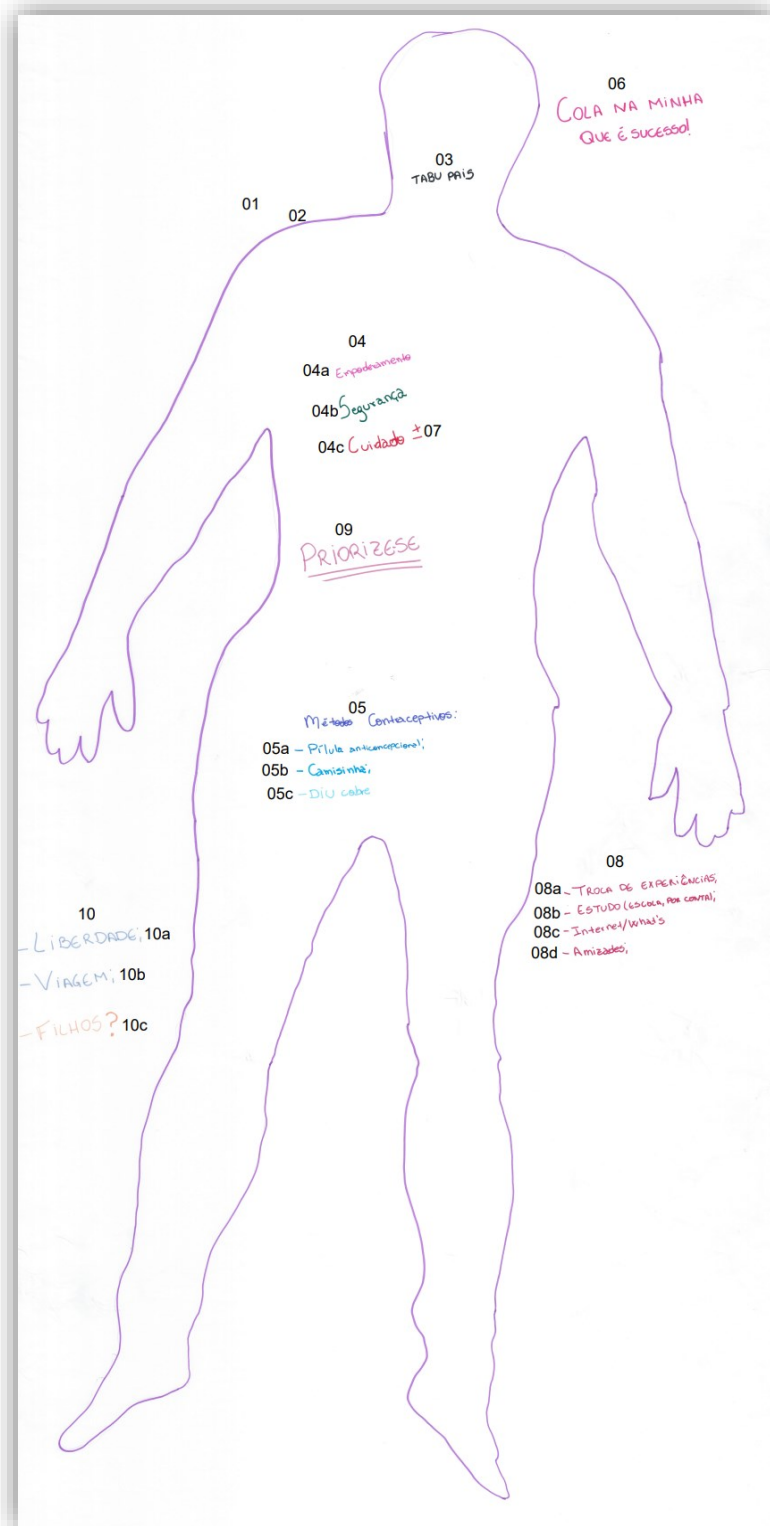
**11 - Desenhando o futuro - (a)** símbolo de uma **Bola**, simboliza o filho, seguido de uma seta apontando para um **(b) Ponto de interrogação**, para demonstrar incerteza quanto a ter mais filhos; fala do empenho que é ter um filho; e da esposa preocupada com possível alteração no corpo, por conta de nova gravidez; **(c)** símbolo de um **DIU com cobre** logo abaixo da cartela de anticoncepcional, seguido também de **(d)** outro **Ponto de interrogação**, o que simboliza uma possibilidade para, no futuro, a esposa vir a usar este método, apesar do seu receio de possível falha do método

*“Esse mapa relata um boneco que teve uma experiência de uma doença, pegou uma DST. Que ele relata para o pessoal se cuidar, usar camisinha; que quando ele pegou essa doença quem ajudou ele foi o centro de saúde, o esporte e a família que apoiaram ele; como o método dele e da esposa dele como hoje ele é casado, com tomar anticoncepcional; eles tem um filho. Eles pensam em colocar o DIU, mas tem medo; e, com essa doença que ele pegou ele ficou com medo também, ficou gravado nele e por isso ele é mais cuidadoso. Ele pede para o pessoal usar camisinha e se cuidar. Ele desenhou uma bola que relata o filho dele, que é o que lembra; e eles pensam em ter outro filho, mas agora não, tem um medo também nisso. No futuro (...) e eu acho que é isso (...) sim, é uma posição de pensar.”*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **homem cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **29 anos**; escolaridade: **ensino médio completo**; estado civil: **casado**; **com filho**; no momento usa como prática contraceptiva: parceira fixa usa **anticoncepcional oral combinado** (pílula anticoncepcional).

## 6.1.10 Mapa Corporal Narrado 10

Figura 14 – Mapa Corporal Narrado 10



Fonte: elaborado por participante 10 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura **aberta e confortável** (virada para frente); *“Me posiciono mais aberta, confortável; tanto que eu pensei em uma posição que eu fique de boas pra gente conversar”*; *“até perder a virgindade eu acho que eu era meio (...) eu não gostava muito de falar sobre o tema, mas depois de boas”*; *“eu sou muito de boa, lido com muita naturalidade sobre o tema assim e isso eu não tive em casa; eu não sei de onde que surgiu essa naturalidade”*; não tem essa naturalidade para conversar sobre esse tema em casa (com os pais)

**02 - Cor do contorno - lilás**, porque é mais forte e *“bateu olho”*

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - escreve na altura da boca a expressão **Tabu Pais**, por não se sentir confortável em falar com eles sobre esses assuntos; *“é lá em casa quando tem esse tema a gente nunca conversa”*; lembra que quando menstruou pela primeira vez isso não foi nada assim muito significativo; recebeu orientações genéricas da mãe, *“agora toma cuidado com os homens”*; recorda que teve orientação sexual na escola

**04** - Escreve as palavras **(a) Empoderamento**, *“a gente tem que conhecer o nosso corpo, de ter o domínio de fazer as coisas, de fazer acontecer e tudo isso”*; **(b) Segurança**, *“de eu fazer o que eu quero fazer, ninguém vai me obrigar a fazer nada do que [eu não quero]”* e **(c) Cuidado**, *“é em relação a métodos contraceptivos, de DSTs e tal (...) de gravidez”*, na parte do tórax

**05** - Na parte próxima da região do ventre escreve as palavras **Métodos Contraceptivos (a) pílula anticoncepcional; (b) camisinha; (c) DIU com cobre**, destacando os métodos anticoncepcionais que já usou; sobre o DIU com cobre escolheu por *“considerar mais seguro e saber que tipo que é uma coisa que só depende de mim, que eu não preciso me preocupar, que tá ali [que] fechou, que de gravidez tá ok”*; teve duas tentativas de uso (fez duas inserções); *“nossa foi tão de boa colocar e deu uma falsa sensação que ia dar certo, depois não deu (...) sangramento, sangramento”*; no momento faz uso de pílula anticoncepcional; suspendeu uso de preservativo devido histórico de cirurgia peniana do parceiro, mas só conseguiu fazer isso depois de pensar muito; tinha bloqueio quando relação sexual sem preservativo; tem medo de engravidar; *“eu acho que porque eu não quero ter filho, eu tenho pavor de ter filho, pra mim filho (...) eu vou deixar de viver para viver em função daquela criança, sabe? E, é isso, tô estável no meu trabalho, tenho a minha casa, tenho o meu carro, tô viajando, tô curtindo a vida, daí eu acho que ter um filho vai me tirar tudo isso”*; mas, quando fez um exame (Ultrassom Transvaginal) descobriu que tem ovários policísticos, comenta que profissional que fez o exame disse *“não vais poder ter filho”*; ficou mal com essa afirmação porque uma coisa é não querer ter filhos, outra é não poder ter filhos

**06 - Slogan pessoal - Cola na minha que é sucesso**, expressão simboliza que é uma pessoa determinada, que vai atrás dos objetivos; corre atrás, não fica parada (sai da zona de conforto); também tenta ajudar amigos com esse lema; valida que slogan remete a acreditar, *“é que eu acho que as oportunidades vem, as coisas acontecem pra quem deseja e quer”*

**07** - Símbolo **“(+/-)”** ao lado da palavra **Cuidado**, porque entende que isso possa ser **um ponto forte e ao mesmo tempo um ponto fraco**, se praticado em

excesso; conta sobre a pressão que bota nos momentos das relações sexuais para usar preservativo, “*porque é um pouco mais do que o normal o meu apavoramento*”; as palavras **Empoderamento** e **Segurança** (inseridas no mapa no item 04) também são consideradas como **pontos fortes**

**08 - Estruturas de apoio** lista as palavras **(a) Troca de experiências; (b) Estudo** (escola, por conta); **(c) Internet/Whats; (d) Amizades**

**09 - Mensagem para os outros** - “*eu acho que se for botar em uma palavra é priorize-se; eu acho que a gente tem tipo que colocar a gente sempre em primeiro lugar em todos os pontos*”; escreve no centro do corpo “**Priorize-se**”

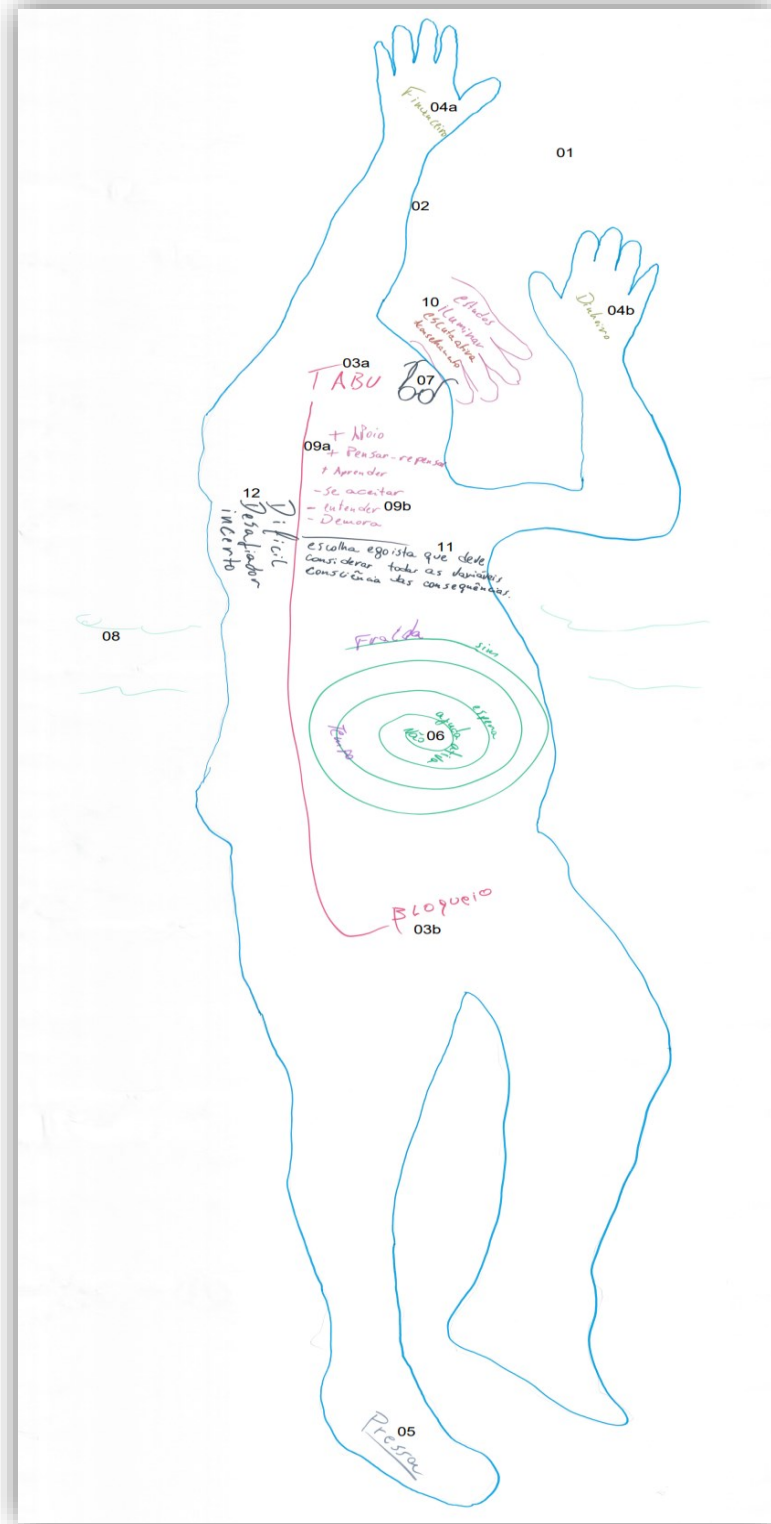
**10 - Desenhando o futuro** - escreve as palavras **(a) Liberdade**, ter autonomia; “*é liberdade pra fazer o que eu quiser, entendeu?*”; “*porque tem horas que eu boto na cabeça que ter um filho é alguma coisa meio que tu se aprisionar, entendeu?*”; **(b) Viagem**; e **(c) Filhos com um ponto de interrogação**; “*eu acho que eu vou botar um ponto de interrogação, porque eu não gosto de (...) uma coisa que eu sempre falo é nunca diga nunca*”

“*Eu olho para o mapa, para esse mapa e eu vejo alguém que é responsável e aberta para essa temática. Eu acho que mais ou menos isso que eu olho e vejo. Alguém engraçado, porque com essa frase aí a pessoa tem que ser engraçada, que é ‘cola na minha que é sucesso’. Que busca sempre a sua segurança, o seu cuidado. É, está num momento da vida que está aproveitando, curtindo, viajando, que de início não pensa em ter filhos, não é algo que vê para um futuro próximo. Mas, que também não descarta essa possibilidade porque a gente tem que estar sempre aberta para tudo. Alguém que cuida da sua sexualidade. Sempre buscando métodos contraceptivos para não ter filhos, para não pegar nenhuma DST e nada disso. E alguém que gosta de pesquisar sobre o assunto e conversar sobre o assunto. É de se priorizar, colocar sempre em primeiro lugar. É, mesmo não tendo abertura em casa ou não tendo (...) não assim abertura, mas [não] se sentindo confortável de tratar o tema com os pais, com a mãe (...) é buscou (...) buscou isso em de outras formas (...).*”

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **28 anos**; escolaridade: **pós-graduação**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **anticoncepcional oral combinado** (pílula anticoncepcional).

### 6.1.11 Mapa Corporal Narrado 11

Figura 15 – Mapa Corporal Narrado 11



Fonte: elaborado por participante 11 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **lado** (virado para esquerda); acredita que **não é tão aberto, nem tão fechado** para o tema; *“meio-termo”*; diz ser tranquilo em falar sobre esses assuntos; *“É não tá muito de frente, mas também não tá de costas”*; aos 16 anos foi para o seminário; *“porque quando a gente vai pro seminário toda a formação é voltada pra você ser padre, embora, muito embora muitos acabem não praticando; da minha turma muitos poucos ficaram assim; mas, essa questão de planejamento familiar, de método contraceptivo sempre tá muito presente, porque se tu acaba ficando padre, tu tem que ter algum manejo pra lidar com isso, com as pessoas que chegam, perguntam, tem dúvidas”*; na Igreja tem *“a determinação de cima pra baixo; mas, a discussão ela é livre, ela é aberta; a gente não é robzinho também; a gente pensava sobre as coisas, sobre o mundo”*

**02 - Cor para o contorno** - **azul**, porque gosta (preferência)

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - palavras **(a) Tabu** na cabeça e **(b) Bloqueio** na região genital (fez uma linha para conectar/relacionar as palavras); primeira relação sexual aos 24 anos, relata que foi muito difícil, *“travava”*; *“então, eu saí do seminário, mas o seminário não saiu de mim, né? Demorou um pouco assim”*

**04** - Palavras **(a) Financeiro** (mão direita) e **(b) Dinheiro** (mão esquerda), porque remetem ao lugar de trabalho (sustento); recorda da orientação do seus pais durante a sua adolescência; *“pensar em namorar só depois que tivesse estudado e essa questão de ter filho só se tivesse condições”*

**05 - Pressa**, palavra escrita no pé direito, simboliza a necessidade, que teve depois de vivenciar *“um susto”* de uma possível gravidez (com desfecho de um aborto, ainda que interrogado) de uma namorada na época, para ajeitar a vida; *“então, eu tenho que conseguir um emprego melhor, tenho que conseguir uma casa, tenho que conseguir uma (...) é a condição financeira”*; passado o susto, começaram a se cuidar mais, ela usando anticoncepcional e ele usando preservativo (apesar de não gostar muito); em duas ou três situações precisaram recorrer a pílula do dia seguinte; seu entendimento sobre uso da contracepção de emergência é que ela é um espécie de aborto, mas, pondera *“talvez é (...) seja a decisão muito da mulher e ela tem que ser muito apoiada assim”*

**06** - Símbolo de uma **Espiral** (no abdome), com a ideia de movimento, que dentro dessa trajetória inicialmente *“não (...) é (...) não de negar propriamente, mas, ‘ah, se engravidar agora ou não’ (...)”*; cuidado que fez pensar em estruturar a vida antes (tem escrito dentro as palavras [saindo de dentro pra fora] **Não** (primeiro momento não querer ter filho) – **Ajuda ativa** (compra/usar método anticoncepcional); – **Espera – Tempo** (espiral simboliza o tempo) – **Sim** (querer ter filho); no momento práticas contraceptivas são coito interrompido e tabelinha; *“é, então quando a gente faz (...) a gente procura fazer fora do período fértil e (...) mas, a gente sempre interrompe ali”*

**07 - Autorretrato simbólico** - desenhou um **óculos**, que considera parte de si; é uma ferramenta que ajuda tanto objetivamente para as questões/problemas de visão, quanto simbolicamente; *“é, vamos tentar enxergar melhor essa situação; e que aqui tá difícil”*



**08 - Marcas sob a pele** – comenta, em tom de confissão, sobre duas experiências bem íntimas/críticas (que poucas pessoas sabem); fez um símbolo fora do corpo, na ideia de que a gente passa por algumas experiências, como se fosse “*ondinhas por trás do corpo*”, na altura do abdome

**09 - (a) Pontos fortes** - Apoio; Pensar-repensar; Aprender; **(b) Pontos fracos** - Se aceitar; Entender; Demora

**10 - Estruturas de apoio** - desenha uma **mão sobre a cabeça**, pontua “*não é de passar a mão na cabeça*”, “*mas, de me ajudar a pensar sobre*”; escreve as palavras **Estudos, Iluminar, Escuta Ativa**, pensa na figura do cunhado, que é uma pessoa que ouve suas questões sobre o relacionamento conjugal; e **Aconselhamento**, conta da vez que foi buscar ajuda de uma psicóloga por conta de questões no casamento, não se sentiu bem apoiado quando a psicóloga sugeriu a separação, nunca quis se separar, queria melhorar a relação

**11 - Mensagem para os outros - Escolha egoísta que deve considerar todas as variáveis, consciência das consequências**, escreve na altura do peito; comenta sob o símbolo da **Fralda**, “*satura, renova*”, remete sobre ter filhos (ou não ter filhos); neste momento, não associou esse símbolo da fralda às questões financeira, mas sinaliza que antes calculava os custos/gastos com fralda e leite, por exemplo; insere a palavra **Fralda** (no final da espiral feita no item 06)

**12 - Desenhando o futuro** - escreve nas costas as palavras **Difícil, Desafiador, Incerto**, porque é assim que vê o futuro no momento; comenta sobre os desafios de cuidar de uma criança de 02 anos; lembra que ficou responsável pelo filho em casa no contexto da Pandemia da Covid-19; “*como teve suspensão da creche eu tô direto com ele é uma coisa muito difícil ficar com uma criança; hoje eu fico olhando as mulheres que tem filho e às vezes tem filho sem ter um companheiro junto (...) é uma coisa muito heroica assim, porque (...) cara (...) demanda muito trabalho ter uma criança e tá junto; ele ficou muito apegado comigo, então quando ele acorda de madrugada não é a mãe dele que ele chama, ele chama eu, que ele chama; às vezes ele não quer que ela dê comida pra ele, ele quer que eu dê comida*”; recorda também do período pós-parto; “*a coisa mais difícil durante a minha vida foi morar com um recém-nascido*”

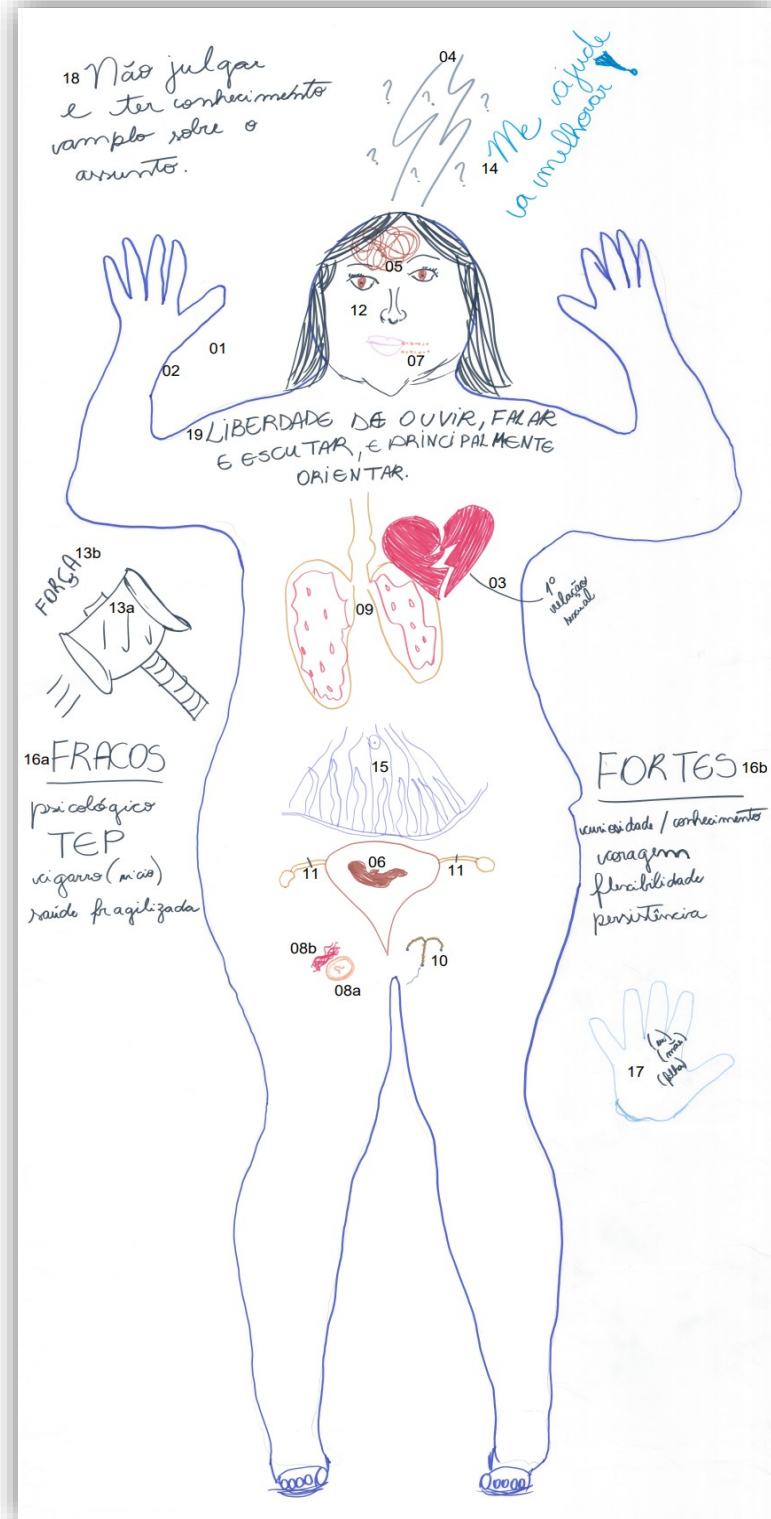
“*O mapa conta uma história bastante (...) não é conturbada, nem difícil, mas, é uma história com bastante altos e baixos, de uma pessoa que fez uma escolha logo na adolescência, foi pro seminário e lá passou a refletir muito sobre esse tipo de situação, de família, de ter ou não ter família. E algumas coisas pesam assim para mim, a questão financeira, a questão das amizades que a gente se cerca também, são as pessoas que ajudam. É toda essa questão do tabu que foi e que depois de tentar o seminário e ter saído, como isso foi de certa forma difícil pra mim, porque eu sai mas não (...) eu sai, mas aquilo ficou e aí ter passado por tudo isso; e, aí depois eu conheci a minha esposa e a gente (...) aí tem essa espiral que me ajuda a pensar sobre isso, sobre o tempo, num primeiro momento não querer e aí buscar essas práticas contraceptivas, essa ajuda ativa e buscar pra ela, pra mim também, os elementos pra gente se prevenir. O momento de espera, depois que a gente consolidou o relacionamento e aí o planejamento do nosso filho. Então, essa espiral representa esse tempo assim; e ali por fim a fralda, que representa essa constante*”

*mudança, que é uma criança pequena, [o que] ela traz pro relacionamento; assim como tudo na vida, as coisas vão sempre mudando, vão sempre (...) são sempre muito efêmeras, nada é muito estanque, nada é muito fixo, então, tudo vai sempre mudando e tem que ser mudado, porque se não mudar vai causando muita (...) vai causar 'assadura na criança'; e dor; e sofrimento; e depois demora pra gente cicatrizar isso. E aí também o mapa remete os meus apoios, o meu pensar-repensar, o aprender, a questão de que eu ainda tenho que me aceitar, ainda tenho que me entender muito. Eu sou um pouco devagar, então as minhas demoras também fazem parte de mim. E por fim que a mensagem final que essa é uma escolha bastante difícil, ela é egoísta; é ter um filho ou não ter um filho é sempre vai pesar a questão de olhar para traz e pensar 'como que seria se não tivesse ou como seria se tivesse'. Mas, essa é uma escolha que tem que ser feita com uma consciência, a gente deve ter muita consciência do que a gente tá querendo, do que a gente não tá querendo; e saber de todas as consequências, tem que pesar muito na balança essa consequência que é ter um outro ser, não é uma coisa qualquer; é uma vida inteira, que aquela criança que vai vim ou não vai vim, vai deixar de existir, [o que] ela pode ocasionar ou não pode. E daí a minha visão para o futuro que é bastante difícil, desafiador e incerto; e acho que é difícil porque tá crescendo a gente não sabe muito o que que vai acontecer e como eu fiquei nesse papel de mãe segurando (...) é a pandemia mudou muito, assim. Só fazendo um parênteses, aqui pra mim eu ia levar ele pra creche, a minha esposa ia passar pegar ele, ia ficar a tarde com ele, eu ia tá nesse tempo no trabalho, ia chegar de tarde, ia ajudar a cuidar dele enquanto ela tomasse um banho, fizesse alguma coisa, fizesse uma janta. E aí eu ia tá com ele ali umas três, quatro horas brincando, que é o que ela faz hoje e ia tá legal. E, aí a pandemia veio e eu que acabei ficando com ele o tempo integral e quando ela chega ela brinca com ele; ele vê ela como a pessoa da zoeira; então, ela brinca com ele, ela joga ele para cima, ela tá menos cansada, ela tá com saudade dele, então é natural ela fazer isso. E eu sou o chato; eu sou o chato, porque eu que sei quando a fralda está acabando, eu que sei quando o leite tá acabando (...) essa é a história que o mapa conta."*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **homem cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **39 anos**; escolaridade: **pós-graduação**; estado civil: **casado**; **com filho**; no momento usa como prática contraceptiva: **controle do ciclo menstrual** feito pela parceira fixa (tabelinha) e **coito interrompido**.

6.1.12 Mapa Corporal Narrado 12

Figura 16 – Mapa Corporal Narrado 12



Fonte: elaborado por participante 12 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente e aberta**; discute esse tema em vários lugares, com vários homens (no trabalho, por exemplo)

**02 - Cor para o contorno** - azul, porque gosta

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - um **coração partido** (no peito), simboliza que idealizou a primeira relação sexual e não foi bem como esperava; primeira relação sexual aos 16 anos; teve a relação sexual porque quis

**04** - Símbolo de **raios e de relâmpagos sobre a cabeça**, remete a algumas frustrações *“de ter que lidar com a tempestade em volta com relação ao método contraceptivo; foi uma tempestade que eu não esperava; eu achei que o meu pai seria mais aberto a isso”; “eu meio que acho que me fechei com o meu pai”*; **tempestade de interrogações** relacionada com o momento quando iniciou uso do método anticoncepcional aos 14 anos; naquela época a necessidade de uso do anticoncepcional era para controle do fluxo menstrual e regulação do ciclo menstrual, somente; mãe apoiou e levou para consulta em ginecologia

**05** - Símbolo de **minhocas na cabeça**, representa os pensamentos que tinha quando descobriu que estava grávida, *“minha cabeça ficou uma confusão”*; nunca idealizou ter um filho, já sentia o peso de ser responsável por si mesma, ainda mais por um filho; também tinha medo do parto

**06** - Símbolo de **um feto** (dentro de um útero), também simboliza quando descobriu a gravidez; foi uma gravidez inesperada; estava fazendo uso de anticoncepcional oral combinado; acredita que falha se deu por conta de interação medicamentosa; *“então, eu sei o que se passou na minha cabeça; eu sei as frustrações, as incógnitas, tudo; aí tu pensa ‘de tu ter um filho’; e tu não sabe o que vai passar. Então, é uma (...) além de ser responsabilidade física, a emocional, o psicológico; tu também é responsável por isso”*; reforça que ter filho é uma responsabilidade; é uma *“malinha junto”* para toda a vida; na gravidez se separou do parceiro, porque se estressava muito com ele; preferiu ficar sozinha naquele momento

**07** - Perto da boca (canto esquerdo) desenha símbolos que remetem a **pílulas anticoncepcionais** que fazia uso na adolescência; que foi o método que falhou, por conta de uma possível interação medicamentosa

**08** - Perto da região genital desenha um símbolo de um **(a) preservativo** (método de barreira) que passou a usar como dupla proteção, *“fico neurótica”*, mas descobriu alergia ao látex, desenha próximo do preservativo um símbolo tipo riscos em vermelho que remetem a **(b) inflamação/infecção** que teve na pele por conta do uso do preservativo

**09** - Símbolo de um **pulmão triste, com gotas/lágrimas de sangue**, para representar a experiência da doença Tromboembolismo Pulmonar (TEP), *“é o sangue; é a tristeza; eu tô fazendo essas (...) é como se fosse lágrimas mesmo”*; fazia uso de anticoncepcional hormonal combinado, sem pausa; fumava muito; tinha o fator genético da doença (avós); e estava bem deprimida na época, no momento está em seguimento para tratamento saúde mental, já tinha essas questões, mas o

contexto da pandemia da Covid-19 agravou o quadro; por conta da TEP teve que rever alguns aspectos, entre eles a mudança do método anticoncepcional

**10 - Símbolo do DIU com cobre**, comenta que colocou o DIU, mas vai encaminhar pedido para realizar laqueadura para evitar gravidez definitivamente, devido risco caso engravide novamente; não pode mais engravidar, isso de certa forma “*é (...) foi um alívio*”; está usando DIU com cobre há pouco tempo, irá revisar, sente uns “*carocinhos*”; a decisão sobre o DIU foi rápida e a inserção oportuna, na consulta com ginecologista ia descartando os métodos que não podia usar/não queria, estava menstruada e, então, inseriu o DIU com cobre no mesmo dia

**11 - Símbolo de cortes nas tubas uterinas**, para representar a laqueadura que fará; porque é mais garantido e não pode engravidar de jeito nenhum devido riscos associados devido TEP pregresso; comenta que durante o aconselhamento em planejamento reprodutivo percebeu que a residente de medicina queria “*empurrar o DIU*” e deixar de lado a laqueadura, mas a médica responsável, nem questionou e já entregou o pedido/o termo da laqueadura, entendendo e validando a necessidade e o desejo pela esterilização

**12 - Autorretrato literal** – olhos, nariz, boca; acrescentou os cabelos

**13 - Símbolo pessoal - (a) Martelo do Thor**, simboliza força; porque teve que superar “*tanta coisa*”; fala que a mente pode destruir uma pessoa, “*porque o psicológico é uma das coisas que acaba mais com a gente assim; a tua mente consegue te destruir literalmente, é a principal*”; escreveu a palavra **(b) Força** próximo ao símbolo do Martelo do Thor

**14 - Slogan pessoal - Me ajude a melhorar!**; não só como um pedido para Deus, mas também para uma autoajuda, “*porque [internamente] eu tenho que me ajudar*”

**15 - Marcas sob e sobre a pele** - em decorrência da gravidez, como: marcas físicas (estrias e flacidez), está aguardando cirurgia de abdominoplastia e remoção de pele, por questões estéticas, mas não só por isso, porque o excesso de pele prejudica questões de saúde (feridas na pele); e marcas emocionais onde retoma tudo o que já viveu com relação ao processo da gravidez imprevista, do parto, do relacionamento com pai da filha; acredita que agora o mais importante é cuidar do mental para ficar bem com os outros aspectos da sua vida; opta por desenhar no abdome **as marcas das estrias** para simbolizar todas as marcas sob e sobre a pele, contudo, aponta que o evento do TEP fez com que o olhar sobre as marcas sobre a pele mudassem

**16 - Pontos Fracos** - (a) psicológico; TEP; cigarro (vício); saúde fragilizada; **Pontos Fortes** - (b) curiosidade/conhecimento; coragem; flexibilidade (remetendo a ideia de maleabilidade); **persistência**

**17 - Estruturas de apoio** - eu, mãe, filha; comenta sobre o apoio e as orientações que passa para a irmã mais nova (de 12 anos), na ideia de apoiá-la com suas experiências e conhecimentos

**18 - Mensagem para os outros** – *“pra esse tema, porque não é só mulher, o homem (acho que na real assim) tem que participar, sim, junto com a mulher; seja anticoncepcional, ou seja gravidez, qualquer coisa; sentar pra conversar, compreender, ter o conhecimento, buscar novas soluções e aceitar”*; *“tem mulheres que julgam; julgam as próprias mulheres”* - **Não julgar e ter conhecimento amplo sobre o assunto**

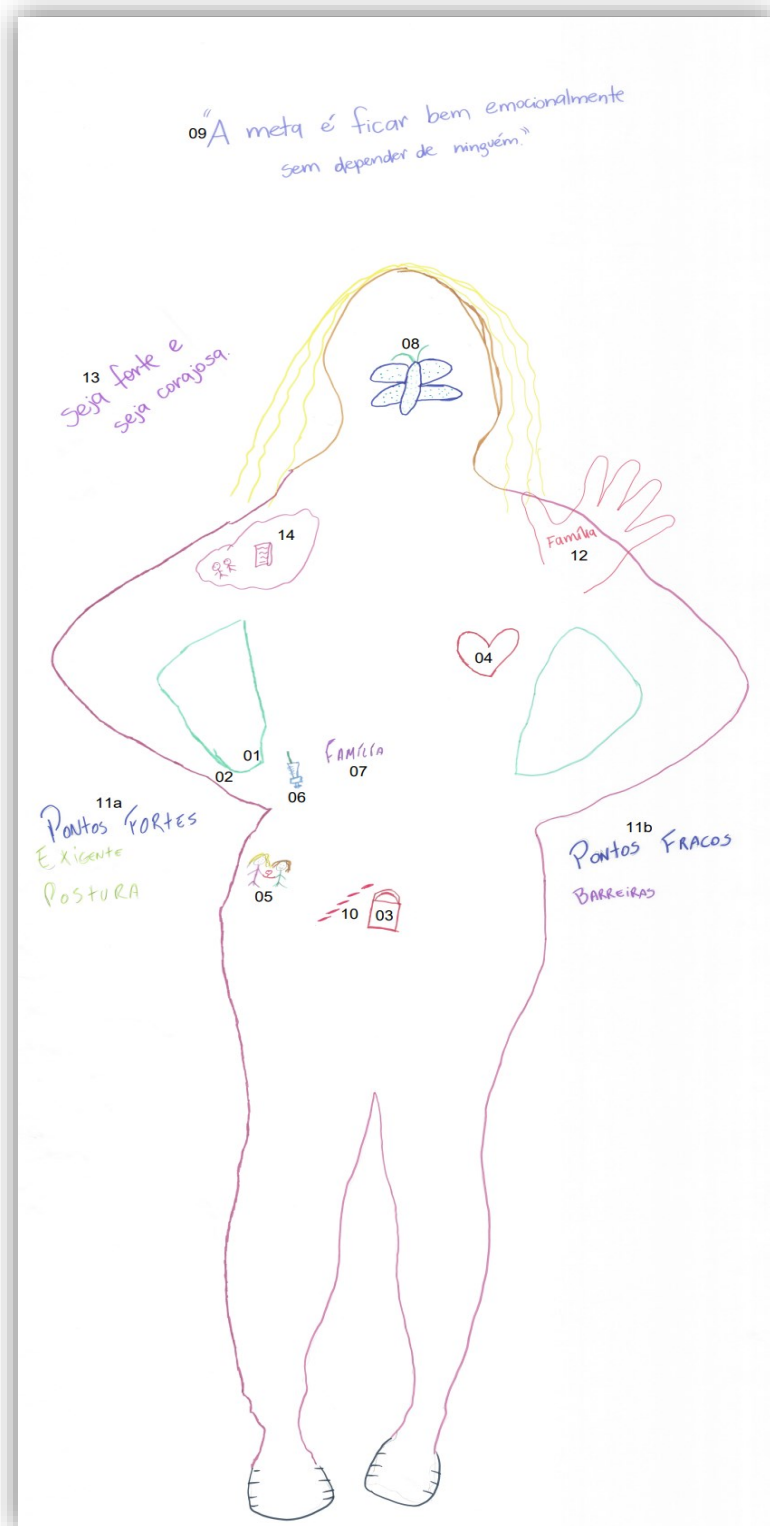
**19 - Desenhando o futuro** - o objetivo para o futuro é **fazer a laqueadura**, porque corre risco de morte se engravidar novamente, símbolo da laqueadura já foi inserido no mapa no item 11; mensagem escrita no mapa (no peito, já que é bem aberta para o tema) **Liberdade de ouvir, falar e escutar, e principalmente orientar**; *“eu poder dar, o mesmo apoio que eu dou pra minha irmã, dar pra minha filha”*

*“Bom, conta a história de uma mulher, uma jovem com 29 anos, que aos 14 começou a ter o conhecimento dos métodos contraceptivos por questões de o organismo não está regulado, a menstruação não está regulada; começou com o contraceptivo, a pílula anticoncepcional, como é chamado. Soube que o organismo pode sim se adaptar ao contraceptivo e ter o aumento [da dose]. Teve a gravidez junto com o contraceptivo, certo? É, no caso depois de ter a filha teve que buscar outros métodos contraceptivos para poder usar na época, por ser lactante. Descobriu que o método da camisinha não era ‘saudável’ entre aspas para a saúde dela, porque causava alergia, resultou numa infecção no colo do útero. Começou novamente a utilizar o contraceptivo, mas dessa forma mais intensa, o direto, sem pausa, a pílula sem pausa e no caso, por causa (...) anos depois, por causa de um problema psicológico, que ainda está sendo é regulado teve TEP, que é o tromboembolismo pulmonar, por causa deste TEP não pode mais utilizar de contraceptivos de pílula. Colocou o DIU, foi um contraceptivo (...) o oposto, quem vai da pílula para o DIU? Pílula ingerida, absorvida pelo organismo, o DIU é um material utilizado, fica por 10 anos ou acontece de casos de o organismo não se adaptar, mas é um corpo estranho dentro. E que também vai optar [pela] laqueadura, por conta do TEP, por questão da saúde, por não poder ter mais filho, já que não pode ser utilizado, além do DIU outro método contraceptivo, a não ser a progesterona. E essa jovem hoje teve bastante conhecimento e apoio, desde sempre, desde o início, desde os 14 anos quando começou a descobrir essa bagagem dos contraceptivos, é doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, relação sexual, porque era muito orientada, era curiosa também. Mas, que era orientada e apoiada, quando teve que fazer (...) como é que eu posso dizer (...) ela teve que fazer escolhas, escolhas que de certa forma vai ser para o resto da vida, porque tudo (...) todos esses métodos contraceptivos que ela utilizou marcaram a história dela e vão para o resto da vida dela como experiência (...) mais experiência e saber lidar com essa experiência da melhor forma e não desistir de tentar se cuidar.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **29 anos**; escolaridade: **ensino médio completo**; estado civil: **solteira**; **com filho**; no momento usa como prática contraceptiva: **DIU com cobre**.

### 6.1.13 Mapa Corporal Narrado 13

Figura 17 – Mapa Corporal Narrado 13



Fonte: elaborado por participante 13 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente**, com as **mãos na cintura**, demonstra *“autoridade”*; considera que se posiciona na vida com relação às questões sexuais e reprodutivas; *“o que eu quero pra mim”*

**02 - Cor para o contorno corporal** - escolheu **diferentes cores** para o contorno corporal, por gosto

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - símbolo de um **cadeado fechado** (próximo da área genital) para representar questão relacionada com o fato que nunca chegou ao orgasmo; comenta que menstruou aos 12 anos; iniciou com método anticoncepcional hormonal injetável mensal aos 14 anos para controle das cólicas menstruais; primeira relação sexual aos 15 anos; depois passou a fazer uso de anticoncepcional oral combinado (pílula); mas, esquecia de tomar, por isso trocou de método, passou usar anticoncepcional hormonal trimestral; método que usa atualmente; em algumas relações sexuais usou preservativo, mas depois deixou de usar devido relacionamento estável

**04** - Símbolo de um **coração**, representa o relacionamento que teve por 05 (cinco) anos; foi morar junto com este namorado (primeiro e único parceiro sexual) aos 15 anos; tentou engravidar, mas não obteve êxito; estava fazendo exames para verificar o motivo, mas acabou se separando; *“sim, eu quis [casar] (...) e eu também não quis me separar; então, eu acho que sei lá (...), às vezes até eu falo ‘eu tô começando a minha vida sozinha agora’, porque eu me separei”*; comenta que o ex-marido está preso e que ele que optou por se separar para preservá-la de algumas situações

**05** - Símbolo de **duas bonequinhas de mãos dadas** (perto da região da cintura/lado direito), que demonstra que tinha/tem um bom relacionamento com a mãe, que é *“companhia, companheira”*; diz que sua mãe quer que ela tenha filhos, ela *“quer uma menininha”*; sobre o seu pai comenta que ele ficou bastante tempo preso; *“mataram ele (...) estava na rua, ele nem era mais envolvido”*; *“eu não me arrependo [de ter ido visitar ele na cadeia] porque senão eu não ia ter tanto contato com ele; e ele foi bom pra nós”*

**06** - Símbolo de uma **injeção/seringa** para representar o anticoncepcional injetável trimestral, método anticoncepcional que utiliza no momento, optou por esse método anticoncepcional porque não gosta de menstruar

**07** - Escreve a palavra **Família** ao lado do símbolo da injeção/seringa, para simbolizar que já tentou engravidar, que deseja ter filhos, mas que agora não; agora quer se dedicar aos estudos

**08 - Autorretrato simbólico** - símbolo de uma **Borboleta**, *“é eu gostei da borboleta, porque eu vou (...) eu até vou tatuar uma borboleta, porque esse negócio de depressão, essas coisas, a borboleta representa bastante coisa”*; *“tipo a borboleta simboliza bastante, por sair do casulo”*; comenta que faz acompanhamento de saúde mental



**09 - Slogan pessoal** – acima da cabeça pede para escrever parte de uma letra de música **“A meta é ficar bem emocionalmente sem depender de ninguém”**

**10 - Marcas sobre e sob a pele** - não tem cicatriz, mas lembra que em uma relação sexual sangrou muito, *“jorrava sangue”*, tem receio disso acontecer novamente

**11 - Pontos fortes - (a) exigente, postura;** *“eu não gosto tipo dessa coisa de ‘ah, eu vou ficar com um com outro eu vou transar e amanhã eu vou embora’, eu não gosto, eu sou mais chata pra isso”*; **Pontos fracos - (b) barreiras;** *“até queria ser assim”*; *“é eu acho que sim, que ao mesmo tempo que eu sou exigente (...) eu acho que tipo, eu escolho demais”*; separa essas palavras em pontos fortes e fracos no mapa, mas fica em dúvida se é isso mesmo (ou se ora são pontos fortes, ora são pontos fracos)

**12 - Estruturas de apoio - família** (mão no ombro esquerdo); *“acho que foi mais a minha família, porque a gente é muito unido assim, sabe? A minha tia, a minha mãe, meus irmãos, querendo ou não, com todos os defeitos, a gente está sempre ajudando um ao outro”*

**13 - Mensagem para os outros** (aqui no caso mensagem para ela do passado, lá de 14-15 anos e para outras mulheres) – **Seja forte e corajosa**; conta do episódio de assédio sexual (frase que importunou) no trabalho; confessa *“eu tenho muito medo de ser estrupada”*; conta que *“pegou a visão”* do pai sobre ficar atenta sobre essas questões

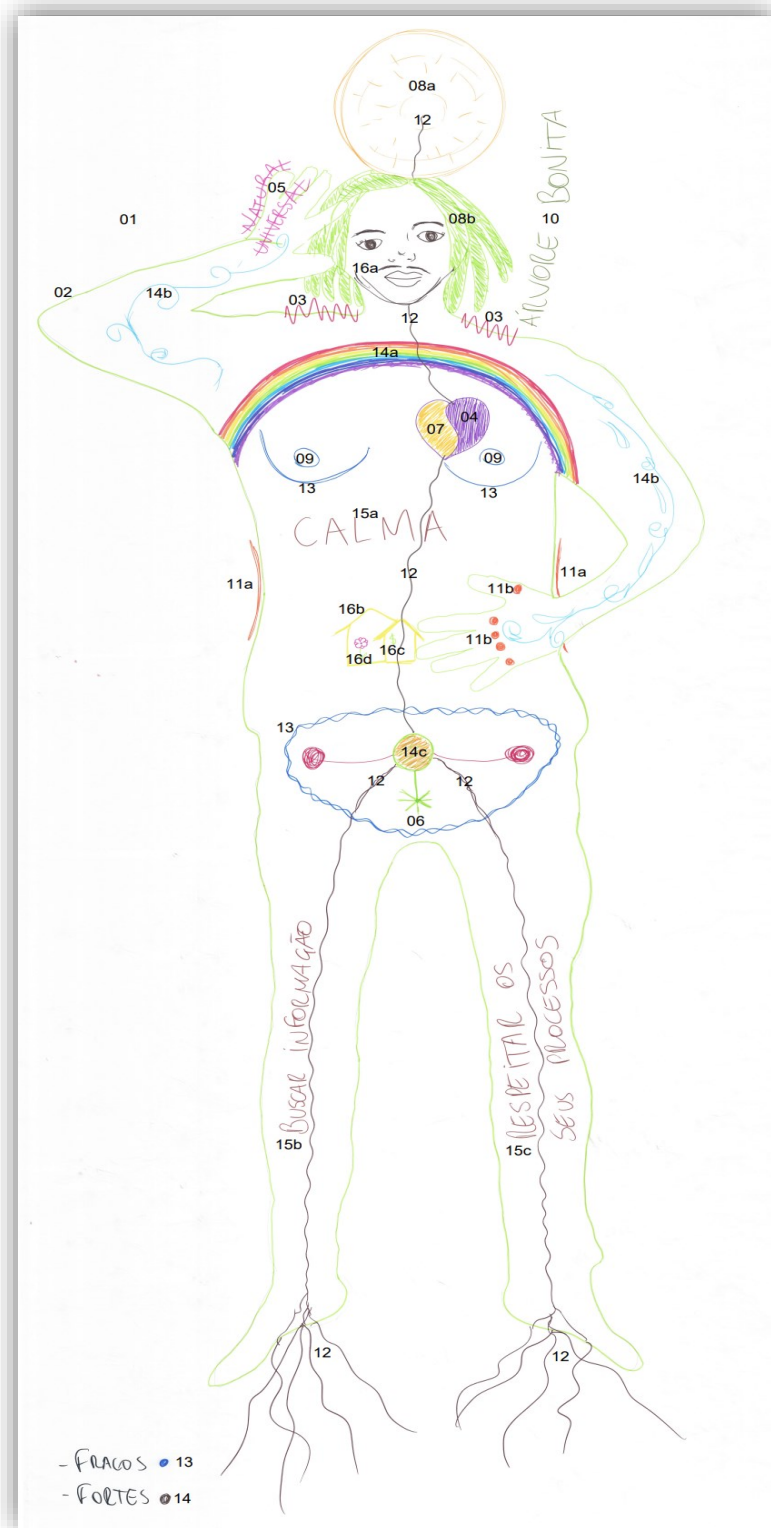
**14 - Desenhando o futuro - nuvem** (perto do ombro direito), **com dois bonequinhos dentro** simboliza os dois filhos que pretende ter, *“é meu sonho”*; e livros simbolizando o que quer fazer antes de ter filhos, estudar

*“Hoje eu fiz o mapa da minha pessoa. Consegui. Assim consigo ver também um pouco, porque no dia a dia a gente nem percebe. Gostei. A frase seja forte e corajosa agora é uma das que eu também vou pegar, porque eu não pensei nisso. Representar a borboleta para mim sair do casulo. Minha família, que é o meu apoio. Meu futuro que são os meus nenéns e meus estudos. Meu coração que ficou registrado. Meus pontos fracos, meus pontos fortes. A minha injeção que vai ficar por um bom tempo ainda, que é muito importante também. A minha mãe que é o meu apoio, meu apoio maior, porque tem os outros. Meus pontos fracos e minhas barreiras que pode ser que um dia eu aprenda a lidar. Meus pontos fortes que é ser exigente e ter postura, para algumas pessoas é ruim, mas pra mim eu gosto. E a minha postura de mandona ou de corajosa. Gostei.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **optou por não responder**; raça autodeclarada: **preta**; idade: **21 anos**; escolaridade: **ensino médio completo**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **anticoncepcional injetável trimestral** (Medroxiprogesterona).

6.1.14 Mapa Corporal Narrado 14

Figura 18 – Mapa Corporal Narrado 14



Fonte: elaborado por participante 14 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente**; *“eu acho que eu me encontro em descobertas, assim”*; mão direita tocando a cabeça significa reflexão, tem a ver com a questão de gênero; e mão esquerda tocando a barriga, *“que é essa coisa de escutar o corpo, assim, sabe?”*

**02 - Cor para o contorno** - **verde**; *“eu tenho tido mais afinidade com o verde, natureza, essas coisas”*

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - faz símbolo de **tracejados vermelhos sobre os ombros**, simboliza a tensão de ficar segurando a pressão para falar sobre a sua opção sexual; aos 12-13 anos percebeu que algo *“bem estranho”* aconteceu na escola, de repente os assuntos mudaram e os colegas começaram a falar sobre namoro e assuntos desta natureza, avalia que não acompanhou essa mudança da turma; tentou ficar com meninos, mas não sentia absolutamente nada; pontua que por ser uma pessoa negra vivenciou algumas situações de preconceito na escola; reconhecer que tinha atração por meninas foi algo horrível, porque não tinha conhecimento do que isso significava ao certo, além do *“peso”* das questões religiosas; quando conheceu um *“primo”* (filho da esposa do seu tio) que era *“gay”*, começou a compreender que não tinha nada de errado e isso fez com que se aproximasse do universo LGBTQIA+, então pode compreender melhor o que estava acontecendo; aos 17-18 anos contou para os pais sobre sua opção sexual, eles falaram que não aceitavam/não entendiam, mas ambos falaram que isso não mudaria o amor que sentiam; *“é a tensão maior pra mim, pelo menos, foi de contar pros pais; [era] essencial que eles entendessem”*

**04** - Símbolo de um **coração lilás** (cor remete ao mistério, diz), **dividido ao meio** (aqui o coração ainda estava sem preenchimento das cores), remete *“sensação de incompleto”*; por mais que tinha entendido essa questão da homossexualidade, ainda não tinha descoberto/definido a questão de gênero

**05** - Escreve sobre a mão direita próximo a cabeça, por conta da ideia de ter que reproduzir as coisas antes de sentir, as palavras **Natural** e **Universe** (na cor rosa devido as imposições de gênero feminino), remete a associação automática do sexo do nascimento ao gênero da pessoa; riscou as palavras; *“é dentro dessa mesma lógica, de ter um único jeito de ser, de existir, de se relacionar”*

**06 - Símbolo do gênero neutro** (próximo a região genital), que significa quando a pessoa não se identifica com nenhum gênero (nem masculino, nem feminino); *“eu botei esse símbolo aqui em verde porque essa coisa da menstruação e tudo mais, que eu não entendia. E eu pensei no verde por essa coisa de não maduro”*; daí que veio a pressão para se comportar de um jeito, acrescentou ao símbolo **duas bolinhas vermelhas** em cada lado, simbolizando os ovários; lembra da pressão que existia para que menstruasse; avó materna oferecia uma bebida fortificada; mãe orientou sobre cuidados com menstruação (uso de absorventes); menstruação não incomoda, mas, os peitos, sim; diz que tem disforia dos peitos; se guia pelas luas para saber sobre ciclo menstrual; *“nunca me vi engravidando assim”*; iniciará hormonioterapia para transição de gênero; e também irá encaminhar pedido para cirurgia de retirada dos peitos

**07** - Completa a **parte do coração** que estava vazio com a **cor amarela**, simboliza alegria, conquista, independência pessoal, completude nesse processo de transição; *“eu vejo como uma conquista, sim, de independência pessoal muito, completude assim, alegria”*; fala que cores lilás e amarela são uma das cores da bandeira do movimento não binário; apesar de nunca ter usado práticas contraceptivas, comenta como foi a orientação recebida na escola, onde a *“educação sexual na escola era sempre os modelos [binários] homem, mulher e hetero também; quando [ouvi alguém falar que] o pênis tinha que penetrar na vagina assim eu fiquei apavorado”*; atualmente acompanha um YouTuber (homem trans) que *“faz vídeos falando sobre métodos contraceptivos nas relações sexuais e tudo mais, tudo muito aberto e tudo bem mais discutido hoje, assim”*

**08** - **Símbolo pessoal** (feito antes do exercício do autorretrato) - faz um símbolo de um **(a) Sol** sobre a cabeça; *“aí esse sol, símbolo egípcio assim na cabeça, da iluminação assim”*; *“de compreensão, de autocompreensão”*; acrescentou **(b) Cabelos verdes** (tipo *“dread”*), gosta de mudar os cabelos, sente que quando muda o cabelo as coisas também mudam (energia muda); gosta da ideia de fluidez que o cabelo passa, no visual, da leitura de fora; alguma transformação, *“como uma plantinha”*; mudança dos cabelos se relacionam com desapego; se permitir

**09** - Desenha o contorno das **mamas**, volta a pontuar que quer tirar os peitos, para fugir de situações de discriminação e de violência; *“eu tinha muito essa avaliação de tipo eu preciso fazer a transição; só que não é sobre isso a transição, é pra mim me sentir bem comigo, é pra mim”*; acrescenta que *“o problema real assim pra uma pessoa trans é a forma como ela é tratada pelos outros”*

**10** - **Slogan pessoal – Árvore Bonita** é uma música, de uma cantora baiana, lembrou desta letra de música, porque ama bastante verde; *“de ter mais carinho com o corpo”*

**11** - **Marcas sob a pele** - constata que *“toda a pessoa já sofreu um abuso nessa vida”*; **(a) traçados nas laterais do corpo** (na cor laranja/na altura da cintura) representa tensão, mas não tanta tensão quanto a tensão dos ombros (indicadas no item 03); e **(b) bolinhas nos dedos** (também na cor laranja/na mão esquerda); respectivamente, traçados e bolinhas simbolizam momentos em que enfrentou situações de risco para abuso; um na infância, quando de um toque *“mal intencionado”* no seu corpo, por uma pessoa mais velha (conhecido da família), evento aconteceu na frente da família; e outro quando era adolescente, teve uma investida para cima dela (usa o artigo “a” para relatar esse acontecimento); na primeira experiência não teve poder de reação, nem sabia o que estava acontecendo, lembra que sua mãe brigou por não ter reagido; na segunda experiência socou o rapaz, *“fui tão violento como um cara”*; acrescenta que no episódio do toque sua mãe ficou brava, porque sempre orientou a cuidar sobre essas questões de não deixar ninguém tocar no seu corpo, acabou que se sentiu culpado por não ter reagido na hora

**12** - **Pontos fortes - traçado que percorre todo o corpo na vertical, na cor marrom**, do sol até os pés, passando pelo símbolo do não binarismo; simbolizando **uma raiz, uma conexão com o entendimento das questões de**

**gênero**, da **ancestralidade**, que trouxe **independência**; explicações sobre o não binarismo, *“o meu encontro com a minha masculinidade me fez entender um pouco, um pouco mais, bem mais. Mas, também eu não me coloco nesse lugar de um homem, porque eu também me conheço na minha feminilidade de uma forma que não chega no homem, assim. Por isso que é o não binário”*

**13 - Pontos fracos** - momentos de **insegurança**; **variações emocionais**; **medos**; porque é uma coisa que quer [a transição de gênero], mas é uma coisa desconhecida; *“porque isso é um lugar que é a pessoa mesmo que constrói pra si, não é um lugar que tá pronto”*; faz **contorno na cor azul** na região que remete ao **útero** e reforça os traçados dos **peitos** devido disforia deles; menciona desconforto durante relação sexual por causa dos peitos, em alguns momentos; esse incomodo com os peitos aumentou por conta do ganho de peso (durante a pandemia da Covid-19) e devido a idade

**14 - Estruturas de apoio** - **(a) símbolo do arco-íris passando por todo o peito** (representando as amizades da comunidade LGBTQIA+); **(b) símbolos de ondas** (cor azul claro) **nos braços**, lembra o mar, onde as ondas lembram um abraço, *“entro no mar [e] eu saio muito feliz assim”*, para simbolizar o apoio dado pelos pais, que apesar de não aceitarem ou não compreenderem, apoiaram, em alguma medida; porque *“ficar sem a família nessas horas é a pior coisa”*; **(c) preencheu símbolo do não binarismo com a cor amarela** (já estava com a cor verde) representado amadurecimento (auto apoio)

**15 - Mensagem para os outros** - **(a) Calma**, **(b) Buscar informações** e **(c) Respeitar os seus processos** escreveu essas mensagens perto da raiz que perpassa as pernas e o tronco, mensagens para todas as trajetórias, simboliza todas as caminhadas

**16 - Desenhando o futuro** – **(a) bigode na face**, perspectiva para o futuro hormonioterapia (transição de gênero); fala em independência financeira, faz símbolo de uma **(b) casinha amarela no centro do corpo**, *“acho que tudo o que é bom eu coloco de amarelo”* (cor amarela faz referência ao documentário “Amarelo” do Emicida, que conta histórias de superação da depressão); casa tem a ver com um lugar, em construção; colocou dentro um símbolo de um **(c) \$**; casa ficou do lado da mão esquerda, válida que representa trabalho para conquistar; também coloca uma **(d) florzinha dentro da casa**, representando a capacidade de cuidar de alguém, ter responsabilidade; considera a opção de adotar uma criança

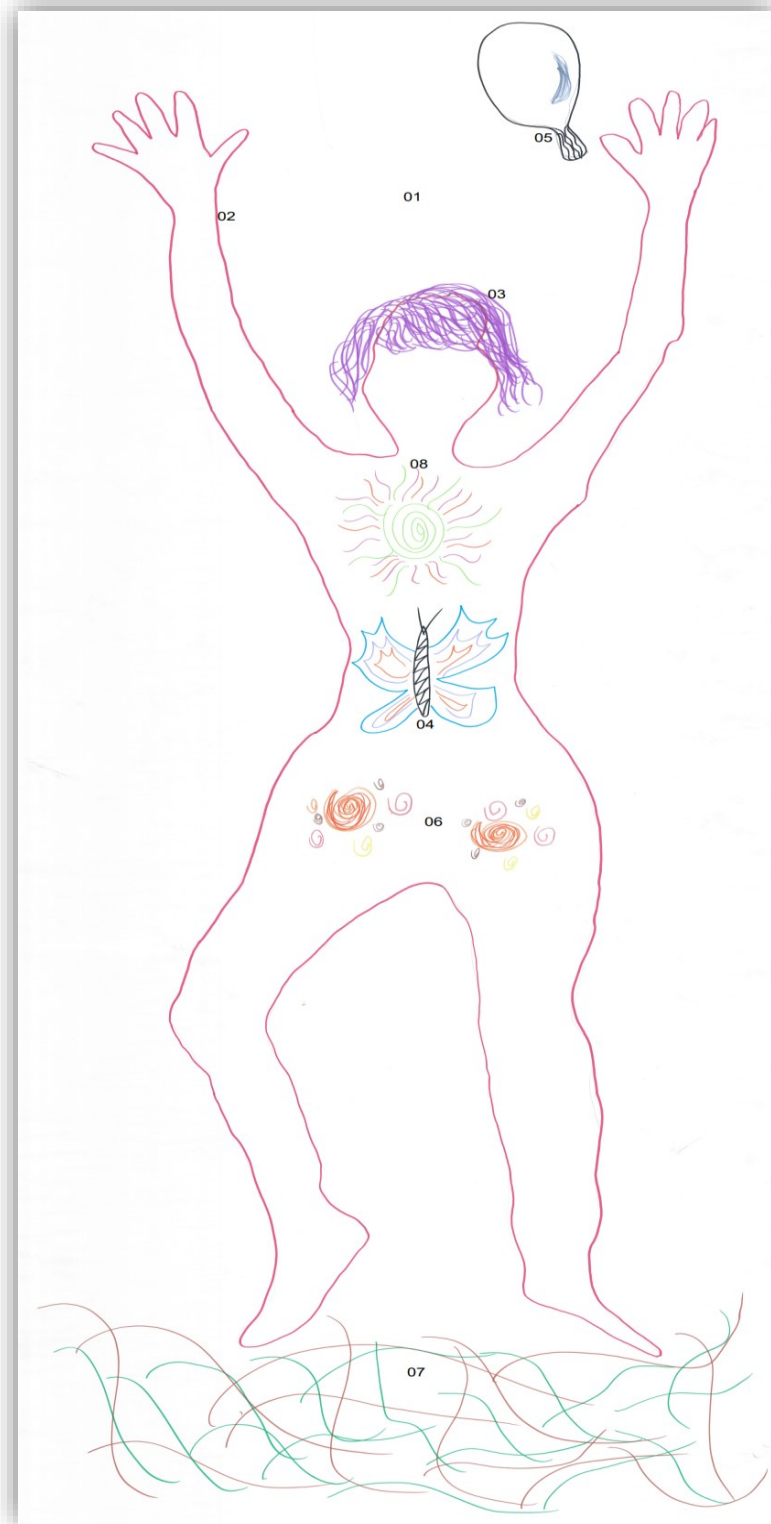
*“Conta a história de alguém que teve muitas dificuldades para se entender e passou por processos muito difíceis, mas que hoje procura se entender cada vez mais, cada vez melhor e através disso está conseguindo desconstruir algumas ideias que não conseguia reproduzir assim com tanto sucesso, porque não estava se sentindo completo, assim. Então tentava reproduzir coisas que eram para ser regra para todos, porém se sentia muito mal, porque não conseguia reproduzi-las, enfim (...). Porém agora entende que também não (...) que é mais importante construir a si mesmo do que um lugar. Tem outras coisas necessárias antes de conquistar algumas outras coisas; e antes de ter uma independência estrutural, financeira, tem que ter uma independência pessoal, de saber (...) entender as suas*

*dificuldades e acolher qualidades e defeitos; e que hoje é uma pessoa cada vez melhor.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **pessoa não binária**; orientação sexual: **bissexual**; raça autodeclarada: **preta**; idade: **29 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **união estável**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **não usa nenhuma prática contraceptiva**.

### 6.1.15 Mapa Corporal Narrado 15

Figura 19 – Mapa Corporal Narrado 15



Fonte: elaborado por participante 15 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de frente, braços esticados para cima, representa que é bem pré-disposta para o tema; *“disposta a entender tanto as minhas escolhas, quanto das outras pessoas, então basicamente isso”*

**02 - Cor para o contorno – vermelha**, porque *“é a cor de hoje”*; pontua que no momento não vê necessidade de fazer uso de nenhuma prática contraceptiva; se declara bissexual e/ou pansexual; atualmente está em um relacionamento com homem transgênero; já teve relacionamentos com homens cisgêneros; relembra que menstruou aos 15 anos e naquela época foi levada pela mãe para consulta com ginecologista, onde foi “orientada” a usar anticoncepcional, porque sempre teve irregularidade no ciclo menstrual; sobre a escolha do método anticoncepcional oral combinado (pílula) na época, pontua que *“não foi bem uma escolha o anticoncepcional; foi a primeira opção que me foi apresentada e foi a opção que eu fiquei assim; então, não sabia de outras possibilidades e acho que tinha opção, sei lá injetável ou algo assim”*; quando tinha relação sexual com homens cis (parceiros eventuais), os mesmos faziam uso de preservativo masculino; parar de usar anticoncepcional oral hormonal foi uma escolha, *“não tinha sentido e também já estava é começando a pesquisar, me informar um pouco mais sobre [o assunto] e via muita gente falando de efeitos colaterais e algumas doenças que poderia desencadear. Enfim, essas coisas assim de ir atrás mesmo, de se informar, de outras visões assim e tudo meio junto. Então, essa questão da irregularidade, tá regulou, mas ainda tinha muita enxaqueca, essas coisas todas, aí eu falei ‘pra que que eu vou tomar?’”*; sobre a sua mãe comenta que a mesma sempre foi aberta e disponível, *“ela queria me proteger na verdade, queria construir essa consciência assim, de ter responsabilidades com as relações sexuais, essas coisas”*

**03 - Autorretrato** - não fez, mas fez **cabelos lilás** (cor do momento); explica sobre bissexualidade e pansexualidade, *“tanto o bissexual, quanto o pansexual é abrange; são só nomes diferentes no final. Então, por isso que eu falo pansexual, bissexual (...) é na verdade os dois me contemplam atualmente”*; *“já me via tipo tendo um pouco mais de abertura pra isso, daí ainda levei um pouco de tempo pra entender que eu realmente gostava dessas pessoas, e não era só uma ficada, ou sexo, enfim era pra além disso, é afetivo também”*; para família essa descoberta/esse posicionamento *“não teve alguma coisa assim tipo conflito muito dramático, a minha família não colocou isso como um problema, mas também não fala muito sobre isso [é] uma coisa meio neutra assim”*

**04 - Símbolo pessoal** – uma **Borboleta** no centro do corpo, representa **transformação e beleza**; *“porque a borboleta também tem a coisa de quando ela se transforma, sai do casulo, ela só vive um dia; é bonita, mas ao mesmo tempo, meio triste, assim, tipo ‘ah, ela só tem um dia pra ela pra expor toda a sua beleza’ (...)”*; ao fazer a relação do símbolo com a sua vida pontua *“eu acho que é a coisa de estar presente assim; aproveitar todos esses momentos importantes também”*

**05 - Slogan pessoal** – optou por não colocar em palavras, fez o símbolo de um **Espelho** perto da mão esquerda, significa representatividade; *“eu sempre penso na questão da representatividade, que eu acho que é uma coisa fundamental para permitir que as pessoas se entendam. Porque eu acho que eu só fui, por exemplo, entender que eu era bissexual a partir do momento que eu sabia que existia aquilo,*



*porque eu vi outras pessoas, ou eu vi sendo falado, comentado; então, acho que sem representatividade muitas coisas, muitas portas se fecham”*

**06 - Marcas sob e sobre a pele - tracejados como se fosse espirais** (na cor vermelha), na região da pelve, simbolizando a questão dos cistos nos ovários, ficou mais de 6 meses sem menstruar, tinha certeza de que não era gravidez; *“eu tenho essa questão da menstruação desde a época que eu parei de tomar anticoncepcional; eu tive um período muito louco sem menstruar; que eu achei até ‘meu Deus o que que tá acontecendo’, um desastre, sei lá, tem uma coisa muito estranha aí”*; acrescenta *“eu passo por várias dificuldades quando eu tô pra menstruar, tem momentos que eu passo muito mal, é cólica, fico com febre, dor de cabeça; é bem intensos assim, [mas] já tive momentos piores, agora eu tô bem melhor”*

**07 - Estruturas de apoio – traçados sob os pés**, representa os diferente e mutáveis apoios que teve na sua trajetória, por exemplo, a mãe, a faculdade de Artes/Dança, as amizades/convivência, entre outros; *“eu penso no apoio tipo como base mesmo, abaixo dos pés tipo, como um sustento ao mesmo tempo não é um apoio fixo é uma coisa tipo é mutável, que fica mudando, uma coisa meio tentando se equilibrar”*; sobre o apoio da parceria atual comenta *“então, essa pessoa hoje pra mim também é um apoio muito forte, mas eu tento, a gente tá sempre conversando, dialogando; e a gente tenta sair do lugar da dependência também um do outro assim, porque são várias coisas que a gente acredita e dentro disso a dependência, às vezes pode ser uma coisa um pouco complicada das relações, então a gente tá sempre trabalhando pra se apoiar, mas não depender”*

**08 - Mensagem para os outros** - símbolo de um **sol que irradia** (desenhado no peito), representa confiança, *“confiar no que tu sente, no que tu pensa, confiar nas próprias vivências também; e, buscar informação da forma que for possível”*

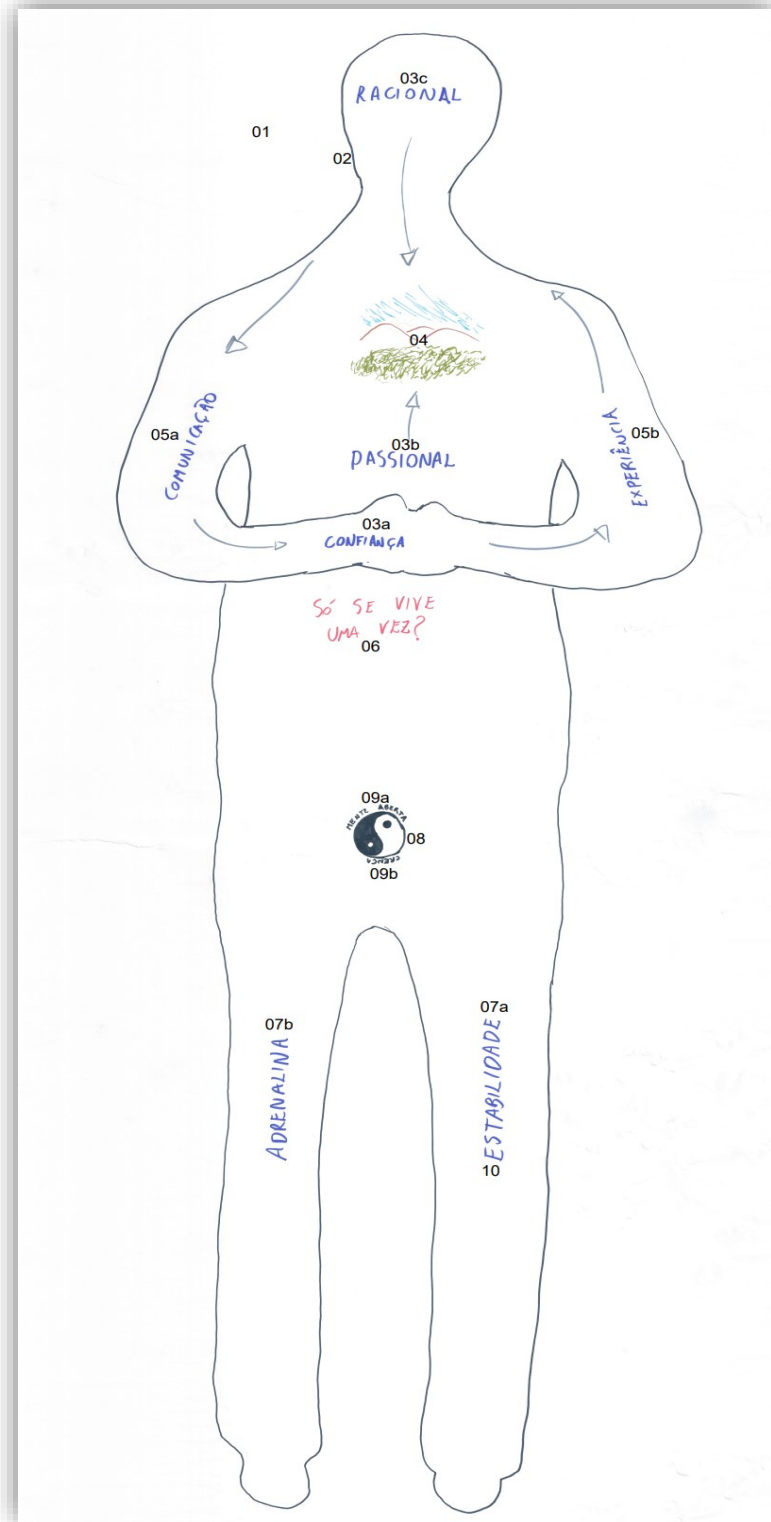
**Observações:** exercício **Pontos fortes e fracos** não foi realizado (devido esquecimento); não inseriu elementos no mapa do exercício **Desenhando o futuro**, mas comentou que tem desejo de ser uma referência nas questões de educação sexual para fomentar a representatividade nas questões de opções sexuais e de relacionamentos não monogâmicos, por exemplo

*“Então, esse mapa conta uma história de uma pessoa que tem o corpo posicionado de forma aberta, se permitindo estar e se dispondo a receber e compartilhar coisas. Essa pessoa tem um espelho na mão, ou próximo da mão, que tem a ver com representatividade e poder se enxergar em referências, em outras pessoas. Tem os cabelos coloridos, que também tem a ver com as transformações das suas fases da vida. Tem o sol que irradia no peito, que compartilha confiança e informação. Tem a borboleta no centro do corpo, que do centro expande para todas as partes, que também tem a ver com a transformação e estar presente e aproveitar os momentos importantes. Tem várias pequenas espirais na região da pelve, que são pequenas marcas internas no corpo, que já foram marcas de preocupação, mas hoje são só marcas que existem ali. E essa pessoa está apoiada num chão móvel onde ela tenta se equilibrar com vários traços e redes que criam esse suporte (...) e é isso.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **pansexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **21 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **união estável**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **não usa nenhuma prática contraceptiva**.

### 6.1.16 Mapa Corporal Narrado 16

Figura 20 – Mapa Corporal Narrado 16



Fonte: elaborado por participante 16 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de frente; braços cruzados sobre o corpo (mãos entrecruzadas também); é uma postura que costuma ficar, porque é mais confortável; acredita que hoje é mais **aberto** com relação ao tema; *“eu me diria bem aberto em relação a esse tema, como qualquer outro tema hoje em dia, eu sou bem mais aberto. É claro que a gente muda conforme o grupo que a gente tá conversando, eu falo um pouco mais abertamente, claro que a gente não sai falando tudo pra um grupo que não é de confiança, digamos assim”*

**02 - Cor para o contorno – preta**; *“o básico, preto”*; *“é mais fácil”*; comenta que as experiências que ao mesmo tempo são sexuais (que envolvem prazer) e que tem envolvimento passional (de sentimentos) são as que mais marcam; mas, lamenta o fato de que a maioria das suas experiências sexuais foram *“fora de um relacionamento de um namoro ou algo assim do tipo. Então, principalmente quando vem da parte da mulher, vem muito essa cobrança do ‘não é só sexo’ ou coisas assim desse tipo. Então, lidar com a pessoa mesmo que tu já tenha sido honesto desde o princípio, com o mesmo tema, ainda tem a cobrança, mesmo que já tenha tido a conversa pra não se ter a expectativa e já ter sido claro”*

**03 - Trajetória corporal e relacional** - palavras **(a) Confiança** (na altura das mãos cruzadas); **(b) Passional** (na altura do estômago); e **(c) Racional** (na cabeça); palavras remetem sobre o que sente e de que forma age nas experiências da escolha das práticas contraceptivas; a saber: *“é porque teve várias experiências, mas, já teve situações que teve a conversa antes ou depois do sexo, mas não foi com todas as pessoas, então; mas teve essa conversa tanto sobre o uso ou não de camisinha, por exemplo, e eu geralmente deixo mais a escolha da própria pessoa. Claro, eu tenho que me sentir confortável também. [Se pergunta] ‘Será que essa pessoa é limpa ou não?’ ‘Será que tem perigo ou não de ter uma gravidez?’ Às vezes eu penso, mas, geralmente eu sou um pouquinho pra não falar irracional, mas vou falar passional de novo, então, eu me deixo levar pelo momento, mas se a pessoa lá [fala] ‘não esquece a camisinha’ eu [digo] ‘não, sem problema’, vou lá e pego e etc; eu não brigo para não usar, por exemplo”*; sobre receio de engravidar alguma mulher comenta *“não, não (...) se eu for dizer que eu [vou] ficar preocupado com uma situação assim é antes de acontecer; é aquela preocupação de não fazer; é de eu não ter a ejaculação, por exemplo e etc; aí eu tenho essa (...) eu tenho mais essa preocupação nisso [de ter a prática contraceptiva do coito interrompido, quando não usa preservativo masculino] do que do depois, digamos assim”*; e conclui que *“é porque apesar de eu ser bastante passional em alguns casos, nesse caso eu sou bem até que racional, entre aspas racional, porque o certo mesmo seria usar camisinha alguma coisa desse sentido; [mas] no momento exato ali eu consigo me controlar, ter essa parte mental em dia; tipo ‘é melhor não’; tipo aquele eco na cabeça ‘é melhor tu não fazer isso’, [porque] a maioria das mulheres com quem eu tive [relação sexual sem preservativo] elas não foram tão racionais, se [não] dependesse da minha racionalidade naquele momento específico, teria acontecido, por exemplo”*; teve uma experiência que foi confrontado sobre a necessidade de se fazer uso de pílula do dia seguinte (contracepção de emergência), disse que não tinha ejaculado, mas deixou em aberto para a pessoa decidir sobre o uso (ou não) desta prática contraceptiva

**04 - Símbolo pessoal** - na ideia de representar calma e tranquilidade; *“se eu fosse botar alguma característica seria mais isso de calmo”*; uma **paisagem com um**

**gramado vasto** (montanha e céu); interliga as palavras racional e passional ao símbolo com setas; *“é a calma, digamos assim, o pensamento lógico junto com uma característica natural da pessoa, que eu entenderia mais como a parte passional da pessoa do que racional em si, a pessoa ser calma ou se manter calma vai muito de uma característica já da pessoa e não de um pensamento lógico que ela fez ali na hora”*

**05 - Palavras (a) Comunicação** (no braço direito) e **(b) Experiência** (no braço esquerdo), colocou setas para simbolizar um ciclo (ou que as palavras estão interligadas); a palavra comunicação foi retomada no exercício Mensagem para os outros que foi sugerido depois do item 10; *“não tem problema de ter a comunicação, de falar, de praticar a comunicação com a pessoa sobre temas assim, porque a gente tem muito esse tabu, esse preconceito, esse medo e etc de assuntos relacionados; então, seria mais ou menos isso e de arriscar, de tentar aos poucos”*

**06 - Slogan pessoal - Só de vive uma vez?**; inicialmente a frase veio sem o ponto de interrogação, mas se tivesse esse lema de vida “só de vive uma vez”, já teria feito muita *“merda”* na vida; após reflexão sobre transformar a frase em uma pergunta, passou a fazer sentido como lema pessoal relacionado com o tema da pesquisa, porque como pergunta a frase faz pensar e agir de forma mais consciente

**07 - Optou por não registrar nada no mapa sobre Marcas sob e sobre a peles;** mas, acrescentou as palavras **(a) Estabilidade** (na perna esquerda), remetendo a necessidade de *“estabilidade em todos os sentidos tanto emocional, quanto quando a gente vai fazer alguma coisa o ambiente também influência”*; e **(b) Adrenalina** (na perna direita) relacionado com *“sentido de emoção (...) carga emocional”*

**08 - Novo/outro símbolo pessoal – símbolo do Yin e Yang** (que é um símbolo que também o representa); *“é um símbolo mais genérico, mas, que remete bastante o equilíbrio que a pessoa tem que ter. O conceito do yin e yang é bem interessante. Não tô dizendo que tá certo ou errado, mas é bem interessante”*; *“todos os lados dentro da gente mas, a gente decide como usar o que é imposto pra gente, conforme a nossa vida vai passando”*; comenta que era muito tímido, *“era muito fechado, principalmente nessas questões, pra tirar a camisa dentro de casa era um trabalho; eu não tirava; se eu soubesse que tinha alguém eu não tirava a camisa; a timidez; a exposição do corpo; e eu sou quase que o inverso disso agora e veio naturalmente”*

**09 - Pontos fortes e pontos fracos** - ponto forte seria ter a **(a) Mente aberta**, para várias experiências, não só para coisas típicas que se diz que tem que se ter a mente aberta (exemplo, experimentar drogas); é também ser mente aberta para experimentar coisas simples da vida (exemplo, experimentar comer um bolo de milho); Ponto fraco seria ter ideologias, **(b) Crença**, pontuou que é julgador em algumas situações, e que não toparia ter uma experiência por curiosidade somente, tem que fazer sentido (exemplo, relação sexual com homem); *“apesar de ter a mente aberta. Às vezes a gente tem umas coisas”*; a expressão mente aberta e a palavra crença foram escritas ao redor do símbolo do Yin e Yang

**10 - Estruturas de apoio** - um **casal de amigos**, que trocam informações e conversam sobre o tema; a sua **própria experiência** também é um ponto de apoio; não inseriu novo elemento no mapa, esse item já está representado pela palavra **estabilidade** (já inserida no item 07); importante: não considera família como estrutura de apoio para este tema; *“não, não considero; eu considero entre aspas como experiência, porque a gente observa o que se passa no dia-a-dia; já tive parente que engravidou, um exemplo, de pessoas que engravidaram e cada um engravidou de um jeito, de uma maneira e em situações diferentes; e aí eu observo e analiso, julgo também, querendo ou não a gente acaba aprendendo com isso”*

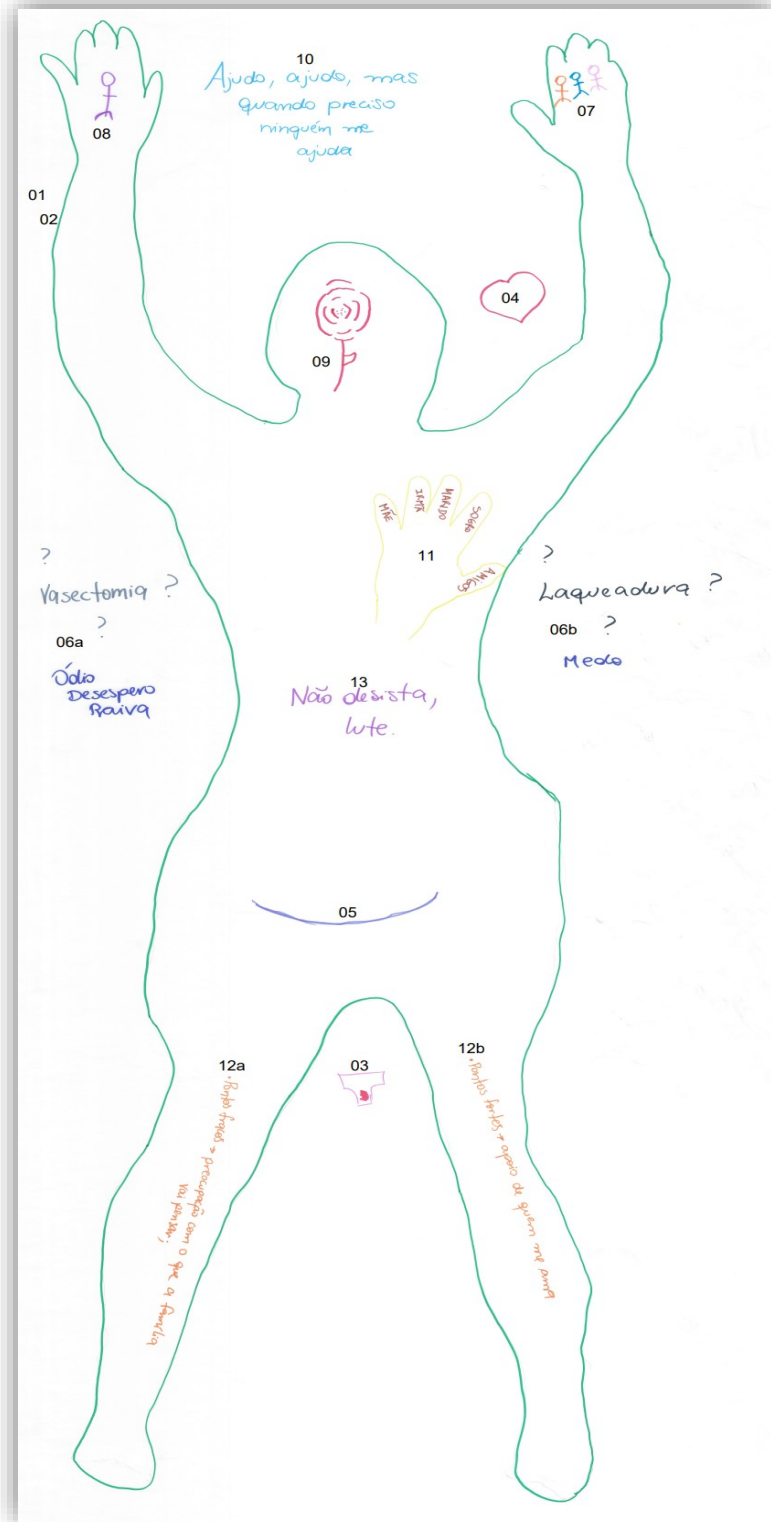
**Observação:** não quis mais inserir elementos no mapa, porque o mapa já estava harmônico/simétrico/alinhado, então sobre o exercício **Desenhando o futuro** comenta que não tem vontade de ter filhos; que gerar um filho *“é uma covardia”* e que pensar nisso *“é um bom (...) como é que eu posso falar (...), mas na brincadeira (...) é um bom contraceptivo pra na hora do ato tu pensar que tu não quer ter um filho”*; considera a possibilidade de ser um tutor/considera a adoção de uma criança

*“Se fosse para resumir esse mapa, a história dele seria que a gente é basicamente regido pela parte racional, obviamente a parte cerebral que comanda todas as funções do corpo. E, com outras coisas, outras atenuantes que acontecem durante a vida e que transformam muito a nossa parte passional no que rege as nossas atividades, os nossos comandos, que vão dar experiência, comunicação, que atrela com a confiança que a gente vai adquirindo dos momentos, das situações e das pessoas e que levam a gente a questionar. Que só se vive uma vez? Então, tem aqui a parte da estabilidade tanto ambiental, quanto de confiança, apoio e com uma parte de arriscar, que está muito anexado a adrenalina e a gente tem que ter esse equilíbrio, digamos assim, para ter uma vida estável. É praticamente isso da parte sexual, basicamente (...) resumidamente.”*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **homem cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **27 anos**; escolaridade: **superior incompleto**; estado civil: **solteiro**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **coito interrompido** ou usará **preservativo masculino** se parceria sexual (eventual ou fixa) solicitar e/ou se avaliar necessário para o momento.

### 6.1.17 Mapa Corporal Narrado 17

Figura 21 – Mapa Corporal Narrado 17



Fonte: elaborado por participante 17 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente, aberta e braços estendidos para cima**; fala sobre esse tema para quem perguntar, *“se perguntar as coisas eu falo; que a gente tem que se expor pra todo mundo”*

**02 - Cor para o contorno** - **verde**, *“esperança”*

**03 - Trajetória corporal e relacional** - símbolo de uma **calcinha manchada de sangue**, para representar o episódio da primeira menstruação e da falta de orientação em casa; marcou tanto que todo “Dia da Árvore”, lembra que foi o dia que menstruou pela primeira vez; como não recebeu orientação sobre menstruação em casa, não soube o que fazer e guardou a calcinha mesmo manchada de sangue, diz que *“a mãe quis dar na minha cara; mas, não sentou e chegou a conversar; ‘oh, menstruação, agora tu vai ovular, agora tu vai fazer isso, pode engravidar’ (...);”*; comenta que hoje conversa com sua filha sobre esse assunto, *“agora falo mais com a minha filha, com a minha filha eu falo; ela também ficou menstruada com dez anos, agora eu explico, ‘é assim, assim, assim, agora engravida, tens que tomar cuidado, não é só a gravidez, é doença também’ (...);”*; mesmo falando sobre esses assuntos com a filha lamenta que a mesma não contou para ela quanto *“perdeu a virgindade”, “chorei um monte, briguei com ela, disse ‘eu sou tu amiga, tens que contar pra mim, eu já conversei contigo’ (...);”*; filha usa anticoncepcional injetável mensal, comenta que ajuda a controlar as aplicações das injeções

**04** - Símbolo de um **coração** (desenhado fora do corpo), simboliza a primeira relação sexual; *“foi porque eu quis, eu gostava de um menino, ele gostava de mim, também foi na euforia, eu não entendia, não sei se ele entendia também, aí foi”*; sangrava bastante (não sabia porque isso acontecia); não usou método contraceptivo na primeira relação sexual; a primeira vez que teve conhecimento e acesso as práticas contraceptivas foi aos 18 anos, quando se casou, *“casei com dezoito, aí que eu fui ver, que daí fui no posto [Centro de Saúde], fui pra não engravidar, porque era nova também”*; foi prescrito pílula (anticoncepcional oral combinado); *“era o que tinha e porque acho que na época não tinha injeção, não sei se tinha e ainda era comprado, e como eu tenho muito hormônio eles me receitaram pra comprar, tomava direitinho, tomava aquela que também tomava direto e não menstruava, não tem?”*; acrescenta que também usava *“camisinha”, “porque eu tinha medo [de engravidar] eu tinha medo e assim queria aproveitar mais a vida, porque eu sabia se tivesse filho, não era coisa; mas, ia afetar muita coisa”*

**05 - Marca sobre a pele** - **cicatriz das cesárias**, representa a história das gestações e partos; primeira gravidez foi planejada (tinha 26 anos na época); foi uma gravidez de alto risco *“porque eu tive pressão alta”*; primeira filha nasceu aos 7 meses; segunda gravidez também foi *“planejada”* (ri quando fala; porque estava bêbada depois de um show), na época tinha 32 anos; também foi gravidez de risco; marido optou por fazer vasectomia, a decisão foi dele, após ter assistido o parto do segundo filho e ver o que ela passou no procedimento cirúrgico da cesárea; aos 38 anos descobriu uma nova gravidez, *“foi um susto, porque eu tava trabalhando e sentia muita dor no estômago, mas até aí eu dizia que não, não era nada e as gurias [colegas de trabalho falavam] ‘faz exame’ (...)* [respondia] *‘não, meu marido tem vasectomia’ (...);”*; fez o exame de gravidez de urina (de farmácia) e ligou para o marido contando o que aconteceu, *“eu tô grávida, eu tô grávida (...) mas, eu não te trai, eu não te trai, eu não te trai, juro pra ti que eu não te trai”*; diante de toda essa



situação teve pensamento de morrer (ideação suicida); gestação foi de alto risco pelas questões da hipertensão e também por conta da depressão (devido tudo o que aconteceu), *“eu vivia na maternidade, porque eu vivia em depressão, só chorava, só chorava”*

**06** - Insere no mapa as palavras **(a) Vasectomia, com pontos de interrogação** ao lado e acrescido com as palavras **ódio, desespero e raiva**, por conta dos sentimentos vivenciados quando da falha desde método, que resultou em uma gravidez inesperada **(b) Laqueadura, também com pontos de interrogação** ao redor, método de anticoncepção definitivo que fez após último parto, ainda sente **medo** (acrescenta essa palavra) de o método falhar como a esterilização do marido falhou; por conta deste receio, no momento, quando tem relação sexual marido usa preservativo, *“eu tô usando camisinha direto”*

**07** - Símbolo dos **três filhos** (na mão esquerda); simboliza histórico reprodutivo e questões sobre maternidade; especialmente sobre o último filho, comenta *“porque se eu não tivesse o meu filho agora, não sei o que seria, não sei o que seria de mim agora sem ele”*; porque nos últimos anos enfrentou situações críticas de saúde-doença com sua mãe e irmã (ambas faleceram); filhos, especialmente o filho mais novo (por ser mais dependente), foram apoio para continuar fazendo as coisas, continuar vivendo; *“é uma felicidade, uma alegria, pra mim”*

**08** - Símbolo do **marido** (na mão direita); representa o apoio do marido, principalmente durante a última gravidez; *“ele me apoiou bastante, até estranhei, porque das duas gravidezes ele trabalhava muito, entendeu? Esse aí [na última gravidez] ele me apoiou bastante, até esse último agora é bem puxa-saco dele”*

**09 - Autorretrato simbólico - uma flor** (na face), representa ajudar os outros; *“ajudar o próximo (...) de se precisar pode contar”*; é algo natural para ela ajudar as pessoas (na família, no trabalho, na vizinhança)

**10 - Slogan pessoal - Ajudo, ajudo, mas quando preciso ninguém me ajuda**; representa momentos em que não teve apoio (situação de doença na família e até mesmo dos olhares de desconfiança sobre a última gravidez por parte de algumas pessoas)

**11 - Estruturas de apoio - contorno de uma mão** (na região do coração), insere as palavras que representaram as pessoas que apoiaram no evento da falha da vasectomia - **mãe, irmã, marido, sogro** (que escreveu uma mensagem de apoio; *“ele me chama de minha filha (...) ‘não minha filha eu confio em ti, tu nunca faria isso com o meu filho, esse neto é meu, eu te amo’ (...).”*) e **amigos**, acrescenta que *“dá até de contar nos dedos”*; sobre as outras pessoas comenta *“o resto todo mundo falava mal de mim, se eu passasse, se eu tivesse numa festa, saísse, o comentário era eu (...) ‘essa aí [a gravidez] é do outro, essa aí é do outro’ (...).”*

**12 - (a) Ponto fraco** – entendido como barreira que ainda existe, a preocupação com que a família vai pensar (porque ainda tem comentários de preconceitos/dúvidas sobre a terceira gravidez, ainda que em tom de brincadeira);

**(b) Ponto forte** – entendido como fortaleza, o apoio de quem a ama; *“a acolhida de quem me ama”*

**13 - Mensagem para os outros - Não desista, lute;** remete a experiência da falha da vasectomia do marido que acarretou na terceira gravidez, que foi uma gravidez imprevista, *“porque se não fosse (...) tinha desistido, tinha feito um aborto, teria me matado, porque até tu entender que deu errado”*

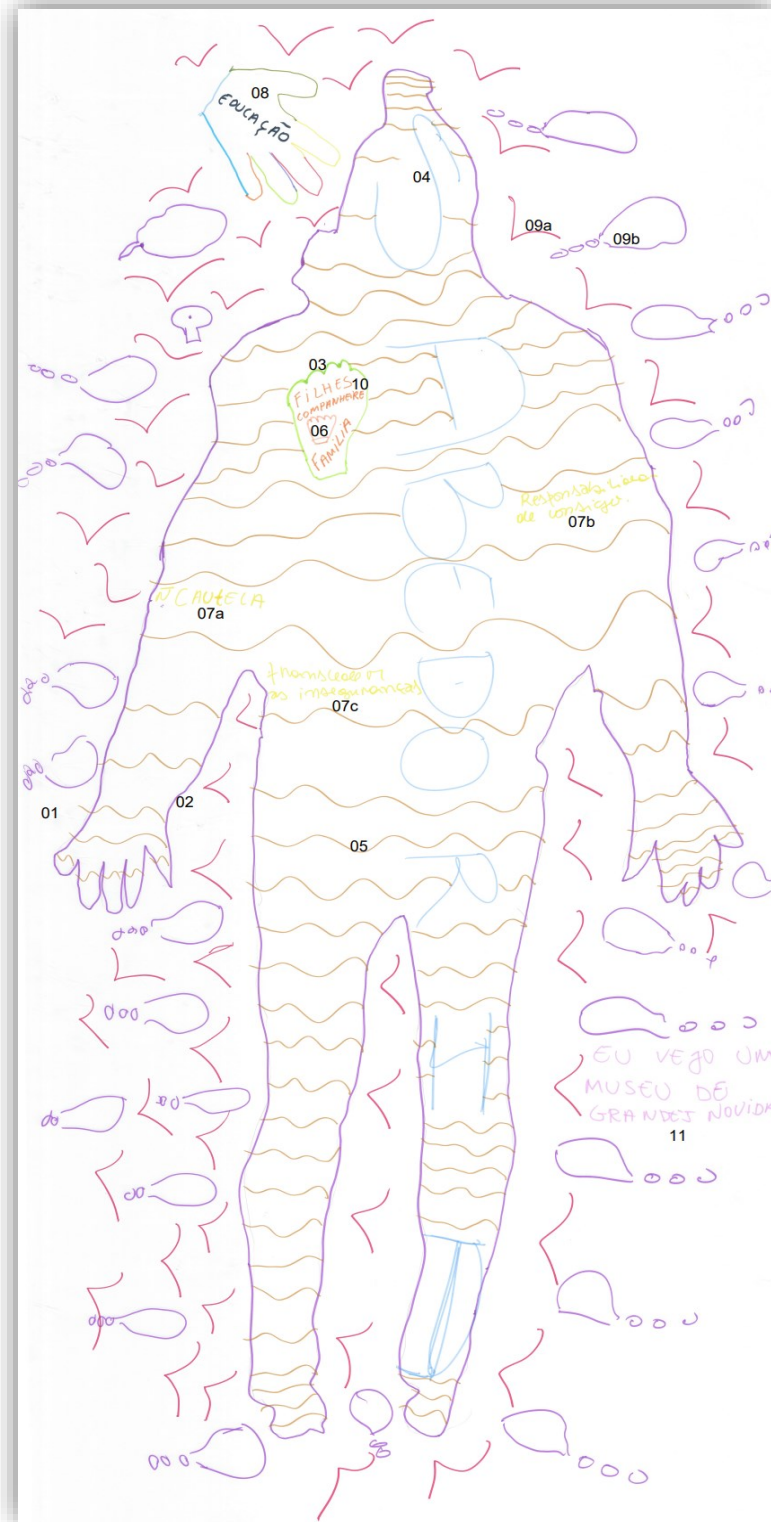
**Observação:** no exercício **Desenhando o futuro**, não acrescenta mais elementos no mapa, mas fala que tem perspectivas de *“que a laqueadura dê certo pro resto da vida”*; e manter cuidados com filhos, orientando todos (a menina e os meninos) sobre este tema

*“Essa história que o mapa conta é uma história não muito boa, que é a vasectomia que não deu certo. As três cesárias foram de risco, mas, no fundo (...) não deu certo no lugar, mas, como o apoio da família, dos dois filhos que eu tinha, não fiz besteira, não, não tirei a minha vida. Com o apoio (...) quem me apoiou mesmo foi a família, a família. Fiz a laqueadura, tenho medo até agora de engravidar de novo, porque posso engravidar. A marca da laqueadura que (...) da cesárea que vou levar para a vida toda. A história da mãe que nunca me explicou nada sobre o que é sexologia, o que é menstruação, o que é (...) ‘porque tu perdesse a virgindade’ (...). E também não desistir. Não desistir e lutar por quem eu amo.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **mulher cis**; orientação sexual: **heterossexual**; raça autodeclarada: **branca**; idade: **40 anos**; escolaridade: **ensino médio completo**; estado civil: **união estável**; **com filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **esterilização** (Laqueadura) e parceiro fixo usa **preservativo masculino**.

### 6.1.18 Mapa Corporal Narrado 18

Figura 22 – Mapa Corporal Narrado 18



Fonte: elaborado por participante 18 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de frente e **palmas das mãos viradas para frente**; o que remete ao fato de se colocar de frente para o tema, que entende a temática como uma construção social, fala de aprendizado (postura de aprendiz), postura bem flexível e de pensar; acrescenta que *“é temporal, acho que tem um determinado tempo que isso acontece, acho importante todas as pessoas terem esse processo, que é um processo de descoberta do seu corpo, do corpo do outro também, essa interação eu acho que é construída também socialmente, eu acredito que não é determinado, pré-determinado como tá construído aí na sociedade, eu acredito que durante o processo da vivência é que a gente vai se descobrindo, é que a gente vai se identificando com que a gente gosta e o que a gente não gosta”*

**02 - Cor do contorno – lilás** (não ficou claro neste momento do contorno o motivo da escolha desta cor, mas ao longo do processo da construção do mapa foi buscando por usar cores neutras)

**03 - Trajetória corporal e relacional** - símbolo de um **punho fechado** (na altura do peito, lado direito), remete a superação (tanto da mãe, quanto a dele); *“é porque (suspirou) ela superou a gravidez na adolescência. E, eu acho que eu também superei essa gravidez na adolescência dela”*; sobre ter orientação em casa sobre o tema, comenta *“a gente não tinha muitas conversas assim, não me recordo porque talvez, não sei, até porque ela não teve acesso também a educação, a minha mãe ela não concluiu o ensino médio; então, não teve muito acesso assim as oportunidades na vida, ela teve que trabalhar, nos teve cedo, com dois filhos, ela sempre foi muito de trabalhar, então, normalmente a gente não conversava muito”*

**04** - Escreve de azul claro a palavra **Sabedoria** (escrito na vertical), letras bem grandes, porque quer que essa palavra percorra todo o corpo (da ponta da cabeça até o pé esquerdo); simboliza essa descoberta, aprendizado com relação a pansexualidade e ao não binarismo; *“eu me coloco como uma pessoa que gosta de pessoas, que a gente diz que é pansexual; então, tipo na minha trajetória da minha sexualidade, da minha orientação sexual, que o que a gente se sente atraído fisicamente, eu não tenho nada definido na minha cabeça, tipo fechado (...) tipo ‘ah, eu me atraio por mulheres, por homens, eu me atraio por pessoas’, por acreditar que é construído dessa forma, sexualmente eu me comporto assim, eu me apresento assim”*; reforça que isso é ainda uma descoberta, *“isso foi gradativamente que eu fui me descobrindo, eu vivencio essa sexualidade ainda de descoberta, eu ainda estou neste percurso”*; acrescenta *“quero, porque é esse processo que eu estou, que eu me sinto, eu me sinto assim, sabe? Me sinto assim, quero me sentir bem dessa forma, independente do que as pessoas podem achar, se é de homem, se é de mulher ou não, entendeu?”*; lamenta *“mas, é um desafio, porque tanto pra gente da comunidade LGBTQIA+ às vezes até mesmo a própria comunidade não entende, às vezes a própria comunidade é preconceituosa, os nossos pares”*; continua *“eu sinto no olhar, eu sinto na fala, eu sinto, às vezes eu fico ‘aí meu Deus’ [e] isso causa insegurança, isso causa um monte de coisa nesse processo de construção, sabe? Que eu acredito que só devia ter respeito, acho que dentro do (...) é muito subjetivo, a construção da sexualidade, então, acho que o respeito e aceitar como o outro se constrói é fundamental”*; sugere *“é (...) porque às vezes eu fico [pensando e questionando] por que a gente tem que discutir tanto sobre pessoas que são ditas como desviantes da padronização da sociedade e não se discute muito sobre os héteros, sobre a heterossexualidade, essa construção?; porque a gente sempre é*

*alvo de discussões? (...) percebo que não se discute muito sobre heterossexualidade, que [deveria] ser discutida muito inclusive, que essa é, pra mim, que eu acho que é a sexualidade problemática, porque a não aceitação vem muita das vezes das pessoas heterossexuais, então tem que ser tratado, ser discutida essa identidade”*

**05 - Símbolo pessoal - a água** (faz **ondinhas**, na horizontal, **pelo corpo todo**, na cor laranja escuro), porque remete a fluidez; remete a cura; remete a purificação e limpeza espiritual; *“eu sou muito ligado a água sabe; gosto muito de mar, gosto muito de rio; aí eu coloco a água porque a água pra mim é sabedoria também; pra mim a água é o momento em que eu possa refletir sobre a minha vida, sobre a minha sexualidade, sobre quem eu sou, sobre as minhas relações e isso assim”*

**06 - Marcas sobre e sob a pele** - símbolo de um **punho pequeno** dentro do punho grande (que foi inserido no exercício 03); remete a superação pelo diagnóstico e seguimento de uma doença, ainda muito estigmatizada socialmente; *“e isso é um marca, uma marca psicológica, é uma marca emocional, é uma marca que mexe todas as estruturas dentro dessa sexualidade, por isso que eu coloquei sabedoria”*; sobre as experiências da escolha de práticas contraceptivas comenta que tinha a prática do coito interrompido; já usou preservativos masculinos (não em todas as relações sexuais); *“tipo em alguns momentos a gente tem esses vacilos, infelizmente de fazer o sexo sem preservativo; que a gente aprende, a gente vai assim ‘não isso não pode acontecer, isso não pode acontecer’; porque tem o risco disso tudo, tem essas questões todas; isso causa um pouco de transtorno mas, tipo acho que agora assim é não tentar fazer, nunca dê margem, porque a gente sabe das consequências também disso, por isso que eu coloquei sabedoria também”*; relembra que já aconteceu de parceira sexual precisar usar contracepção de emergência; no momento, o uso do preservativo masculino é dado como certo

**07 - Ponto fraco** - *“o meu ponto fraco é (...) cautela. Talvez eu não tenha tido cautela.”*; escreve **(a) Ñ** (não) **cautela** (escrito dentro do corpo); **Pontos fortes** - **(b) Responsabilidade consigo**; **(c) Transcender as inseguranças**; *“transcender é (...) transcender. É porque esse processo todo, tanto de [ter tido um diagnóstico de uma doença], quanto tá um ser não binário. É (...) é preciso um trabalho de transcendência todos os dias, superando sempre alguma coisa, superando sempre”*

**08 - Estruturas de apoio** - a educação que recebeu; formação libertadora, foi uma forma de apoio em toda a sua trajetória; quando do diagnóstico de uma doença teve apoio de pares LGBTQIA+; símbolo de uma **mão colorida** (ao lado da cabeça; mão com os dedos virados para baixo), *“perto da cabeça porque saúde mental, me ajudaram muito psicologicamente”*; contornou a mão com diversas cores simbolizando a bandeira do movimento LGBTQIA+; escreve a palavra **Educação** (dentro da mão), que também tem o significado de uma pessoa dentro dessa rede de educação que o apoiou/o acolheu; acrescenta que *“a educação, mas eu acho que ela é fundamental, mas tem que ser uma educação crítica, política, uma educação libertadora; a gente acredita em uma outra forma de educação, que não é essa que a gente aprende só pra reproduzir, a gente realmente aprende pra refletir, pra ser crítico, pra evoluir como pessoa, profissional”*

**09 - Mensagem para os outros** - *“Liberdade com entendimento”*; ao redor de todo o corpo fez símbolos intercalados (mais juntos) como se perfil de **(a) pássaros** (simbolizando liberdade) e outro como **(b) balões de pensamento** (simbolizando entendimento); avalia que a construção deste mapa para ele transmitiu uma ideia/uma mensagem de autoconhecimento

**10 - Desenhando o futuro** - dentro do punho maior escreve as palavras **Filhes, Companheiro e Família**; quer construir uma família, dentro do seu entendimento de família; e isso também se configura com superação; *“coloquei aqui porque é a parte mais íntima, da família e de tudo, e família eu acho que é superação pelo meu processo”*

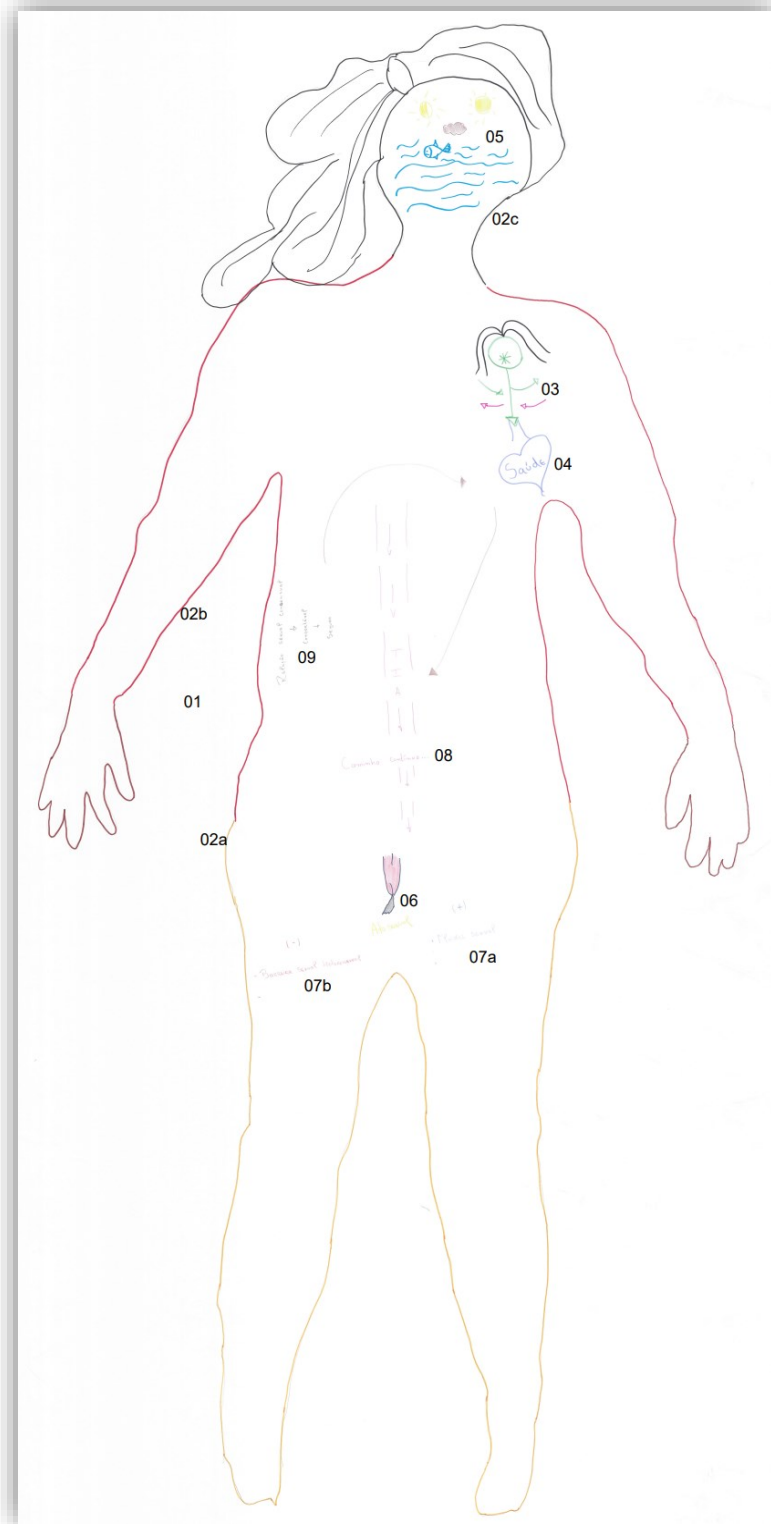
**11 - Slogan pessoal** - **Eu vejo um museu de grandes novidades**; *“é (...) aquilo que eu já tenho pra descobrir, da minha sexualidade dentro de mim”*; resposta para esse exercício só veio no final do processo de mapeamento corporal

*“Esse mapa ele conta a história de uma pessoa em constante processo de desconstrução social, que vive uma sexualidade fluida, que não é uma sexualidade fechada e que precisa pensar muito sobre isso, precisa ter um entendimento todo dia dessa sexualidade. É um mapa que apresenta as superações; é um mapa que apresenta anseios para se viver; muita curiosidade de se viver a construção dessa sexualidade, desse corpo; é um mapa também que apresenta um aprendizado, uma trajetória de sabedoria sobre si, de sabedoria sobre o seu corpo, de ir para um autoconhecimento do seu corpo e agora de saber quais são os seus limites; é um mapa que ele representa um processo de amadurecimento e conhecimento, e deixar que foi, aquilo tudo que atingiu no passado, que claro que constrói a minha história sexual, a minha sexualidade, a minha vida familiar, tá envolvida nisso tudo; mas, é um mapa que tá fluido, que tem as águas que curam esses processos todos. E, a partir desse processo de reconstrução, ele representa isso também, a cura. E a construção de uma sexualidade fluida, não quero dizer hídrica, mas fluida.”*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **pessoa não binária**; orientação sexual: **pansexual**; raça autodeclarada: **pardo**; idade: **30 anos**; escolaridade: **pós-graduação**; estado civil: **solteiro**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **preservativo masculino**.

### 6.1.19 Mapa Corporal Narrado 19

Figura 23 – Mapa Corporal Narrado 19



Fonte: elaborado por participante 19 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente, normal, neutra**; mas, **não muito aberta** para o tema; não é a pessoa que levanta este assunto, mas também não deixa de falar se for preciso; conversa mais sobre esse tema com amigos, não com a família; *“na família não, nunca; mas, com amigos assim íntimos é mais corriqueiro; mas, não é uma assunto que eu costumo falar sempre, na verdade; não vai sair de mim, não vai ser uma abordagem, um assunto que eu vou jogar na roda, não vou”*

**02 - Cores para o contorno** - **(a) amarelo** (nas pernas); **(b) vermelho** (tronco e braços); **(c) preto** (cabeça); escolha das cores por gosto (preferência)

**03 - Trajetória corporal e relacional** - símbolo de **um pêndulo**, que depois se transformou em uma **bonequinha**; *“sou eu dentro de mim mesma”* (no canto esquerdo do peito) que simboliza esse pêndulo (que ora vai e ora volta) e que representa os relacionamentos que teve/tem com mulheres e homens; *“é pra mim é bem tipo fora do normal, não muito hoje em dia; a minha experiência sexual foi com mulher, na verdade; e tipo depois dos meus 18 anos, eu tinha 19 anos, então, essa foi a minha experiência tipo que me marcou mesmo e por isso que talvez eu não fale muito sobre isso, porque eu namorei um tempão com essa garota, daí depois que eu fui me relacionando com homens, não com muita frequência, hoje em dia até mais”*; sobre relacionamentos com mulheres, em detrimento (ou restrições) dos relacionamentos com homens comenta *“talvez sim, pelo tanto de violência, que tem entre homens e mulheres, relacionamentos tóxicos também, não que a relação entre duas mulheres ou entre dois homens não tenha; mas, o tanto que se debateu com mulheres sendo vítimas de violência doméstica, faz isso talvez (...) quis que eu não tivesse uma conexão muito grande com homens também, que eu não queria ter uma relação heterossexual e tudo mais”*

**04** - Símbolo de um **coração** escrito a palavra **saúde** dentro; significa todas as experiências que teve situações de potencial risco (de se colocar em insegurança para gravidez e infecções sexualmente transmissíveis); sobre experiências de uso (ou não) de práticas contraceptivas, diz *“eu sempre quis usar, sempre que me relacionei com homens eu só me relacionava se tivesse camisinha, porque eu sempre fui neurótica com gravidez e doenças e tudo mais; algumas vezes não rolou, confesso; nem foi escolha minha (...) foi escolha minha; mas, rolou sem mesmo por questão (...) daí eu tive essa preocupação se tava (...) que eu vou tá susceptível a me contagiar por algum tipo de doença, ou gravidez; de doença, que eu não engravide; aí teve aquela preocupação de não ejacular dentro; sempre fico nessa pira de achar que vou engravidar”*; comenta que parcerias eventuais fazem uso de preservativo masculino, eventualmente; também fazem coito interrompido e já precisou usar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte); *“eu acho que insegurança, eu acho que a gente tem que ser segura, tem que se sentir segura com a gente mesmo, apesar da gente se colocar nesse estado de insegurança, a gente tem que se manter mais aqui que a gente tem que ser mais segura (...) do que tá oscilando entre insegurança; manter pra poder se manter segura, manter-se seguro”*

**05 - Autorretrato simbólico** - **uma paisagem** que remete a **praia** (desenhou o mar, o peixe, a nuvem e o sol [colocou dois sóis para representar os olhos]); comenta que essa paisagem de praia remete a calma; quando sai desse estado de tranquilidade, geralmente é por fatores estressantes por ter se exposto às



doenças e/ou gravidez; isso acontece quando bêbada (gosta de beber muito); relata que diz para si mesma que *“eu não vou mais me submeter a isso, eu não vou transar sem camisinha, porque eu não quero ficar nessa pira, não quero; porque é horrível e tudo mais; quando eu vi no início do ano pra cá eu fiz tudo de novo; eu disse ‘porra, que merda’ (...)”*; mas, pondera que *“dessa última vez eu não fiquei tensa, porque eu meio que queria, só que não queria; porque tava muito bêbada e não (...) eu não fui pra fazer isso, entendeu? Só fiquei chateada por conta disso, mas não fiquei tão pirada dessa última vez, parece que eu tava mais segura de que não era tão grave assim como das outras vezes”*; não registrou no mapa, mas comenta que estudou em escola de freiras, *“eu era bem rebelde na verdade; eu tô menos agora, esse ano eu tô mais contida, sempre fui radical”* e que não se recorda muito bem das orientações sobre essa temática recebidas durante a adolescência, na família

**06 - Marcas sobre a pele** - desenha *“algo que nunca mais voltou para o lugar”* (não detalhou o que era) na altura da região genital, diz que vai ser engraçado que ninguém vai saber o que é; marca foi gerada por algo mais intenso (não foi agressão) durante a relação sexual; escreveu a **expressão ato sexual** embaixo do desenho

**07 - Ponto forte (a)** faz o  **sinal de + (positivo)** e escreve  **fluidez sexual**; **Ponto fraco (b)** faz o  **sinal de - (negativo)** e escreve  **barreira sexual heterossexual**; *“apesar de não ter problema nenhum de me relacionar [com homem] mas, eu tenho aquele estigma de não querer que qualquer homem me veja num momento íntimo, que eu não tenho com mulheres, já”*; pontua a questão do uso e abuso de álcool; *“com certeza é, apesar de eu não querer, já, já sofri aquelas (...) aqueles abusos, sabe? Por conta do álcool, que a gente se submete a isso. Mas, a gente tá só ali pelo álcool”* (não insere símbolo relacionado com o uso de álcool)

**08 - Estruturas de apoio** - faz um símbolo que remete a  **caminho/percurso/trajetória** (no centro do corpo), escreve a palavra  **tia** na vertical e a expressão  **caminho contínuo** logo abaixo; significa apoio indireto da tia, validando as suas escolhas; *“por apresentar uma aparência é ereta, rígida, que tu é forte, entendeu? Que tu não precisa de dicas de como lidar com homem, porque aparentemente tu lida com eles muito bem; meio que eu senti, que é esse caminho mesmo, que eu não precisava fazer mais nada, que esse caminho era o que eu deveria seguir”*

**09 - Mensagem para os outros** - escreve  **Relação Sexual Consensual - Confortável – Segura**

**Observação:** elementos do exercício  **Desenhando o futuro** não foram inseridos no mapa, mas comenta que *“talvez eu não tenha filhos, como é que fala? Eu tô romantizando a minha trajetória futura de ter, de concluir tudo que eu me (...) e no final, o bebê, aquela cereja de bolo, sabe? E é a cereja de bolo, talvez (...), mas, eu não sei se eu quero essa cereja, talvez eu queira outra fruta, brincadeira, mas, é isso”*; quer superar a barreira de relacionamentos com homens, *“chegar esse momento que eu não vou precisar pontuar uma relação entre um homem, porque essa relação tá sendo consensual, tá sendo confortável, tá sendo segura”*; tem

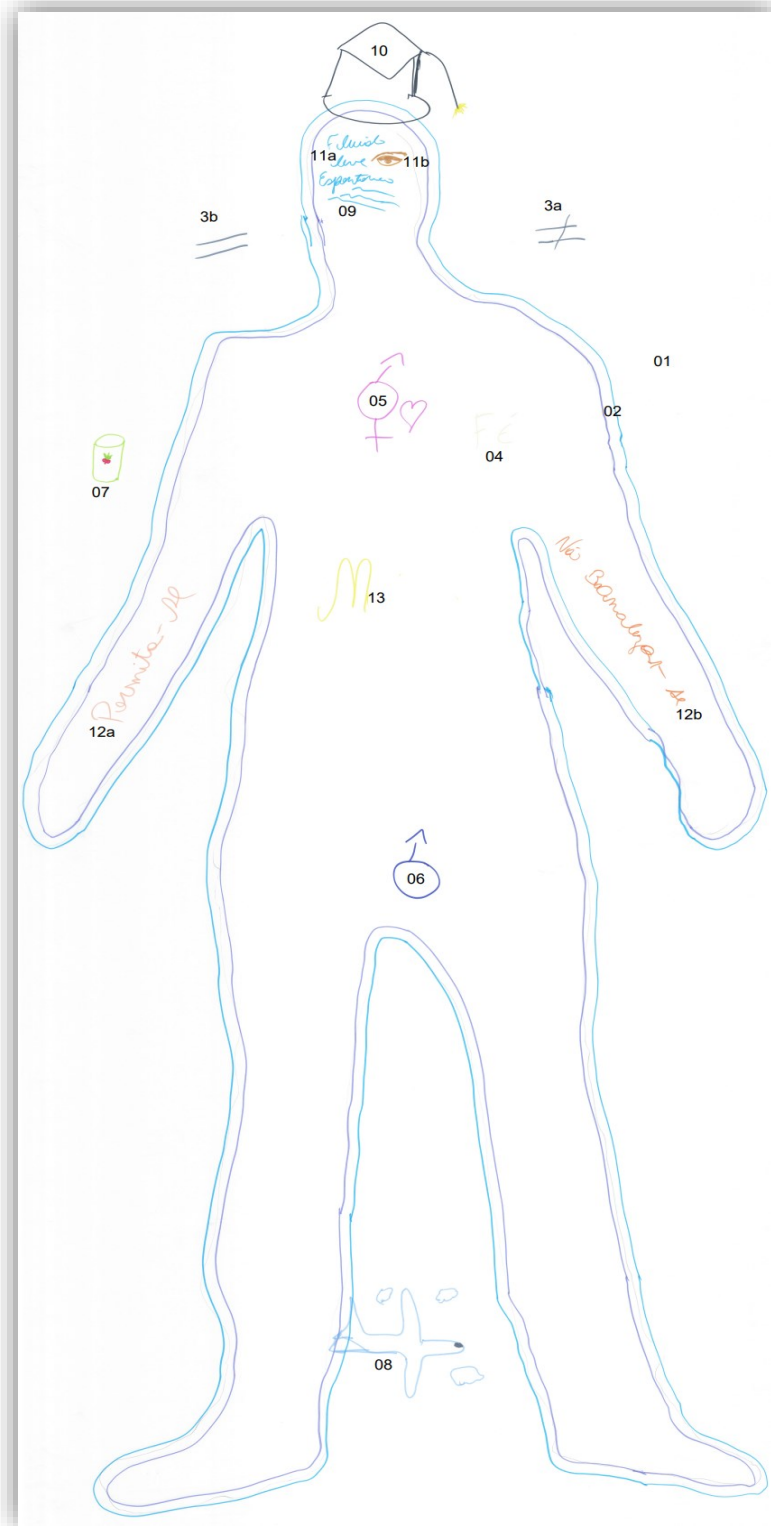
muitos questionamentos sobre o futuro, sobre estudos, sobre onde morar, sobre a “*correria da vida*”

*“Então, esse o mapa que me transcreve em símbolos e em palavras algo que eu sinto que eu sou ou que eu quero ser. Tranquila e sentir a tranquilidade no meu rosto, como se eu tivesse sempre na praia e tranquila. Sou alguém que tá sempre disposta a se envolver, independente de homem ou mulher, baixo ou alto. Ter uma relação (...) é criar conexões saudáveis de relacionamentos sexuais, fraternos, de forma tranquila, agradável, segura. Continuar o meu caminho de se relacionar com as pessoas, tentando quebrar paradigmas de relações doentias, que a gente acaba se colocando nessas situações; procuro manter uma relação confortável, segura e consensual com as pessoas, tentando sempre me posicionar. Ter aquela segurança de que tu não vai invadir a pessoa por ser assim, enfim se ponderando pra tentar ter uma relação fluida com as pessoas(...) é isso.”*

Sexo do nascimento: **feminino**; se identifica com o gênero: **pessoa não binária**; orientação sexual: **pansexual**; raça autodeclarada: **preta**; idade: **29 anos**; escolaridade: **superior completo**; estado civil: **solteira**; **sem filhos**; no momento usa como prática contraceptiva: **coito interrompido** ou parceria sexual (eventual ou fixa) usará **preservativo masculino**.

### 6.1.20 Mapa Corporal Narrado 20

Figura 24 – Mapa Corporal Narrado 20



Fonte: elaborado por participante 20 e autora

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente, aberto** para o tema; *“pra mim é um tema tranquilo; é um tema que eu fico aberto pra falar, eu expesso as minhas experiências; então, eu não fico constrangido, me posiciono em relação a sexualidade em todos os ambientes em que eu frequento; então, eu acho que é aberto”*; mas, nem sempre foi assim, *“então, eu vejo que esse tema, quando eu penso nele, eu vejo como que a parte de entendimento ou de conversa sobre ele era aberta, mas de apropriação minha era [a parte] complicada”* devido ao *“fato de ser gay, vivendo nos anos 90, não foi fácil”*

**02 - Cores para o contorno** - duas cores para fazer o contorno ao mesmo tempo (**azul e roxo**); fez um **contorno duplo**; *“ah não sei, acho que fica mais apresentável”*; demonstra que está gostando do exercício, *“que louco [parece] terapia ocupacional”*

**03 - Trajetória corporal e relacional** - **(a) símbolo de diferente (#)** no lado esquerdo do corpo (perto do ombro esquerdo, na altura da cabeça); *“tipo, talvez no início, de entender que eu entendi talvez algo como diferente; então pode ser o símbolo do diferente”*; e *“um lado assim, que na verdade hoje eu entendo como igual”*, por isso acrescenta o **(b) símbolo de igual (=)** no lado direito do corpo (na mesma altura do símbolo diferente, só que do outro lado); conclui *“como todo mundo, igual”*

**04** - Escreve a palavra **Fé** (de lápis/bem claro) na altura do peito (lado esquerdo); remete ao fato de ser criado no meio religioso; *“era algo que eu não (...) pra mim era proibido por Deus; então, era que eu me bloqueava, que eu não me permitia”*; *“que tipo, que era pecado, que consumir atos era pecado. Sentir, pensar, desejar tudo bem, entendia como tudo bem, mas o consumir o ato era o pecado [e] eu não poderia fazer isso”*

**05** - Insere no mapa, na altura do peito (parte central) um símbolo que contém ao mesmo tempo o **símbolo do feminino e do masculino**; faz um **coração do lado**; remete a ideia de sentimento, não importando o sexo/gênero da pessoa com relação a essa questão de afeto; primeiro beijo foi com uma menina (foi natural, não foi algo forçado); primeira relação sexual foi com um homem quando tinha 21 anos (foi legal, não foi nada forçado, mas depois ficou mal, sentiu-se culpado); só voltou a ter relação sexual, dessa vez relação heterossexual, aos 24 anos; nesta experiência foi *“a primeira vez que a gente transou; então, foi sem camisinha e tal; daí ela teve que tomar a pílula do dia seguinte; teve uma neura de ter uma atraso de quase uma semana na menstruação e tudo mais”*; comenta que também teve relação sexual com homem trans, mas neste caso já foi programado a usar camisinha e a fazer coito interrompido

**06** - Insere no mapa o **símbolo do masculino** (próximo a região genital); remete a ideia da orientação sexual homossexual (reforçando a ideia de que sua busca, quando pensa em sexo, é por homem); sobre as relações sexuais com pessoas com sexo feminino diz que foram *“coisas que aconteceram ao acaso e não que eu busquei”*, mas que fazem parte da sua história e aconteceram naturalmente; comenta que passou por conflitos por conta de medo de infecções sexualmente transmissíveis, caso acontecesse achava que seria *“castigo de Deus”*; pediu

desligamento da Igreja, mas não contou o motivo; na época também não tinha referências sobre a comunidade LGBTQIA+; *“a primeira vez que eu falei pra mim mesmo que eu era gay eu tinha 26, 25 anos, por aí 24 pra 25 (...)”*; depois de se assumir para si mesmo, passou a se relacionar com grupo pequeno de amigos onde pode ser o que sempre foi/é

**07** - Símbolo de uma **lata de guaraná**; representa o relacionamento afetivo-sexual mais longo que já teve, eram um casal (conviviam como uma família); recorda de um episódio vivenciado na UTI onde o conheceu; quando uma profissional de saúde teve uma postura/fala de julgamento sobre o quadro clínico deste homem; *“esse aí vai morrer e eu não tenho a menor pena; ele nem quis se importar; ele sabia da doença a cinco anos e nunca fez nada e nunca tomava o remédio”*

**08** - Símbolo de **avião**, para representar a mudança de Estado; avalia que neste novo Estado tem mais possibilidades de vivenciar a sua sexualidade; no outro Estado era/é tudo muito padrão; desenha o avião perto dos pés (simboliza mudança); quando assumiu a sua opção sexual para família, pai e mãe aceitaram do jeito deles, irmã não aceitou, para ela pesou as questões religiosas; então, a partir do ocorrido (se assumir para a família) agora *“em todo o lugar que eu estou a minha sexualidade também é marcada, porque aí tentando (...) é um norte pra quem eu sou também”*

**09** - **Símbolo pessoal e Slogan pessoal** - faz o símbolo da **água (como ondinhas**, não ondas, porque ondas são mais agressivas), porque remete a ideia que transita bem pelos lugares, com as pessoas; também escreve as palavras **Fluído, Leve e Espontâneo**, que servem como slogan pessoal; *“porque eu acho que existem muitas pessoas no mundo que merecem me conhecer e eu acho que existe muitas pessoas que eu mereço conhecer”*

**10** - **Estruturas de apoio** - símbolo de um **cap** (chapéu de formatura), representa o apoio que teve durante a graduação, ampliou o universo/o leque de entendimento, inclusive nas questões de sexualidade/reprodução; *“eu acho que a universidade foi o divisor de águas assim no âmbito geral de se entender como pessoa no mundo e tal; eu não tinha o pensamento crítico”*

**11** - **Pontos fortes** - retoma as palavras **(a) Fluído, Leve e Espontâneo** (que já foram sinalizadas no exercício do item 09), acredita que essas características são seus pontos fortes; **Pontos fracos** - faz símbolo de **(b) um olhar mais para baixo**, remete a uma característica que tem de se autodepreciar quando do início de relações afetivo-sexuais, quando tem sentimento mais forte

**12** - **Mensagem para os outros** - escreveu a expressão **(a) Permita-se** (no braço direito); e **(b) Não banalizar-se** (no braço esquerdo); transmitem a ideia de ter experiências no mundo, mas com cuidados

**13** - **Desenhando o futuro** - emocionado menciona que **vislumbra ter um filho**, já sabe até como vai ser chamado (nome começa com a letra M); escreve o nome no centro do corpo (que foi apagado por questões éticas, ficando somente a primeira letra do nome); esse desejo por ser pai foi aflorado/despertado quando pode desenvolver atividade profissional junto a um garoto que tinha necessidades

especiais; desde então sabe que o seu filho terá o mesmo nome deste garoto; só não sabe como se dará isso, se será por acordo com uma mulher ou se por adoção; também não sabe quando isso acontecerá

*“Ah, eu vejo que a escolha do contorno é muito interessante porque essa duas cores é (...) por mais que elas se conversam, eu acho que o roxo e azul de certa forma são parecidas e tal, mas, é que mostra que não é só uma coisa, que não tá fixo num lugar só, que tem possibilidade de mudar, de se transformar, de se ver diferente ou de se apresentar diferente de acordo com a vida. Eu vejo que teve um exemplo disso no final, com as mudanças, o fato de ter mudado de local isso mostra o quanto essa pessoa tá aberta; e quanto eu estive aberto pra vida e as minhas características como fluidez, leveza isso me ajudou nesse caminho todo; teve passado claro, um passado que não se via (...) que se via diferente de todo mundo mas, que chegou a se entender como um igual dentro da própria diferença que é o ser humano; pode estudar e isso ampliou os conhecimentos; pode amar várias pessoas, independente de gênero e de (...) foi natural algo natural; que aprendeu a não se banalizar e que está aberto a se permitir; e que pretende crescer ainda mais e ser importante para as pessoas do mundo ou para uma pessoa no mundo (...) eu acho.”*

Sexo do nascimento: **masculino**; se identifica com o gênero: **homem cis**; orientação sexual: **homossexual**; raça autodeclarada: **preta**; idade: **36 anos**; escolaridade: **superior completo**; estado civil: solteiro; sem filhos; no momento usa como prática contraceptiva: **preservativo masculino**.

## 6.2 MANUSCRITOS

Os resultados que serão apresentados a seguir foram construídos por meio do *segundo nível de análise*, em um esforço de compreensão e interpretação dos dados, através da lente do referencial teórico-filosófico do *Devir Humano*, na tentativa de tecer uma narrativa coletiva, das experiências (com seus significados, paradoxos e possibilidades de mudanças) do qual o fenômeno “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” impregna todo o texto.

Conforme a Instrução Normativa 02/PEN/2021, que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Doutorado em Enfermagem, as teses deverão apresentar (na sessão de “Resultados e Discussão”) manuscritos diretamente relacionados aos resultados da pesquisa e que forneçam uma visão do conjunto do trabalho da tese.

Para atender a instrução normativa supracitada, optou-se por apresentar três manuscritos, que discorrem sobre os resultados da pesquisa de acordo com os objetivos específicos deste estudo.

**Manuscrito 02** – Imagem-valor-linguagem sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva.

**Manuscrito 03** – Paradoxos da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva.

**Manuscrito 04** – *Ir além* na trajetória sexual e reprodutiva por meio da escolha (ou não) de práticas contraceptivas.

Importante: assim com o método, o referencial teórico-filosófico não pode ser fragmentado, contudo, considerando o volume de dados gerados, bem como a profundidade exigida pela teoria de Enfermagem – *Devir Humano*, foi feito um recorte (por manuscrito) para apresentar e discutir os resultados gerados por grupo de exercícios realizados que foram relacionados com os momentos da teoria. Em tempo, os manuscritos foram escritos conforme guia para elaboração de artigo científico disponibilizado no site <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188539>, para posterior submissão em revistas científicas.

“(...) as pessoas podem *escolher* a liberdade mesmo quando não têm autonomia física. Para fazer isso, precisam saber o que é escolha e acreditar que a merecem. Por compartilhar histórias, mantemos a escolha viva na imaginação e na linguagem. Damos uns aos outros a força para efetuar a escolha na mente, mesmo quando não podemos efetuar-la com o corpo. (...) o desejo e a necessidade da escolha são universais. Independente de quais sejam nossas diferenças - de temperamento, cultura, língua - a escolha nos conecta e nos permite conversar uns com os outros sobre liberdade e esperança.”

(IYENGAR, 2013, p.56-57)



### 6.3 MANUSCRITO 02 – IMAGEM-VALOR-LINGUAGEM SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA

#### IMAGEM-VALOR-LINGUAGEM SOBRE A EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA<sup>9</sup>

#### IMAGE-VALUE-LANGUAGE ABOUT THE EXPERIENCE OF CHOOSING (OR NOT CHOOSING) CONTRACEPTIVE PRACTICES IN THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE TRAJECTORY

Luciana Cristina dos Santos Maus<sup>10</sup>  
Marli Teresinha Stein Backes<sup>11</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas. **Método:** trabalho investigativo, dentro do delineamento qualitativo, guiado pelo Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e pela ótica da simultaneidade da teoria de Enfermagem do *Devir Humano*. Participaram do estudo 20 pessoas, entre 20 e 40 anos, independente da sua identidade de gênero e orientação sexual. A coleta de dados aconteceu entre abril e agosto de 2021, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Foi realizada a análise de dados *agregadora de valor*, onde se considerou além dos elementos narrados, os dados visuais (símbolos) inseridos no mapa corporal; os dispositivos analíticos, como a codificação geradora, bem como o apoio de frases-guia, conduziram a análise. **Resultados:** as pessoas esclarecem significado sobre experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas quando situam um posicionar de estar aberto(a) (ou não tão aberto(a), não tão fechado(a)) ao tema; das crenças valorizadas; de luta, fuga e resistência, especialmente, os corpos femininos; de uma tendência à racionalidade, pelos corpos masculinos; de uma presença e contorno ao tema, dos corpos fluidos; bem como, da importância de se expressar (seja literal e/ou simbolicamente) sobre essas questões. **Considerações Finais:** esclarecer significado sobre a experiência de uma escolha tão substancial, como de práticas contraceptivas, é a primeira oportunidade para vislumbrar

---

<sup>9</sup> Recorte dos resultados da tese "Mapas Corporais Narrados sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir humano*."

<sup>10</sup> Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [lucianamaus82@gmail.com](mailto:lucianamaus82@gmail.com)

<sup>11</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br)

mudanças nas trajetórias sexuais e reprodutivas. E, entre as mudanças possíveis, aponta-se para o início da ruptura do paradigma mulher-reprodução *versus* homem-sexo.

**Palavras-chave:** Contraceção; Direitos sexuais e reprodutivos; Enfermagem; Gênero; Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the meaning given to the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices in people's sexual and reproductive trajectories.

**Method:** An investigative work within a qualitative design, guided by the Narrated Body Map as Research and the simultaneous perspective of the Theory of *Human Becoming* in Nursing. The study included 20 individuals between 20 and 40 years old, regardless of their gender identity and sexual orientation. Data collection took place between April and August 2021 in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. A *value-aggregating* data analysis was conducted, considering not only the narrative elements but also the visual data (symbols) incorporated in the body map. Analytical devices such as generative coding and the support of guiding phrases guided the analysis. **Results:** Individuals clarify the meaning of the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices when they position themselves being open (or not so open, not so closed) to the topic; valuing beliefs; experiencing struggle, escape, and resistance, especially in relation to female bodies; exhibiting a tendency towards rationality in male bodies; displaying a presence and contour in fluid bodies; and emphasizing the importance of expressing themselves (whether literally or symbolically) about these issues. **Final considerations:** Clarifying the meaning of such a substantial choice as contraceptive practices are the first opportunity to envision changes in sexual and reproductive trajectories. Among the possible changes, it points to the beginning of breaking the paradigm of woman-reproduction *versus* man-sex.

**Keywords:** Contraception; Sexual and reproductive rights; Nursing; Gender; Qualitative research.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o tema das gravidezes não intencionais é amplamente discutido, por ser considerado uma grave problema de saúde pública, uma vez que afeta quase que 50% de todas as gravidezes que acontecem no mundo. A lógica para olhar para esta problemática costuma ser por meio de indicadores populacionais e de desenvolvimento (exemplos: alta fecundidade, baixa fecundidade, pobreza, desigualdades socioeducacionais, entre outros) (UNFPA, 2018; 2019; 2020; 2021; 2022).

Contudo, sem desconsiderar todo o arcabouço estrutural que envolve o tema e que é imprescindível que seja mantido e aperfeiçoado, mas, por compreender que essa problemática é de origem fundamentalmente centrada na pessoa, vislumbra-se com este trabalho dar mais ênfase para o fenômeno da contraceção (que é um dos recursos mais elementares para se evitar a gravidez não intencional) (UNFPA, 2022) por outra ótica, pelo que significa para a pessoa, a partir da sua própria perspectiva, considerando também o entorno da sua experiência.

Portanto, para responder a pergunta de pesquisa: “qual o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?” e alcançar o objetivo de “identificar o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas”, foi escolhida a lente teórico-filosófica do *Devir Humano*, desenvolvida por Rosemarie Rizzo Parse (PARSE, 1995; 2000).

Essa teoria é baseada nos princípios e conceitos da teoria do “Ser Humano Unitário” e nos conceitos da “Fenomenologia Existencial”, e tem como (alguns dos seus) pressupostos que: o ser humano é um ser aberto, que escolhe livremente os significados nas situações e que assume a responsabilidade por suas decisões e ações; e o *devir humano* é um esquema humano relacionado com a significação de prioridades de valor. Além disso, ela é dividida em três momentos: *esclarecer significado*, *sincronizar ritmos* e *mobilizar transcendência*. E para este manuscrito o foco está direcionado para o primeiro momento da teoria. Onde, tem-se como primeiro princípio que o *devir humano* é o significado pessoal livremente elegido que se dá às situações dentro do processo intersubjetivo de valores prioritários relacionados. Portanto, para Parse, o ser humano é uma unidade vital (inteiro; único; um ser de diálogo; ativo e reflexivo; aberto e sinérgico; e livre para escolher diferentes formas de viver). E, o ambiente é inseparável e complementar ao ser humano, e juntos criam uma experiência de vida maior do que cada um entendido separadamente (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

## MÉTODO

Esse estudo foi desenhado dentro do delineamento qualitativo de pesquisa, por considerar as experiências e todo o universo de significados envolvidos na subjetividade humana a sua principal via investigativa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; MINAYO, 2013).

Para guiar este percurso na geração e análise de dados foi escolhido um método de pesquisa emergente, visual, narrativo e participativo, intitulado de Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, que tem por objetivo fim contar uma história da pessoa de forma mapeada, composta por três componentes: (a) mapa corporal em tamanho natural da própria pessoa; (b) legenda para descrever o significado de cada elemento visual inserido no mapa; e (c) um breve relato narrado pela própria pessoa chamado de testemunho, que sintetiza a mensagem do mapeamento corporal (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. Especificamente, o local escolhido para coleta de dados, ou seja, para criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, foi a sala do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A escolha por esse local se deu por se tratar de um ambiente com disponibilidade de uso para este fim, por ser reservado, seguro, espaçoso, iluminado, de fácil acesso e bem localizado; e por considerar que esta pesquisa está vinculada a esse laboratório. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2021.

Os convites foram dirigidos às pessoas, usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente de quatro Centros de Saúde (CSs) do Distrito Sanitário (DS) Centro (CS Córrego Grande, CS Pantanal, CS Saco dos Limões e CS Trindade) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis. O principal critério de inclusão foi ser uma pessoa (independente da orientação sexual e/ou da identidade de gênero) que quisesse compartilhar histórias sobre a sua trajetória sexual e reprodutiva, com ênfase no relato da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas. Foram acrescentados a esse critério: ter capacidade civil plena; ter idade igual ou superior aos 20 anos; ter recebido, em algum momento de sua vida, assistência (cuidados) em serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva de Florianópolis. Tendo, como o único critério de exclusão a idade maior de 40 anos, com a justificativa de delimitar a amostra entre a classificação etária: idade adulta jovem.

A coleta de dados foi baseada em um guia para elaboração de Mapas Corporais Narrados como Pesquisa adaptado de Gastaldo *et al.* (2012), onde os exercícios foram reformulados para atender ao tema desta pesquisa e também foram alinhados com os momentos da teoria de Enfermagem utilizada como referencial teórico filosófico a fim de manter o olhar diferenciado sobre o fenômeno do estudo. Onde, tem-se: no 1º Momento - *esclarecer significado* (Exercício 1 - Contorno corporal; Exercício 2 - Trajetórias corporais e relacionais; Exercício 3 - Autorretrato; Exercício 4 - Símbolo pessoal e *slogan*); no 2º Momento - *sincronizar ritmos* (Exercício 5 - Marcas sob e sobre a pele; Exercício 6 - Escaneamento do corpo para encontrar pontos fracos e fortes; Exercício 7 - Estruturas de apoio); e no 3º Momento - *mobilizar transcendência* (Exercício 8 - Mensagem para os outros; Exercício 9 - Desenhando o futuro; Exercício 10 - Narrativa sobre a história que o mapa corporal conta).

A análise dos dados oriundos do processo de mapeamento corporal e do produto mapa corporal foi realizada em duas perspectivas. A primeira em uma perspectiva descritiva individual (por Mapa Corporal Narrado); e a segunda em uma perspectiva coletiva (entre todos os Mapas Corporais Narrados) na busca por uma compreensão e interpretação dos dados (narrados e visuais) gerados. Empreendeu-se um esforço de síntese e comparação, entre o que se denominou de “unidades de significado” geradas (a partir dos primeiros exercícios propostos aos(as) participantes), que poderá ser visto/avaliado no Quadro 02, no item resultados (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018). Como estratégias de suporte para análise dos dados foram usados os dispositivos analíticos da análise que *agrega valor* sugeridos por Eakin e Gladstone (2021) com destaque para: (a) codificação geradora dos dados narrados e dos dados visuais inseridos nos mapas; e (b) criação de frases-guia, escritas nos moldes da lente teórico-filosófica em uso, para elaboração das categorias analíticas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC, na versão 3 – CAAE 36217320.1.0000.0121, sob o número do parecer final 4.352.292. Na época, por conta do contexto da pandemia da Covid-19, acrescentou-se os cuidados para seguir todas as normativas sanitárias vigentes para atividades presenciais. E, em respeito aos princípios éticos, para garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos(das) participantes e da proteção de sua identidade os mapas receberam numerações (por ordem de confecção/do encontro) para evitar a identificação do(da) participante; além disso, todos os mapas formam cuidadosamente revisados para retirar possíveis elementos de identificação e

elementos críticos das histórias narradas, que não alteram o entendimento do dado revelado.

Neste manuscrito, os resultados analisados, foram extraídos fundamentalmente dos exercícios contorno corporal, trajetórias corporais e relacionais, autorretrato, símbolo pessoal e *slogan*; exercícios esses alinhados com o primeiro momento – *esclarecer significado* - da teoria do *Devir Humano*. E, para ilustração (de parte dos resultados) serão apresentados três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa.

## RESULTADOS

Os primeiros resultados (Quadro 3) são oriundos de informações básicas que caracterizam os(as) 20 participantes quanto ao sexo do nascimento, quanto ao gênero, quanto à orientação sexual, quanto à raça, quanto à faixa etária, quanto ao estado civil, quanto a ter (ou não ter) filhos e quanto à escolaridade.

Quadro 3 – Caracterização dos(das) participantes

Característica dos(das) participantes	Informações autodeclaradas pelos(pelas) participantes	Quantidade de participantes
Quanto ao sexo de nascimento	Sexo feminino	14
	Sexo masculino	06
Quanto ao gênero	Mulher cisgênero	12
	Homem cisgênero	05
	Pessoa não binária	03
Quanto à orientação sexual	Heterossexual	13
	Pansexual	03
	Bissexual	01
	Homossexual	01
	Assexual	01
Quanto à raça	Optou por não informar	01
	Branca	13
	Preta	05
	Parda	01
Quanto à faixa etária	Amarela	01
	20-25 anos	04
	26-30 anos	12
	31-35 anos	00
Quanto ao estado civil	36-40 anos	04
	Solteiros	11
	União estável	06
Quanto a ter filhos	Casados	03
	Com filhos	05
Quanto à escolaridade	Sem filhos	15
	Ensino Superior completo	07
	Ensino Superior incompleto	07
	Ensino Médio completo	04
	Ensino Médio incompleto	01
	Ensino Fundamental completo	00
Ensino Fundamental incompleto	01	

Fonte: elaborado pelas autoras

Quanto à classificação da prática contraceptiva em uso (ou não) no momento da coleta de dados, optou-se pela classificação genérica relacionada à postura da pessoa que usa (ou não usa) determinada prática contraceptiva, exemplo: postura ativa de uso; postura passiva de uso; postura ativa-passiva de uso. Onde se entende que quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende da pessoa, trata-se da classificação ativa; quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende do outro (parceiro(a)), tem-se a classificação passiva; e quando o uso/manejo da prática

contraceptiva depende ora da própria pessoa, ora do(da) parceiro(a), configura-se como classificação ativa-passiva; em uma aproximação do conceito do binômio passividade-atividade relacionado ao uso de métodos contraceptivos apresentado por Bateman-Novaes (2007 apud CABRAL, 2017).

No momento deste estudo, das 12 mulheres cis, sete apresentavam uma postura ativa para uso de prática contraceptiva (dispositivo intrauterino (DIU) com cobre (duas); DIU com hormônio (uma); anticoncepcional injetável trimestral (três); anticoncepcional combinado hormonal oral (uma)); duas relataram uma postura passiva para uso de prática contraceptiva (coito interrompido ou preservativo masculino); outras duas tinham uma postura ativa-passiva para uso de prática contraceptiva (laqueadura e preservativo masculino (uma); controle do período fértil ou preservativo (uma)); e uma não estava usando nenhuma prática contraceptiva (porque avaliou como não necessário o uso na fase de vida em que se encontrava).

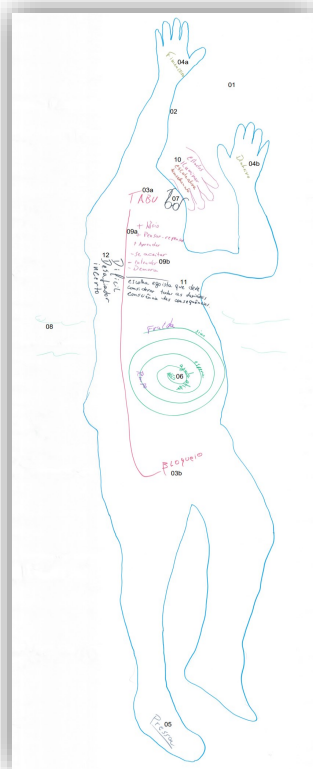
Sobre os cinco participantes homens cis, tem-se que: um apresentava uma postura ativa para uso de prática contraceptiva (coito interrompido ou preservativo masculino); dois relataram postura passiva para uso de prática contraceptiva (DIU com cobre (parceira de um); anticoncepcional combinado hormonal oral (parceira de um)); e os outros dois tinham uma postura ativa-passiva para uso de prática contraceptiva (coito interrompido ou controle do período fértil (um); coito interrompido ou preservativo masculino se a parceria sexual quiser/pedir (um)).

Por fim, das três pessoas não binárias, uma pessoa que nasceu com pênis, relata postura ativa para uso de prática contraceptiva (preservativo masculino); outra pessoa que nasceu com vagina, apresenta postura passiva para uso de prática contraceptiva (coito interrompido ou preservativo masculino); e outra pessoa, que também nasceu com vagina, disse não precisar de prática contraceptiva no momento. Importante deixar registrado que para muitos(muitas) participantes o uso da contracepção de emergência (CE) foi um recurso utilizado durante as suas trajetórias.

O segundo tipo de apresentação dos resultados se dará na apresentação individual de três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa (ainda que adaptados, com recortes nas legendas e nos testemunhos apresentados); onde os destaques em cinza, servem para direcionar quais elementos (narrados e/ou visuais) dos grupos de exercícios que foram analisados e serão apresentados neste manuscrito.

Por último, será apresentado o Quadro 4, que mostra o detalhamento dos símbolos e/ou códigos geradores dos 20 Mapas Corporais Narrados como Pesquisa e suas respectivas categorias elaboradas de acordo com os dados gerados durante a realização dos primeiros exercícios do processo de mapeamento e alinhadas ao primeiro momento da teoria do *Devir Humano*.

Figura 25 – Mapa Corporal Narrado 11



Fonte: elaborado por participante 11 e autoras

**01 - Contorno corporal** - postura de **lado** (virado para esquerda); acredita que **não é tão aberto, nem tão fechado** para o tema;

**02 - Cor para o contorno** - azul, porque gosta da cor;

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - insere as palavras **(a) Tabu** na cabeça e **(b) Bloqueio** na região genital (fez uma linha para conectar/relacionar as palavras);

**04 -** Escreve as palavras **(a) Financeiro** (mão direita) e **(b) Dinheiro** (mão esquerda) porque remete ao lugar de trabalho; recorda da orientação do país durante a adolescência (primeiro estudar/trabalhar, depois namorar);

**05 - Prensa**, palavra escrita no pé direito, simbolizando a necessidade, que teve depois de vivenciar *“um susto”* de uma possível gravidez (com desfecho de um aborto interrogado) da namorada na época, para ajeitar a vida; passado o susto, começaram a se cuidar mais, ela usando anticoncepcional e ele usando preservativo (apesar de não gostar muito); em duas ou três situações precisaram recorrer a pílula de emergência; seu entendimento sobre uso da contracepção de emergência é que é um espécie de aborto, mas, pondera essa avaliação;

**06 -** Símbolo de uma **Espiral** (no abdome), com a ideia de movimento, que teve dentro dessa trajetória inicialmente; cuidado que fez pensar em estruturar a vida antes (tem escrito dentro as palavras [saindo de dentro para fora] **Não** (primeiro momento não querer ter filho) – **Ajuda ativa** (compra/usar método anticoncepcional); – **Espera – Tempo** (espiral simboliza o tempo) – **Sim** (querer ter filho); no momento, práticas contraceptivas são coito interrompido e tabelinha;

**07 - Autorretrato simbólico** - desenhou um **óculos**, que considera parte de si mesmo; é uma ferramenta que ajuda tanto objetivamente para as questões/problemas de visão, quanto simbolicamente;

**08 - Marcas sob a pele** - fez como se fosse *“ondinhas por trás do corpo”*, na altura do abdome, remete a experiências bem íntimas (**sigilo**);

**09 - (a) Pontos fortes** - Apoio; Pensar-Repensar; Aprender; **(b) Pontos fracos** - Se aceitar; Entender; Demora;

**10 - Estruturas de apoio** - desenha uma **mão sobre a cabeça**; escreve as palavras **Estudos, Iluminar, Escuta Ativa e Aconselhamento**;

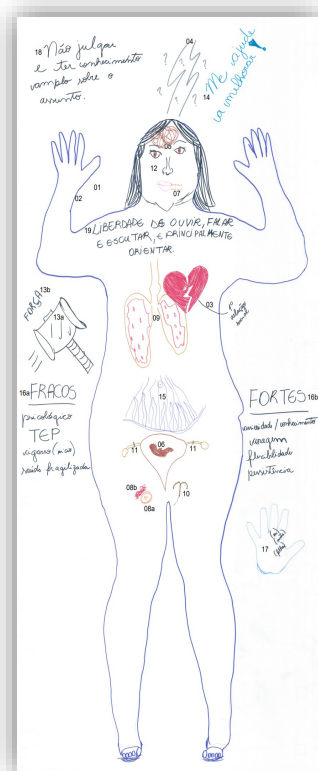
**11 - Mensagem para os outros - “Escolha egoísta que deve considerar todas as variáveis, consciência das consequências”** (escreve na altura do peito);

**12 - Desenhando o futuro** - escreve nas costas as palavras **Difícil, Desafiador, Incerto**, porque é assim que vê o futuro;

*“O mapa conta uma história bastante (...) não é conturbada, nem difícil, mas, é uma história com bastante altos e baixos, de uma pessoa que fez uma escolha logo na adolescência, foi para o seminário e lá passou a refletir muito sobre esse tipo de situação, de família, de ter ou não ter família. E algumas coisas pesam assim para mim, a questão financeira, a questão das amizades que a gente se cerca também, são as pessoas que ajudam. É toda essa questão do tabu que foi e que depois de tentar o seminário e ter saído, como isso foi de certa forma difícil pra mim, porque eu sai mas não (...) eu sai, mas aquilo ficou e aí ter passado por tudo isso; e, aí depois eu conheci a minha esposa e a gente (...) aí tem essa espiral que me ajuda a pensar sobre isso, sobre o tempo, num primeiro momento não querer e aí buscar essas práticas contraceptivas, essa ajuda ativa e buscar pra ela, pra mim também, os elementos pra gente se prevenir. O momento de espera, depois que a gente consolidou o relacionamento e aí o planejamento do nosso filho. Então, essa espiral representa esse tempo assim; e ali por fim a fralda, que representa essa constante mudança, que é uma criança pequena, [o que] ela traz pro relacionamento; assim como tudo na vida, as coisas vão sempre mudando, vão sempre (...) são sempre muito efêmeras, nada é muito estanque, nada é muito fixo, então, tudo vai sempre mudando e tem que ser mudado, porque se não mudar vai causando muita (...) vai causar assadura na criança; e dor; e sofrimento; e depois demora pra gente cicatrizar isso. E aí também o mapa remete os meus apoios, o meu pensar-repensar, o aprender, a questão de que eu ainda tenho que me aceitar, ainda tenho que me entender muito. Eu sou um pouco devagar, então as minhas demoras também fazem parte de mim. E por fim que a mensagem final que essa é uma escolha bastante difícil, ela é egoísta; é ter um filho ou não ter um filho é sempre vai pesar a questão de olhar para traz e pensar ‘como que seria se não tivesse ou como seria se tivesse’. Mas, essa é uma escolha que tem que ser feita com uma consciência, a gente deve ter muita consciência do que a gente tá querendo, do que a gente não tá querendo; e saber de todas as consequências, tem que pesar muito na balança essa consequência que é ter um outro ser, não é uma coisa qualquer; é uma vida inteira, que aquela criança que vai vim ou não vai vim, vai deixar de existir, [o que] ela pode ocasionar ou não pode. E daí a minha visão para o futuro que é bastante difícil, desafiador e incerto; (...) essa é a história que o mapa conta.”*



Figura 26 – Mapa Corporal Narrado 12



Fonte: elaborado por participante 12 e autoras

- 01 - Contorno corporal - postura de frente e aberta;**
- 02 - Cor para o contorno - cor azul, porque gosta;**
- 03 - Trajetórias corporais e relacionais - símbolo de um coração partido (no peito), simbolizando que idealizou a primeira relação sexual;**
- 04 - Símbolo de raios e de relâmpagos sobre a cabeça, remetendo a algumas frustrações; tempestade de interrogações relacionada com o momento quando iniciou uso do método anticoncepcional aos 14 anos;**
- 05 - Símbolo de minhocas na cabeça, representando os pensamentos que tinha quando descobriu que estava grávida;**
- 06 - Símbolo de um feto (dentro de um útero), simbolizando também quando descobriu a gravidez; foi uma gravidez inesperada;**
- 07 - Perto da boca (canto esquerdo) desenha símbolos que remetem a pílulas anticoncepcionais que fazia uso na adolescência; que foi o método que falhou, por conta de uma possível interação medicamentosa;**
- 08 - Perto da região genital desenha um símbolo de um (a) preservativo (método de barreira) que passou a usar como dupla proteção, mas descobriu alergia ao látex, desenha próximo do preservativo um símbolo (em vermelho) que remete a (b) inflamação/infecção que teve por conta do uso do preservativo;**
- 09 - Símbolo de um pulmão triste, com gotas/lágrimas de sangue, para representar a experiência da doença Tromboembolismo Pulmonar (TEP);**
- 10 - Símbolo do DIU com cobre, comenta que colocou o DIU, mas vai encaminhar pedido para realizar laqueadura para evitar gravidez definitivamente (devido risco);**
- 11 - Símbolo de cortes nas tubas uterinas, para representar a laqueadura que fará (porque é mais garantido e não pode engravidar de jeito nenhum devido riscos associados TEP progressivo);**
- 12 - Autorretrato literal – olhos, nariz, boca; acrescentou os cabelos;**
- 13 - Símbolo pessoal - (a) Martelo do Thor, simboliza força; escreveu a palavra (b) Força próximo ao símbolo do Martelo do Thor;**
- 14 - Slogan pessoal - Me ajude a melhorar! (escreve perto da cabeça); não só como um pedido para Deus, mas também para uma autoajuda;**

**15 - Marcas sob e sobre a pele - as marcas das estrias** para simbolizar todas as marcas sob e sobre a pele que sofreu quando da gravidez; contudo, aponta que o evento do TEP fez com que o seu olhar sobre estas marcas mudassem;

**16 - (a) Pontos fracos - psicológico; TEP; cigarro (vício); saúde fragilizada; (b) Pontos fortes - curiosidade e conhecimento; coragem; flexibilidade** (remetendo a ideia de maleabilidade); **persistência;**

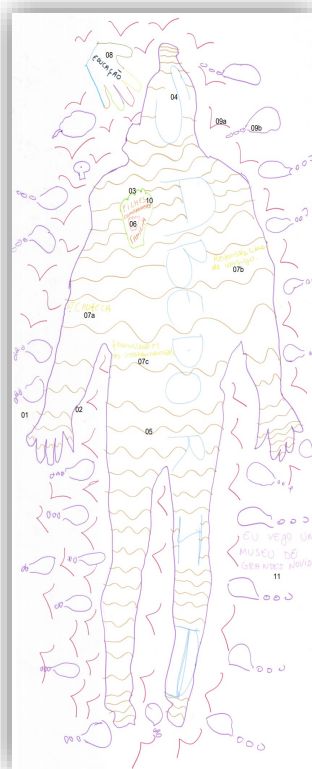
**17 - Estruturas de apoio** - eu, mãe, filha;

**18 - Mensagem para os outros - Não julgar e ter conhecimento amplo sobre o assunto;**

**19 - Desenhando o futuro** - o objetivo para o futuro é **fazer a laqueadura** (porque corre risco de morte se engravidar novamente), símbolo da laqueadura já foi inserido no mapa no item 11; mensagem escrita no mapa (no peito, já que é bem aberta para o tema) **Liberdade de ouvir, falar e escutar, e principalmente orientar;**

*“Bom, conta a história de uma mulher, uma jovem com 29 anos, que aos 14 começou a ter o conhecimento dos métodos contraceptivos por questões de a menstruação não está regulada, começou com o contraceptivo, a pílula anticoncepcional (...) teve a gravidez junto com o contraceptivo, certo? (...) depois de ter a filha teve que buscar outros métodos contraceptivos para poder usar na época, por ser lactante. Descobriu que o método da camisinha não era ‘saudável’ entre outras para a saúde dela, porque causava alergia, resultou numa infecção no colo do útero (...) começou novamente a utilizar o contraceptivo, mas dessa forma mais intensa, o direto, sem pausa, a pílula sem pausa (...) e no caso, anos depois, por causa de um problema psicológico, que ainda está sendo regulado, teve TEP, que é o tromboembolismo pulmonar, por causa deste TEP não pode mais utilizar de contraceptivos de pílula (...) colocou o DIU, foi pra um contraceptivo (...) o oposto, quem vai da pílula pro DIU? Pílula ingerida, absorvida pelo organismo (...) o DIU é um material utilizado, fica por 10 anos ou (...) acontece de casos de o organismo não se adaptar, mas é um corpo estranho dentro (...) e que também vai optar pra laqueadura, por conta do TEP, por questão da saúde, por não poder ter mais filho, já que não pode ser utilizado, além do DIU outro método contraceptivo, a não ser a progesterona e essa jovem hoje teve bastante conhecimento e apoio desde o início, desde os 14 anos quando começou a descobrir essa bagagem dos contraceptivos (...) é doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, relação sexual, porque era muito orientada, era curiosa também (...) mas, que era orientada e apoiada, quando teve que fazer (...) ela teve que fazer escolhas (...) escolhas que de certa forma vão ser pro resto da vida (...) porque todos esses métodos contraceptivos que ela utilizou marcaram a história dela e vão pro resto da vida dela como experiência, mais experiência e saber lidar com essa experiência da melhor forma e não desistir de tentar se cuidar.”*

Figura 27 – Mapa Corporal Narrado 18



Fonte: elaborado por participante 18 e autoras

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente e palmas das mãos viradas para frente**; o que remete ao fato de se colocar de frente para o tema, que entende a temática como uma construção social, fala de aprendizado (postura de aprendiz), postura bem flexível e de pensar;

**02 - Cor do contorno – lilás**, porque é uma cor neutra;

**03 - Trajetória corporal e relacional** - Símbolo de um **punho fechado** (na altura do peito, lado direito), remete a superação (tanto da mãe, quanto a dele);

**04** - Escreve de azul claro a palavra **Sabedoria** (escrito na vertical), letras bem grandes, porque quer que essa palavra percorra todo o corpo (da ponta da cabeça até o pé esquerdo); simboliza essa descoberta, aprendizado com relação a pansexualidade e ao não binarismo;

**05 - Símbolo pessoal** - a **água** (faz **ondinhas**, na horizontal, **pelo corpo todo**, na cor laranja escuro), porque remete a fluidez; remete a cura; remete a purificação e limpeza espiritual;

**06 – Marcas sob e sobre a pele** - símbolo de um **punho pequeno** dentro do punho grande (que foi inserido no exercício 03); remete a superação pelo diagnóstico e seguimento de uma doença; sobre as experiências da escolha de práticas contraceptivas comenta que tinha a prática do coito interrompido; já usou preservativos masculinos (não em todas as relações sexuais); relembra que já aconteceu de parceira sexual precisar usar contracepção de emergência; no momento, o uso do preservativo é dado como certo, sempre;

**07 - Ponto fraco** - escreve **(a) N** (não) **cautela** (escrito dentro do corpo); **Pontos fortes** - **(b) Responsabilidade consigo; (c) Transcender as inseguranças;**

**08 - Estruturas de apoio** - a educação que recebeu; formação libertadora, foi uma forma de apoio em toda a sua trajetória; quando do diagnóstico da doença teve apoio de pares LGBTQIA+; fez símbolo de uma **mão colorida** (ao lado da cabeça; mão com os dedos virados para baixo); contornou a mão com diversas cores simbolizando a bandeira do movimento LGBTQIA+; escreveu a palavra **Educação** (dentro da mão), que também tem o significado de uma pessoa dentro dessa rede de educação que apoiou/acolheu;

**09 - Mensagem para os outros** - "*Liberdade com entendimento*"; ao redor do todo o corpo fez símbolos intercalados (mais juntos) como se perfil de **(a) pássaros** (simbolizando liberdade) e outro como **(b) balões de pensamento** (simbolizando entendimento); reforça que construção do mapa transmitiu uma ideia, uma mensagem de autoconhecimento;

**10 - Desenhando o futuro** - dentro do punho maior escreve as palavras **Filhes, Companheiro e Família**; quer construir uma família, dentro do seu entendimento de família; isso também se configura com superação;

**11 - Slogan pessoal - Eu vejo um museu de grandes novidades**; resposta para esse exercício só veio no final do processo de mapeamento corporal;

*“Esse mapa ele conta a história de uma pessoa em (...) em constante processo de desconstrução social, que vive uma sexualidade fluida, que não é uma sexualidade fechada e que precisa pensar muito sobre isso, precisa ter um entendimento. É (...) todo dia (...) dessa sexualidade. É um mapa que apresenta as superações; é um mapa que apresenta (...) anseios para se viver. Muita curiosidade (...) é (...) de se viver (...) é (...) a construção dessa sexualidade, desse corpo. E (...) é um mapa também que apresenta um aprendizado, uma trajetória de sabedoria sobre si. De sabedoria sobre o seu corpo (...) de ir (...) para um autoconhecimento do seu corpo e agora de saber quais são os seus limites. É um mapa que ele representa um processo de amadurecimento e conhecimento (...) e (...) deixar que foi (...) aquilo tudo que (...) atingiu no passado, que claro que constrói a minha história (...) sexual, a minha sexualidade, a minha vida familiar (...) tá envolvida nisso tudo (...), mas, é um mapa que tá fluido (...) que tem as águas que curam esses processos todos. E, a partir do (...) desse processo de reconstrução, ele representa isso também (...) a cura. E a construção de uma sexualidade fluida, não quero dizer hidrica, mas fluida.”*

Quadro 4 – Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o primeiro momento da teoria do *Devir Humano*

Momento	Conceitos	Exercícios relacionados e questionamentos para os dados	Símbolos e/ou códigos geradores	Categorias
1º momento analítico “ UNIDADES DE SIGNIFICADO”	IMAGEM	(Contorno corporal)  Como se apresenta?	<b>Símbolos (contorno do corpo):</b> de frente (19); de lado (01); em pé (19); sentado (01); <b>(posição dos braços e das mãos):</b> com braços/mãos estendidos ao longo do corpo (09); com braços/mãos estendidos sobre a cabeça (05); com braços/mãos na cintura (02); com braços/mãos entrecruzadas (02); com um braço/mão na cintura e outro braço/mão na cabeça (01); com um braço/mão cerrado(a) ao peito e outro braço/mão levantada ao lado da cabeça (01);  <b>Códigos (palavras e/ou expressões):</b> (a) de frente, abertura, confortável, de boas, olhar para o mundo, prefiro ver, prefiro saber, posicionamento, autoridade, questionamento, reflexão, aprendizado, construção, o mundo ensina, compreensão, pré-disposta, flexibilidade, conversa/fala; (b) neutra, normal, adulta; (c) não tão aberta, reservada, abertura e fechamento, pensativo, preciso confiar para falar, não encaro tudo, o corpo fala;	<b>Se posicionando com abertura ou não tão aberto(a), não tão fechado(a)</b>
	VALOR	(Trajetórias corporais e relacionais)  O que valoriza da experiência?	<b>Símbolos e/ou códigos (palavras e/ou expressões):</b> foram inúmeros e variados símbolos/códigos que apresentaram as questões sobre as <b>crenças valorizadas</b> - (a) orientação recebida (ou não) dos pais (“banana”, “calcinha manchada de sangue”); (b) formação educacional (“cap”; “estetoscópio”); (c) preceitos religiosos (“nó na cabeça ao lado uma cruz”; “palavra tabu na cabeça e conectada com a palavra bloqueio na genitália”); (d) processos de saúde-doenças (“pulmão com gotas de sangue”; palavra “medo” no peito); (e) noções de maternidade/paternidade (“mamas”; “financeiro e dinheiro escrito nas mãos”);  Quando de um olhar geral (em fase inicial) sobre os mapas, analisou-se que há diferenças nítidas dos elementos <b>(símbolos/códigos)</b> inseridos nos mapas femininos, masculinos e não binários sobre esta temática, onde : (a) “gotas de sangue”, “corações” (partidos ou não), “cortes e/ou alteração”, entre outros elementos afins prevalecem nos corpos femininos; (b) elementos simbólicos e/ou expressões que remetem ao “cérebro” e a “racionalidade”, predominaram nos corpos masculinos; (c) a “água” e suas derivações “ondas”, “fluidez” marcaram os corpos de pessoas não binárias;	<b>crenças valorizadas</b> (dos processos de orientação familiar e de formação educacional; dos preceitos religiosos; dos processos saúde-doença; das noções sobre maternidade/paternidade)  <b>Corpos que sangram – luta, fuga e resistência</b> (visão geral dos corpos femininos)  <b>Corpos contidos – tendência à racionalidade</b> (visão geral dos corpos masculinos)  <b>Corpos fluidos – marcando presença e permeando a temática</b> (visão geral dos corpos não binários)
	LINGUAGEM	(Autorretrato; Símbolo pessoal e slogan)  Como se comunica?	<b>Símbolos e/ou códigos (palavras e/ou expressões):</b> autorretrato literal (09); autorretrato simbólico (07); sem autorretrato (04); com relação aos símbolos pessoais houve muitas variações de (a) elementos da natureza (ermidão, sol, flor, borboleta, árvore/raiz, vários elementos da natureza juntos, paisagem); outros (b) diversos elementos (óculos, um olho/parte do cérebro, Yin e Yang, tabuleiro, espelho, martelo do Thor, símbolo do Feminismo, água/ondas); quanto aos <i>slogans</i> pessoais, optou-se por não realizar análise em conjunto (exercício foi de difícil realização pelos(as) participantes [nem todos fizeram] e tem caráter muito ímpar do momento; ficará somente como recurso para análise descritiva nos mapas e para interpretação do(da) leitor(a) quando da leitura/visualização de cada Mapa Corporal Narrado de forma individual);	<b>Busca por expressão de viver (de se comunicar) literal e/ou simbólica</b>

Fonte: elaborado pelas autoras

## DISCUSSÃO

Antes de iniciar a discussão das principais categorias elencadas a partir dos dados gerados pelos primeiros exercícios do mapeamento corporal relacionados ao primeiro momento da teoria do *Devir Humano* (*esclarecer significado*), vale pontuar que aqui não será priorizado a lista e/ou agrupamento de práticas contraceptivas usadas (ou não usadas), mas sim, se dará prioridade para discutir os símbolos e/ou códigos gerados no intuito de compreender o que permeia a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

Daí a necessidade de já pontuar uma limitação da discussão dos achados desta pesquisa, isso porque muitos estudos, dentro da temática da contracepção, costumam enfatizar aspectos relacionados aos métodos anticoncepcionais (eficácia, efeitos colaterais, prevalência de uso, taxa de (des)continuidade, entre outros) e constantemente fazem associação do uso (ou não uso) desses métodos com as variáveis sociodemográficas, como exemplo típico (e relevante) de estudos dessa natureza, tem-se Trindade *et al.*, 2021, que pesquisou sobre o uso de contracepção e desigualdades no planejamento reprodutivo, no contexto brasileiro.

Outro ponto muito importante, que precisa vir à tona quando se pesquisa sobre o fenômeno contracepção é considerar tudo o que se tem por trás de um tema como esse que perpassa também por questões ético-morais, isto porque historicamente, sempre se teve muitas teorias (uma espécie de “malthusianismo social”) e muito controle sobre alguns tipos de corpos (e/ou alguns tipos de populações), no sentido a determinar quem pode (ou não) vingar/nascer. Infelizmente, (hoje) isso ainda acontece em várias partes do mundo (e também acontece no Brasil) de forma velada sob o manto da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; um exemplo é quando da “onda” de empurrar os métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração (como os Dispositivos intrauterinos e os Implantes, por exemplo) na ideia de operar (não por maldade, mas por desconhecimento) por uma proposição coercitiva sobre os corpos de mulheres vulneráveis, consideradas “abjetas”; vale atentar que não muito tempo atrás (no Brasil), isso se dava somente pela oferta seletiva da laqueadura tubária, especialmente para mulheres mais pobres (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Diante dessas considerações iniciais, aqui, a discussão será centrada na pessoa, naquilo que é originário/significativo da/para pessoa, e isso não poderia ser diferente, porque desde a coleta de dados esse sempre foi o entendimento. A tônica nunca esteve sobre a prática contraceptiva (ou método contraceptivo) propriamente dita(o), porque o entendimento é de que não existe o melhor método anticoncepcional (ou a melhor prática contraceptiva), existe sim o que melhor se adequa/se adapta na respectiva fase da vida da pessoa, no que a pessoa experiencia ao escolher (ou não escolher) usar, sempre na perspectiva da pessoa. E, isso também configura um desafio para discussão de achados tão diferentes, contudo tão necessários, dos que se costuma descobrir/apresentar quando de investigações dentro da temática da contracepção.

Dito isto, parte-se do princípio de que olhar para a pessoa e para o seu entorno (ser humano-ambiente), oportuniza uma compreensão (ainda que inicial) de como a pessoa se posiciona e em que “terreno” ela caminha com relação a temática da sexualidade e da reprodução, portanto, acredita-se que o contorno corporal (a posição do corpo no mapa) tem potencial para demonstrar isso. E, além do contorno corporal, os exercícios do autorretrato, do símbolo pessoal e *slogan*, também

ajudaram a revelar como os(as) participantes se comunicam com relação a uma discussão tão substancial como essa. Para este grupo de participantes, há um posicionar com relação ao tema com abertura ou não tão aberto(a), não tão fechado(a), o que de certa forma é uma conquista para essa nova geração que, ainda com algumas restrições, especialmente por o tema ser considerado tabu em alguns espaços sociais, tem-se essa abertura (novamente, ainda que não em todos os aspectos) para tratar sobre esse assunto, o que não parecia ser tão evidente para as gerações passadas, por exemplo. Acrescenta-se a esse posicionar a busca por uma expressão de viver (de se comunicar) sobre o tema, podendo ser de forma literal/concreta e/ou simbólica/lúdica; independente da forma, esses elementos trazem para a discussão o componente da importância de se comunicar/de se expressar sobre sexualidade-reprodução-contracepção, considerando, sempre a necessidade de uma comunicação aberta (ALSPAUGH *et al.*, 2019), na busca por justiça reprodutiva (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Contudo, ainda há muito o que superar para garantir cada vez mais posturas e caminhar despidos de preconceitos e moralidades, isso porque no que concerne ao relato inicial sobre a trajetória sexual e reprodutiva (quando do exercício trajetórias corporais e relacionais) houve ênfase nas dificuldades enfrentadas por alguns(algumas) participantes sobre a falta de orientação recebida na família/na escola; sobre o peso das moralidades religiosas, por exemplo; e tudo isso (em alguma medida) molda os processos de escolha, as experiências de saúde-doença e as noções de maternidade/paternidade das pessoas. Muitos estudos, trazem forte essa relação das crenças valorizadas quando versam sobre o tema da concepção-contracepção, um exemplo é o estudo de Ezer *et al.*, 2016 que desvela que as adolescentes têm grande preocupação com o que a família, amigos e comunidade (que inclui os aspectos da tradição, do conservadorismo e da religiosidade) pensam (ou podem vir a pensar) sobre os seus comportamentos sexuais-reprodutivos. Outro exemplo, é quando da vivência de doenças crônicas, como no caso da Doença Cardíaca Reumática (DCR), onde muitas mulheres enfrentam estigma quanto à maternidade (CHANG *et al.*, 2018). Ou ainda, talvez não muito evidente/estudado no contexto brasileiro, as pressões/os pesos no que concerne aos preceitos religiosos sobre as práticas sexuais e reprodutivas, fortemente arraigados em determinados contextos (BÖTTCHER; ABU-EL-NOOR; ABUL-EL-NOOR, 2019a; 2019b).

Destaque, já nos primeiros símbolos inseridos nos mapas, iniciava-se um processo de mapeamento, com nítida diferença a depender de qual corpo era mapeado, conseqüentemente, resultando em produtos (mapas corporais) diversos por gênero. Avalia-se que a tradicional dicotomia mulher-reprodução *versus* homem-sexo (CABRAL, 2017; PEREIRA; AZIZEA, 2019), muito pontuada em estudos dessa natureza (e constatada no cotidiano dos serviços de saúde), se fez explícita/presente nos resultados do mapeamento dos corpos femininos, com relação ao padrão reprodução-contracepção; ainda assim foi ilustrado um caminhar mais livre para aspectos sexuais. Os mapas dos corpos masculinos não foram tão explícitos quanto ao padrão fortemente fomentado para eles dos aspectos sexuais, propriamente ditos, viu-se aqui algo diferente e digno de nota.

Em uma visão geral dos Mapas Corporais Narrados criados por mulheres, desvelou-se a categoria “**corpos que sangram – luta, fuga e resistência**”. Os símbolos e/ou códigos geradores inseridos nestes mapas reiteram o ônus/o encargo da reprodução-contracepção que a sociedade coloca quase que inteiramente sobre os corpos das mulheres (ALSPAUGH *et al.*, 2019). Em que os elementos simbólicos

que remetem ao Feminismo, retratam a constante luta por direitos das mulheres; em que os códigos e/ou símbolos geradores sobre os riscos associados por ter um corpo feminino, não só pelos eventos fisiológicos do ciclo gravídico-puerperal, como também pelos casos de violência sexual/abusos (perpetrados sob os corpos mais vulneráveis – mulheres pobres, mulheres negras, homens trans) remetem a fuga (atenção); e em que a resiliência em seguir no enfrentamento, resistindo quase que diariamente, nos diferentes espaços por onde estes corpos percorrem as suas trajetórias sexuais e reprodutivas, também foram ilustrados nos mapas. Ainda assim, estes Mapas Corporais Narrados, tem espaço para símbolos e/ou códigos que buscam cada vez mais por questões relacionadas ao prazer feminino, timidamente para algumas mulheres, mas isso também é prova de luta para novas conquistas.

Os corpos masculinos, através da criação dos seus Mapas Corporais Narrados, por sua vez, apresentam a categoria “**corpos contidos – tendência à racionalidade**”. Não ficou tão explícito, aqui, a questão homem-sexo, talvez pelo viés da pesquisadora ser uma mulher, contudo, durante o mapeamento corporal os participantes denotavam uma certa aproximação sobre o tema da contracepção de forma bem racional (pragmática por assim dizer). Sabe-se que estes corpos não estão tão disponíveis à “pílula masculina” (termo usado genericamente para remeter aos artefatos contraceptivos masculinos) em comparação a disponibilidade dos corpos femininos à contracepção; talvez, por isso ela (a “pílula masculina”) não esteja em circulação/em uso ainda (PEREIRA; AZIZEA, 2019); muitos são os motivos apresentados (fisiológicos, econômicos, culturais, entre outros) para a não disponibilidade destes corpos incorporarem alguma prática contraceptiva, entretanto, a realidade imposta aos homens (participantes deste estudo), através da nova postura das mulheres (que vivem no entorno destes homens), tende a trazê-los para mais perto do tema (no sentido de cada vez mais partilharem sobre essas questões da reprodução-contracepção), ainda que de uma maneira prática (somente); e de todos os outros aspectos que permeiam o tema, como cuidados/responsabilidades com os filhos, por exemplo. E isso de certa forma tende a romper com um certo pragmatismo dos homens com relação à contracepção.

E, sobre os corpos de pessoas não binárias, através dos Mapas Corporais Narrados confeccionados por elas, surgiu a categoria “**corpos fluidos – marcando presença e permeando a temática**”, onde trazer esses corpos para discussão deste tema é uma grande oportunidade para deixar de perpetuar o modelo da cisheteronormatividade nessas discussões, isto porque é necessário vencer as concepções influenciadas por normas e papéis de gênero estabelecidos socialmente, em outras palavras, vencer toda e qualquer forma de preconceito, que geram impactos significativos sobre o estado de saúde (física e psicológica) das pessoas que não se identificam com o sexo do seu nascimento e que não estão enquadradas neste padrão. Isso é urgente, para romper com os ciclos de violência transfóbica que, infelizmente, também existe quando do seguimento de homens trans durante seu ciclo gravídico-puerperal e no contexto do planejamento reprodutivo/aconselhamento contraceptivo (PEREIRA *et al.*, 2022).

As adaptações feitas no método, especialmente na redução do número de encontros de três para um, pode ter, em alguma medida, limitado o aprofundamento de alguns elementos inseridos nos Mapas Corporais Narrados, contudo essa adaptação se fez necessária por conta do contexto da pandemia da Covid-19. Outro, ponto a ser considerado quando se faz estudos desta natureza, que usam métodos e/ou referenciais teóricos-filosóficos que exigem profundidade (qualidade), mais do



que quantidade é considerar muito bem o número de participantes. Mas, do que uma limitação, foi um grande desafio lidar com 20 histórias de vidas mapeadas (devido ao imenso volume de dados), cada história mapeada por si só daria uma tese devido a riqueza de dados gerados. Outra limitação, mas esta está mais relacionada com a apresentação dos resultados, foi a necessidade de fragmentar os momentos da teoria, por manuscrito, o que pode configurar em uma perda no entendimento completo sobre o fenômeno pesquisado por esta ótica.

Notadamente, como contribuição significativa para o aperfeiçoamento do corpo de conhecimentos da Enfermagem, tem-se o entendimento que a aplicação (em conjunto) na pesquisa da teoria do *Devir Humano* com o método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa oportunizou resultados ímpares. E, esse encontro (teoria e método) é uma alternativa diferenciada para compreensão do fenômeno estudado, para um pesquisar/aconselhar/cuidar em contracepção ainda mais mobilizador.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Esclarecer significado*, através da imagem, do valor, da linguagem, sobre o fenômeno “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas” (que tem potencial para repercutir substancialmente na vida das pessoas e do seu entorno) é a primeira oportunidade para vislumbrar mudanças na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas. As “unidades de significado” extraídas a partir das perspectivas das pessoas que criaram os Mapas Corporais Narrados, identificam que, especialmente, as crenças valorizadas (orientações dos pais, formação educacional, preceitos religiosos, processos saúde-doença, noção de maternidade/paternidade) e a diferença nas experiências vividas (relacionados com o fenômeno de estudo) nos diferentes corpos (por gênero) confirma-(ainda) não confirma para um posicionar com abertura-não tão aberto(a), não tão fechado(a) e para a necessidade de comunicar (seja de forma literal/concreta e/ou simbólica/lúdica) sobre o tema da sexualidade-reprodução-contracepção.

Olhar para esse fenômeno e os seus temas associados, através da construção do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa e com a lente do *Devir Humano*, aponta para o início da ruptura do paradigma mulher-reprodução *versus* homem-sexo e para inclusão dos mais diversos corpos, nas suas mais diversas formas de expressão, dentro deste contexto.

### REFERÊNCIAS

ALSPAUGH, A.; BARROSO, J.; BEIBELL, M.; PHILLIPS, S. Women’s Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. 2020 Jan;65(1):64-84. DOI: 10.1111/jmwh.12992. Epub 2019 May 28. PMID: 31135081. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12992>. Acesso em: 18 fev. 2023.

BÖTTCHER, B.; ABU-EL-NOOR, M.; ABUL-EL-NOOR, N. Choices and services related to contraception in the Gaza strip, Palestine: perceptions of service users and providers. **BMC Women's Health** 19, 165 (2019a). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0869-0>. Acesso em: 30 ago. 2020

BÖTTCHER, B.; ABU-ELNOOR, M. A.; ABU-ELNORR, N. I.; Causes and consequences of unintended pregnancies in the Gaza Strip: a qualitative study. **BMJ Sex Reprod Health**. 0:1–5, 2019. Disponível em: doi:10.1136/ bmjsrh-2018-200275. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(7):2673-2682, 2021. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232021267.08322021. Acesso em: 01 mai. 2023.

CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CHANG, A. Y.; NABBAALE, J.; NALUBWAMA, H.; OKELLO, E.; SSINABULYA, I.; LONGENECKER, C. T.; WEBEL, A. R. Motivations of women in Uganda living with rheumatic heart disease: A mixed methods study of experiences in stigma, childbearing, anticoagulation, and contraception. **PloS one**, 13(3), e0194030, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194030>. Acesso em: 27 jul. 2020.

COELHO, R. C. H. A.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, E. K. A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):506-15.

EAKIN, JM; GLADSTONE, B. Na caixa preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. In: BOSI, MLM; GASTALDO, D (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos-metodológicos**. ISBN 978-65-5713-146-6. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

EZER, P.; LEIPERT, B.; EVANS, M.; REGAN, S. Heterosexual female adolescents' decision-making about sexual intercourse and pregnancy in rural Ontario, Canada. **Rural and remote health**, 16(1), 3664, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826735/>. Acesso em: 09 set. 2020.

GASTALDO, D.; CARRASCO, C.; MAGALHÃES, L. **Entangled in a web of exploitation and solidarity**: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C.; DAVY, C. **Body-Map Storytelling as Research**: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento.

*In*: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.

GASTALDO, D.; RIVAS-QUARNETI, N.; MAGALHÃES, L. Body-Map Storytelling como uma Metodologia da pesquisa em saúde: linhas borradas criando imagens claras. **Fórum Sozialforschung**/Fórum Qualitativo: Pesquisa Social Qualitativa, v. 19, n. 2, art. 3, may. 2018. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GONZAGA, A.; MARQUES, C. L.; LEOPARDI, M. T. Rosemarie Rizzo Parse – teoria do Ser humano-existência-saúde. *In*: LEOPARDI, M. T. (org.). **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 120-131.

HICKMAN, J. S. Rosemarie Rizzo Parse. *In*: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos à Prática Profissional. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 267-281, 2000. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>. Acesso em: 08 mar. 2020.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Teoria e método em assistência de enfermagem**: Soldasoft, 2006. 396 p.

LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KANANDA, I.; JESUS, C. A. C. de; REIS, P. E. D. dos. Teoria de tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, out./dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037). Acesso em: 24 fev. 2020.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 108 p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

PARSE, R. R. **Illuminations**: the human becoming theory in practice and research. New York: National League for Nursing Press, 1995. 409 p.

PARSE, R. R. Rosemarie Rizzo Parse. The Human Becoming School of Thought. *In*: PARKER, M. E. (org.). **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. DAVIS COMPANY, 2000. p. 227-238.

PEREIRA, G. M. C.; AZIZEA, R. L. “O problema é a enorme produção de espermatozoides”: concepções de corpo no campo da contracepção masculina. **Saúde Soc**. São Paulo, v.28, n.2, p.147-159, 2019. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902019180797. Acesso em: 02 mai. 2023.

PEREIRA, D. M. R.; ARAÚJO, E. C.; SILVA, A. T. C. S. G.; ABREU, P. D.; CALAZANS, J. C. C.; SILVA, L. L. S. B. Evidências científicas sobre experiências de homens transexuais grávidos. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 18]; 31:e20210347. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUZA, S. N. D. H. de; ROSSETO, E. G.; SODRÉ, T. M. Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2000, v. 34, n. 3, p. 244-251. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-6234200000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-6234200000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 fev. 2020.

TRINDADE, R. E. da.; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F. de.; FELISBINO-MENDES, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 2):3493-3504, 2021. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.24332019. Acesso em: 01 mai. 2023.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2018**. O poder de escolha. Direitos reprodutivos e a transição demográfica. UNFPA, 2018. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2019**. Um trabalho inacabado. A busca por direitos e escolhas para todos e todas. UNFPA, 2019. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_final.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf). Acesso em: 29 dez. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2020**. Contra a minha vontade. Desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impedem a igualdade. UNFPA, 2020. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_2020-unfpa.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2021**. Meu corpo me pertence. Reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação. UNFPA, 2021. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br\\_web\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2022**. Vendo o invisível. Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2022.

“(...) considerando que somos seres complicados que passam por grande desenvolvimento e mudanças ao longo da vida, dar sentido às nossas experiências acumuladas pode ser um grande desafio. É preciso caminhar na água através de uma vasta piscina de memórias, ações e comportamentos, e de alguma forma selecionar o que, dentre tudo isso, representa o âmago de nosso ser. E ao fazê-lo, naturalmente encontramos contradições. Certamente muitas vezes fazemos o que decidimos, mas em muitas outras agimos conforme as circunstâncias.”

(IYENGAR, 2013, p.175)

## 6.4 MANUSCRITO 03 – PARADOXOS DA EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA

### PARADOXOS DA EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA<sup>12</sup>

#### PARADOXES OF THE EXPERIENCE OF CHOOSING (OR NOT CHOOSING) CONTRACEPTIVE PRACTICES IN THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE TRAJECTORY

Luciana Cristina dos Santos Maus<sup>13</sup>  
Marli Teresinha Stein Backes<sup>14</sup>

#### RESUMO

Trata-se de um estudo desenhado dentro do arcabouço qualitativo de pesquisa, que utilizou a lente teórico-filosófica da teoria de Enfermagem de Parse, aliada ao método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa para mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas. Participaram do estudo 20 pessoas, na faixa etária adulto jovem (20-40 anos), com orientações sexuais diversas (o que significa a inclusão de pessoas com orientações sexuais fora do padrão da heteronormatividade) e com identidades de gênero diferentes (12 mulheres cisgêneros; 05 homens cisgêneros; e 03 pessoas não binárias). A coleta de dados aconteceu na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, entre abril e agosto de 2021. Para análise dos dados, foram usados os dispositivos analíticos da análise *agregadora de valor*, onde o processo do mapeamento corporal, bem como o produto mapa corporal, foram analisados em uma perspectiva individual e, posteriormente coletiva dos dados narrados e visuais. As categorias analíticas descobertas foram: marcando-não marcando as marcas; reconhecendo o que capacita-limita escolhas; aproximando-incorporando-afastando as práticas contraceptivas; percebendo (ou não) sustento/base na trajetória. O (re)conhecimento dos paradoxos na experiência de uma escolha tão substancial, como a escolha de práticas contraceptivas, é fator crucial para *ir além* na trajetória sexual e reprodutiva.

---

<sup>12</sup> Recorte dos resultados da tese "Mapas Corporais Narrados sobre experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir humano*."

<sup>13</sup> Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lucianamaus82@gmail.com

<sup>14</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: marli.backes@ufsc.br

**Palavras-chave:** Contracepção; Direitos Sexuais e reprodutivos; Enfermagem; Pesquisa qualitativa. Ritmicidade.

## **ABSTRACT**

This study was designed within the qualitative research framework, using the theoretical-philosophical lens of Parse's Nursing Theory, combined with the Narrated Body Map as Research method, to map the synchronized rhythm in the experience of choosing (or not choosing) contraceptive practices in people's sexual and reproductive trajectories. The study included 20 individuals in the young adult age range (20-40 years), with diverse sexual orientations (including individuals with non-heteronormative sexual orientations) and different gender identities (12 cisgender women, 05 cisgender men, and 03 non-binary individuals). Data collection took place at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, between April and August 2021. For data analysis, the analytical devices of *value-aggregating* analysis were used, where the process of body mapping and the resulting body map were analyzed from both an individual and a collective perspective of the narrated and visual data. The discovered analytical categories were marking-not marking the marks; recognizing what enables-limits choices; approaching-incorporating-distancing contraceptive practices; perceiving (or not) support/basis in the trajectory. The (re)recognition of paradoxes in the experience of such a substantial choice as the choice of contraceptive practices is a crucial factor for *going beyond* in the sexual and reproductive trajectory.

**Keywords:** Contraception; Sexual and reproductive rights; Nursing; Qualitative research; Rhythm.

## **INTRODUÇÃO**

Sabidamente de foro íntimo, as questões relacionadas com sexualidade, reprodução e contracepção também repercutem no entorno e nos aspectos coletivos da humanidade. O mundo vive com diferenças extremas de taxas de fecundidade entre diferentes grupos de países (alta fecundidade; fecundidade estacionada; fecundidade em declínio constante; e baixa fecundidade) nunca antes vistas na história. E cada país, com seu respectivo nível de fecundidade (que tem o seu conjunto específico de fatores que o determinam), enfrenta desafios ímpares por conta destas taxas. Contudo, é importante ressaltar que dentro destas categorias de fecundidade (todas, independente de qual seja) existem pessoas que não estão totalmente empoderadas para decidir livremente e com responsabilidade sobre o número de filhos, bem como o momento de tê-los e o intervalo entre uma gravidez e outra, por exemplo. E, esse é o grande paradoxo enfrentado pela humanidade dentro desta temática (UNFPA, 2018; 2019; 2020; 2021; 2022).

Afirma-se que contracepção é um meio (dos mais elementares) que pode contribuir (mas, não sozinha) para evitar a manutenção e/ou o aumento das taxas de gravidezes não intencionais que acontecem em todo o mundo (UNFPA, 2022). Por isso, sem desconsiderar outros elementos/meios fundamentais para o combate a esse grave problema de saúde pública que afeta inúmeras vidas e repercute em diversos contextos, optou-se por olhar para esse fenômeno por uma ótica diferente, como uma alternativa às abordagens normativas/prescritivas, através da teoria de Enfermagem – *Devir Humano*, que é dividida em três momentos: (1º) *esclarecer*

*significado*, (2º) *sincronizar ritmos* e (3º) *mobilizar transcendência*. Sendo que neste manuscrito o foco está direcionado para o segundo momento. Nessa teoria, o conceito de saúde (aqui, podendo ser lido como experiência de vida) é entendido como um processo e não um estado particular em um determinado momento. Processo esse que envolve uma síntese de valores de acordo com os significados dados a determinada situação; processo aberto de transformação e desvelamento, vivenciado e definido pela própria pessoa, sendo que a percepção de saúde (ou da experiência) é reconhecida como única para a pessoa; e os processos saúde-doença (ou as experiências de vida, por exemplo) refletem a natureza paradoxal das relações da pessoa no mundo em um processo rítmico, que podem determinar o que é saúde (ou o que é válido em termos de experiência) para cada ser humano (PARSE, 1995; 2000).

Parse postula no segundo princípio da sua teoria que: a vida é uma manifestação de vibrações rítmicas, onde se criam padrões rítmicos com o ambiente que vão determinar as escolhas ao longo da existência; a questão da escolha é inerente a todo ser humano; que a vivência dos paradoxos da vida cotidiana significa que a pessoa revela um pouco de si mesma e ao mesmo tempo que oculta outras partes; que a pessoa se capacita a uma possibilidade, quando se move em direção a uma escolha, ao mesmo tempo em que se limita a outras tantas possibilidades; e ainda, ao se ligar (ou se sustentar) em um fenômeno, simultaneamente, desliga-se de outro para se transformar (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

Com esse pensamento, definiu-se como objetivo para este estudo mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas. E, para atingir tal objetivo é necessário responder a seguinte questão de pesquisa: “qual a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?”

## MÉTODO

Esta pesquisa está sob o arcabouço qualitativo, porque rompe com as tensões dos paradigmas conservadores, pois entende que em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam e transformam (de certo modo) suas vidas (TURATO, 2005).

Mapa Corporal Narrado como Pesquisa foi o método utilizado para guiar a coleta e a análise de dados. As autoras do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa adaptaram a técnica do mapeamento corporal e do mapa corporal (que era/é usada como ferramenta terapêutica; como informações de tratamento e ferramenta de apoio; como ferramenta de pesquisa; como ferramenta de advocacia; como ferramenta de diálogo intergeracional; como ferramenta de construção de equipe; como ferramenta de criação de arte; e como ferramenta biográfica), assim como, utilizaram-se de todo o rico e vasto conhecimento adquirido por enxergarem, especialmente, o potencial do profundo e reflexivo processo da criação da narrativa do mapeamento corporal, uma vez que, envolve e capacita seus(suas) participantes. O método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa é composto por um mapa em tamanho original da pessoa; uma legenda; e um testemunho narrado pela própria pessoa. É construído por um processo guiado de exercícios, adaptados para



pesquisa de determinados fenômenos que colocam a pessoa/o corpo na centralidade do fenômeno; traz o(a) participante como protagonista da pesquisa, de uma maneira lúdica, e isso não significa uma maneira rasa, para contar histórias de vidas mapeadas (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC sob o número do parecer final 4.352.292, na sua versão 3 - CAAE 36217320.1.0000.0121, onde foi acrescentado a necessidade de apoio por profissional de psicologia; e a garantia de reembolso aos(às) participantes no que concerne ao transporte até o local da pesquisa, bem como alimentação, por conta do período estimado dedicado à coleta de dados (um período de mais ou menos quatro horas). Além disso, no período de coleta de dados a humanidade vivia a pandemia da Covid-19, por conta disto, além de seguir todos os preceitos regulamentados na ética em pesquisa com seres humanos, também foram seguidas as normativas sanitárias vigentes à época.

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. A sala do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi o local da coleta de dados. Mas, o contexto dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente os Centros de Saúde dos bairros Córrego Grande, Pantanal, Saco dos Limões e Trindade foram os espaços para a “captura” dos(das) participantes, que aconteceu em todo o primeiro semestre de 2021. Estimou-se a participação de 20 pessoas, o único critério de exclusão foi a idade ser maior de 40 anos, com a justificativa de delimitar a amostra entre a classificação etária idade adulta jovem. No que concerne aos critérios de inclusão, tem-se: qualquer pessoa (independente da orientação sexual e/ou da identidade de gênero), com capacidade civil plena, com idade igual ou superior aos 20 anos; que fossem usuários(as) do SUS; que em algum momento de suas vidas tivessem recebido assistência (cuidados) em serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva de Florianópolis; e que, principalmente, quisessem se engajar ao compartilhar narrativas sobre suas trajetórias sexuais e reprodutivas, com ênfase no relato da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2021 e foi baseada em um roteiro para elaboração de Mapas Corporais Narrados como Pesquisa de Gastaldo *et al.* (2012), onde os exercícios foram adaptados para o tema da pesquisa e alinhados com o referencial teórico filosófico em uso, a saber: **1º momento** - através dos conceitos interrelacionados imagem (imaginação); valor (valorização/crença); linguagem (comunicação/expressão); reflete a realidade; esclarece o significado da experiência (exercício 1 - contorno corporal; exercício 2 - trajetórias corporais e relacionais; exercício 3 - autorretrato; exercício 4 - símbolo pessoal e *slogan*); **2º momento** – através dos conceitos interrelacionados revelar-ocultar (explícito e tácito); habilitar-limitar (possibilidades e impossibilidades); conectar-separar (unir e separar); revela as vivências dos paradoxos da existência; a ritmicidade experienciada (exercício 5 - marcas sob e sobre a pele; exercício 6 - escaneamento do corpo para encontrar pontos fracos e fortes; exercício 7 - estruturas de apoio); e **3º momento** – através dos conceitos interrelacionados reforçar (domínio); origem (proveniência); transformação (mudanças); vislumbra o *ir*

*além*; a cotranscendência para o futuro (exercício 8 - mensagem para os outros; exercício 9 - desenhando o futuro; exercício 10 - narrativa sobre a história que o mapa corporal conta).

Foram realizados dois níveis de análise dos dados, o primeiro nível mais descritivo, realizado em conjunto com os(as) participantes quando em processo de mapeamento corporal; o segundo nível, usando dispositivos analíticos que *agregam valor* (codificação geradora, frases-guia, entre outros), para compreender todos os dados gerados (narrados e/ou desenhados), em uma estratégia coletiva de análise (EAKIN; GLADSTONE, 2021; GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Para este manuscrito, debruçou-se sobre os códigos e símbolos geradores do momento analítico denominado “pontos e contrapontos da ritmicidade” que considerou os dados gerados, especialmente, quando dos exercícios (marcas sob e sobre a pele; escaneamento do corpo para encontrar pontos fortes e pontos fracos; e estruturas de apoio) relacionados com o segundo momento - *sincronizar ritmos* – da teoria *Devir Humano*. Para ilustração desses resultados serão apresentados três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa.

## RESULTADO

As informações básicas dos(das) 20 participantes quanto ao sexo do nascimento, quanto ao gênero, quanto à orientação sexual, quanto à raça, quanto à faixa etária, quanto ao estado civil, quanto a ter (ou não ter) filhos e quanto à escolaridade estão apresentados no Quadro 5.

Quanto à classificação da prática contraceptiva em uso (ou não) no momento da coleta de dados, optou-se pela classificação genérica, adaptada do conceito do binômio passividade-atividade de Bateman-Novaes (2007 apud CABRAL, 2017), relacionada à postura da pessoa que usa (ou não usa) determinada prática contraceptiva, exemplo: ativa; passiva; ativa-passiva. Onde se entende que quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende da pessoa, trata-se da classificação ativa; quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende do outro (parceiro(a)), tem-se a classificação passiva; e quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende ora da própria pessoa, ora do(a) parceiro(a), configura-se como classificação ativa-passiva.

No momento deste estudo, das três pessoas não binárias, uma das pessoas, que nasceu com pênis, optou por ter uma postura ativa (usando preservativo masculino); outra pessoa, que nasceu com vagina, por uma postura passiva (aceitando o coito interrompido ou preservativo masculino); e mais uma pessoa, que também nasceu com vagina, disse não precisar de prática contraceptiva no momento.

Sobre os cinco participantes homens cis, tem-se que: um faz coito interrompido ou usa preservativo masculino, configurando uma postura ativa com relação a prática contraceptiva em uso; dois tem parcerias afetivo-sexuais que fazem uso de dispositivo intrauterino (DIU) com cobre (um) ou anticoncepcional combinado hormonal oral (um), o que acarreta à classificação de uma postura passiva com relação ao uso da prática contraceptiva; e os outros dois fazem coito interrompido ou controle do período fértil (um); coito interrompido ou preservativo

masculino se a parceria sexual quiser/pedir (um), tendo posturas ora ativa ora passiva, com relação ao uso de práticas contraceptivas.

Por fim, das 12 mulheres cis, sete apresentam uma postura ativa (DIU com cobre (duas); DIU com hormônio (uma); anticoncepcional injetável trimestral (três); anticoncepcional combinado hormonal oral (uma)) ao usar práticas contraceptivas; outras duas mulheres, com postura passiva (coito interrompido ou preservativo masculino), quando optam que o parceiro detenha o controle sobre o uso da prática contraceptiva; mais duas mulheres demonstram postura ativa-passiva (laqueadura e preservativo masculino (uma); controle do período fértil ou preservativo (uma)) quando ora usam (no caso da esterilização, quando confia somente na laqueadura) ou não usam determinada prática contraceptiva; e uma mulher não estava usando nenhuma prática contraceptiva (pois avaliou como não necessário o uso na fase de vida em que se encontrava). Importante deixar registrado que para muitos(muitas) participantes o uso da contracepção de emergência (CE) foi um recurso utilizado durante as suas trajetórias.

Seguindo a apresentação dos resultados, eles serão ilustrados por três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa (ainda que adaptados, com recortes nas legendas e nos testemunhos apresentados); onde os destaques em cinza, servem para direcionar quais elementos (narrados e/ou visuais) dos grupos de exercícios que foram analisados e serão apresentados/discutidos neste manuscrito.

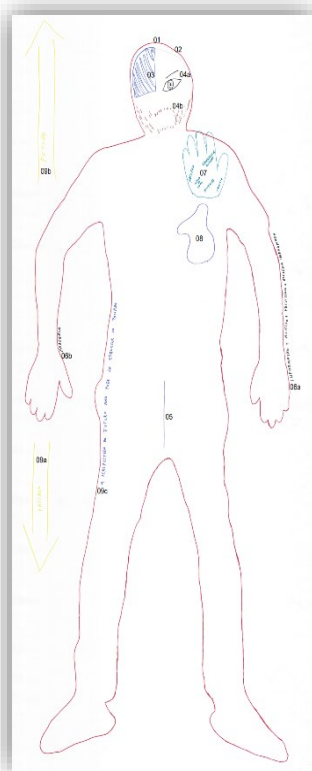
Por último, será apresentado o Quadro 6, que mostra o detalhamento dos símbolos e/ou códigos geradores dos 20 Mapas Corporais Narrados como Pesquisa e suas respectivas categorias elaboradas de acordo com os dados gerados durante a realização do segundo grupo de exercícios do processo de mapeamento que estavam alinhados ao segundo momento da teoria do *Devir Humano*.

Quadro 5 - Caracterização dos(das) participantes

Características dos(das) participantes	Quanto ao sexo		Quanto ao gênero			Quanto à orientação sexual					Quanto à raça				Quanto à faixa etária				Quanto ao estado civil			Quanto a ter filhos		Quanto à escolaridade					
	Sexo feminino	Sexo masculino	Mulher cisgênero	Homem Cisgênero	Pessoa não binária	Heterossexual	Pansexual	Bissexual	Homossexual	Assexual	Optou por não informar	Branca	Preta	Parda	Amarela	20-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos	Solteiro(a)	União estável	Casado(a)	Com filho(a)	Sem filho(a)	Ensino Superior completo	Ensino Superior incompleto	Ensino Médio completo	Ensino Médio incompleto	Ensino Fundamental completo
Quantidade de participantes	14	06	12	05	03	13	03	01	01	01	13	05	01	01	04	12	00	04	11	06	03	05	15	07	07	04	01	00	01

Fonte: elaborado pelas autoras

Figura 28 – Mapa Corporal Narrado 03



Fonte: elaborado por participante 03 e autoras

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente**; prefere ficar de frente, para as pessoas e para o tema, do que não ver; prefere saber o que está acontecendo;

**02 - Cor para o contorno** - **vermelha**, porque combina com a sua personalidade;

**03 - Símbolo de parte do cérebro** simboliza desenvolvimento da mente; adquirir conhecimento;

**04 - Autorretrato** - parcialmente literal/meio simbólico; **(a) olho direito**, simboliza característica de ser observador, de querer se adaptar a situação, de estar sempre atento; **(b) barba**, que tem desde a adolescência, *“faz parte de mim”*;

**05 - Marcas sob a pele e sobre a pele** - **traçado reto e vertical próximo a região genital**, optou por não falar sobre por ser uma *“coisa pessoal”*; mas quis deixar registrado no seu mapa;

**06 - Pontos fortes** - **(a) informação + acesso + privilégio = escolha informada**; comenta que ter tido tudo isso foi/é um ponto forte; **(b) parceria** afetivo-sexual (namorada);

**07 - Estrutura de apoio** - contorno de uma mão no ombro direito contendo as palavras que simbolizam apoio (**parceria, família, amizades, experiências anteriores e apoio do todo** [remente apoio da sociedade/por ter noção dos seus direitos]);

**08 - Símbolo pessoal** - contorno de um **coração** (contorno de uma forma mais parecida com a forma anatômica do coração, não coração romântico), simboliza coisas que prefere deixar guardadas no coração;

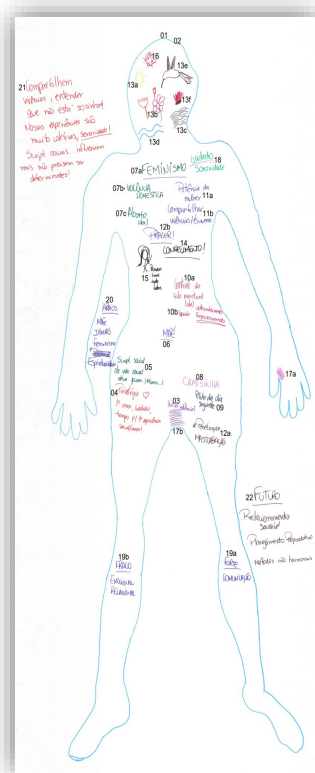
**09 - Desenhando o futuro** - **(a) seta passado** e **(b) seta futuro**, simboliza *“o passado que se conecta com o futuro”*; **(c) A perspectiva do futuro não pode se esquecer do passado**, também considerou frase como *slogan* pessoal para o momento;

**Observações:** já ponderou realizar vasectomia, mas ideia não foi para frente por *“preguiça, talvez”*.

*“Acho que é interessante o mapa que eu fiz. Ele lida muito com a questão de tempo, que eu acho que é uma coisa que, talvez da minha pessoa, da minha formação seja uma coisa que eu sempre mexo muito, mas vai desde, não sei, desde pequeno, desde mais jovem, das coisas que eu aprendi, das coisas que eu vi, coisas negativas também (...) isso é um ponto (...) acho que era desde jovem tive muito acesso a questão de sexo e não só, tipo, acesso ao que seria interessante, legal em*

*uma aula de ciências, mas também de entrar no computador e procurar pornografia, por exemplo, e jovem, então assim, é (...) não sou contra, por exemplo, adultos ter a escolha consentida, mas é (...) talvez não tenha sido a melhor referência quando jovem. Por exemplo, eu descobri sexo por uma pornografia pela internet e aí cada coisa (...) porque a internet é (...) se tu mente a idade está livre para tu achar qualquer coisa e aí não sei, informações, é poderia chamar até chamar de informações perigosas talvez, informações talvez que não seja necessário para a pessoa. Eu não diria que dificultou, mas me fez refletir também, não digo que eu só tive exemplos negativos de ver, pelo contrário, descobri também o corpo das pessoas, descobri o corpo do homem que só conhecia o meu, que via outros corpos masculinos e outros corpos femininos, vi corpos, inclusive, quando se misturam o próprio gênero. Eu acho que uma coisa é (...) talvez não tenha sido negativo, também vi ali e pensei 'acho que isso não é necessariamente como o sexo funciona com pessoas normais' (...) 'o que eu estou vendo aqui é mais uma performance do que qualquer outra coisa'. E quando jovem, ainda bem que tive esse discernimento, mas acho que outras pessoas não têm [...]. E eu acho que ele é legal porque ele captura os tempos, mas ele faz com que os tempos estejam conectados também, eles não tão simplesmente, o passado, o futuro, o presente não é só como se fosse o passado acumulado e tá o presente, mas sim o presente é subserviente e do que aconteceu antes e tá sempre ressignificando o futuro também. A experiência que passou atrás não é só (...) não está estática, ela está sempre buscando (...) enfim, mas é mais ou menos isso (...) não é uma hierarquia, eu diria (...) acho que é isso, não sei, o que mais eu posso falar sobre (...) acho que está bom, gostei, gostei (...) gostei do resultado, foi legal."*

Figura 29 – Mapa Corporal Narrado 07



Fonte: elaborado por participante 07 e autoras

**01 - Contorno corporal** - “*eu me vejo de frente e de braços abertos, talvez eu esteja refletindo muito*”;

**02 - Cor do contorno** - azul, porque gosta da cor;

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - “*batida na infância*” (acidente com bicicleta), fez um símbolo tracejado em roxo na região genital;

**04** - Escreve as palavras **Privilégio, 1º amor, cuidado, tempo para 1ª relação sexual/amor** próximo da região do ventre (lado direito), acrescido do símbolo de um **coraçõzinho**; primeiro namorado usou preservativo masculino;

**05** - Acima da frase anterior escreveu **Script social da vida sexual ativa jovem (14 anos...)**, ainda para discorrer sobre o início da vida sexual;

**06 - Mãe**, palavra escrita no centro do corpo, para simbolizar a presença da mãe nestes momentos da “*batida de bicicleta*”; por ter contato da primeira relação sexual; por ter uma relação de confiança e tranquilidade com a mãe;

**07** - No peito, para ficar “*estampado*”, porque “*é isso que eu quero levar pra mim*”, escreve as palavras **(a) Feminismo**, comenta que teve contato com o movimento Feminista na faculdade; **(b) Violência Doméstica**, para remeter a história vivenciada pela irmã; e **(c) Aborto (dor)**, considerando que teve contato com três histórias de mulheres que experienciaram abortamento;

**08** - Escreve a palavra **Camisinha**, próximo a região do ventre (lado esquerdo), simboliza “*um negócio que sempre caminha com o meu método*”; “*ela é minha proteção*”;

**09 - Pílula do dia seguinte**, escreve abaixo da palavra camisinha, porque teve que fazer uso por duas vezes;

**10** - Sobre conhecer o ciclo menstrual, escreve **(a) Controle do ciclo menstrual (Clue®)**; **(b) Copinho**, acredita que demorou a usar o coletor por conta de questões envolvendo penetração e/ou a memória da batida na infância;

**11 - (a) Potência da mulher** escrito próximo da palavra Feminismo; também relaciona o termo com outras palavras já escritas/marcadas no mapa; **(b) Compartilhar vivências/traumas** também relacionando com a potência feminina (ou para potencializar a potência feminina);

**12 - (a) Penetração e Masturbação**, palavras escritas perto da região genital (lado esquerdo), remetem a ideia de se permitir, se autoconhecer; **(b)** acrescenta palavra **Prazer** no centro do corpo;

**13 - Autorretrato simbólico e símbolos pessoais** (exercícios realizados em conjunto); desenha na face - **sol; flor; terra; mar; beija-flor; e fogo**; face traz elementos da natureza “*vida, vida, vida, vida*”; acredita que o seu semblante e comportamento traduzem/demonstram isso;

**14** - Escreve a palavra **Conhecimento** no peito; fala de um grupo de mulheres;

**15** - Símbolo de uma **Boneca** (tipo Boneca da Abundância), seguida das palavras **boneca, irmã, conto e lobos**, que ganhou de presente da irmã; um símbolo bem real e lembra que a “*gente tem poder*”;

**16 - Slogan pessoal - Vida-Ação**

**17 - Marca sobre a pele - (a) marca de queimadura**, remete problemas de relacionamento; **Marca sob a pele - (b)** aponta para **marca da batida da infância**; “*só que é uma coisa que eu recentemente eu comecei a compreender que essa batida na infância influenciou várias coisas*”;

**18** - Acrescenta as palavras **Cuidado e Sororidade** ao lado da palavra Feminismo; onde relata que teve dificuldade em ser acudida pelas amigas que estavam na mesma viagem, quando passou pela experiência de ter sido confrontada para ter relação sexual sem preservativo; sentiu-se muito desamparada nessa situação;

**19** - Nas pernas lista os pontos fortes e fracos **(a) Ponto forte - Comunicação; (b) Pontos fracos - Emocional; Relacional; Insegurança** (não escreveu está última palavra no mapa);

**20 - Estruturas de apoio - mãe; irmão; feminismo; espiritualidade** palavras escritas perto do braço direito; escreve a palavra **política** logo abaixo da palavra Feminismo, mas resolveu riscar, porque avaliou que não tinha a ver com o seu mapa; fala que a Universidade (principalmente, por ser um Universidade Federal) apoiou, mas isso já faz link com a palavra conhecimento; cita o apoio do **pai** (pessoa muito importante) mas não insere elementos que remetem ele no seu mapa, porque não vê relação de apoio direto dele com o tema;

**21 - Mensagem para os outros - Compartilhem vivências, entender que não está sozinha! Nossas experiências são muito coletivas, sororidade! Scripts sociais... Influenciam, mas não precisam ser determinantes!**

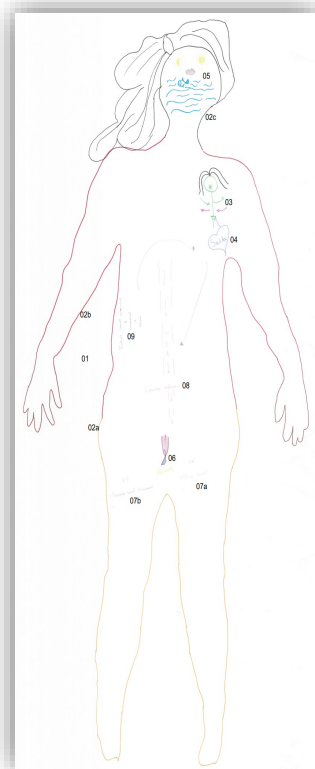
**22 - Desenhando o futuro** - sobre uso de métodos anticoncepcionais irá manter o controle do ciclo menstrual com o aplicativo (Clue®) e usar camisinha; sobre ter filhos, até uns anos atrás não cogitava ser mãe, com o episódio da morte da irmã e do cunhado, ficou refletindo entre ser “mãe” ou tia do sobrinho; com esse episódio avaliou que “*filho não é um negócio do outro mundo*”; antes não pensava em engravidar, porque tinha aquilo de “*vai estragar o meu corpo*”; agora pensa em ter filhos, não por agora (talvez depois dos 35), agora quer vivenciar outras coisas; quando engravidar “*eu quero que para o meu futuro seja uma escolha*”; quer planejar a gravidez; escreve as palavras **Relacionamento Saudável; Planejamento Reprodutivo; Métodos não hormonais**.

*“É eu vou começar pelo que (...) testemunho, pelo que expressa (...) então, essa pessoa é uma pessoa que traz forte a vida; é uma pessoa feliz e alegre, que o que ajuda nisso, que ela transparece e (...) é tentar ser uma pessoa que fale, que seja (...). Eu coloquei ali o Feminismo. Que consiga fazer um movimento positivo, no cuidado e na sororidade entre as mulheres, para a gente entender que vivemos em scripts sociais muito parecidos, vivências são muito parecidas, as dores são muito parecidas. E quando a gente divide a gente cresce. E aí isso tudo (...) esse Feminismo, essa base, tem a ver com conhecimento. E aí esse conhecimento é o conhecimento de entender a trajetória passada do início da vida sexual, da relação com a mãe, da sua menstruação. E o conhecimento também daí mais sutil e emocional tem a ver com outras contribuições da vida assim mais lúdicas. De pessoas também, por exemplo aí irmã, um irmão, a espiritualidade (...) então, coisas mais lúdicas que contribuem nesse conhecimento, que ajuda nessa defesa da bandeira do Feminismo, da busca de prazer também. E aí o ponto forte dessa pessoa na época que ela se posiciona, tem a ver com comunicação. E o ponto fraco tem a ver com os detalhes das relações sociais em si; é por conta de se comunicar e querer defender alguma coisa (...) ter um receio do emocional; do se entregar para o emocional, se doar. Porque sabe que pelo compartilhamento de vivências e traumas de outras mulheres tem muitas dores nesse sentido. E aí no futuro, que ela com isso quer construir para a vida dela relacionamentos extremamente saudáveis, planejamento reprodutivo bem-feito e também saudável e não utilização de métodos hormonais pelo receio, pelo que a gente tem de opções ainda serem muito mais prejudiciais do que benéficas para vida dela e tudo mais. [...] Eu acho que na parte dos métodos, eu acho que tem uma parte de tipo (...) de leitura e de busca de conhecimento sobre; e vendo que as opções que são dadas do ponto de vista do longo*



*prazo pra saúde não são positivas para as mulheres e tal; e isso cria uma barreira em relação a isso (...).”*

Figura 30 – Mapa Corporal Narrado 19



Fonte: elaborado por participante 19 e autoras

**01 - Contorno corporal** - postura de **frente, normal, neutra**; mas, **não muito aberta** para o tema;

**02 - Cores para o contorno** - **(a) amarelo** (nas pernas); **(b) vermelho** (tronco e braços); **(c) preto** (cabeça); escolha das cores por gosto;

**03 - Trajetória corporal e relacional** - símbolo de **um pêndulo**, que depois se transformou em uma **bonequinha**; “*sou eu dentro de mim mesma*” (no canto esquerdo do peito) que simboliza esse pêndulo (que ora vai e ora volta) e que representa os relacionamentos que teve/tem com mulheres e homens;

**04** - Símbolo de um **coração** escrito a palavra **saúde** dentro; significa todas as experiências que teve situações de potencial risco (de se colocar em insegurança para gravidez e infecções sexualmente transmissíveis); comenta que parcerias eventuais fazem uso de preservativo masculino, eventualmente; também fazem coito interrompido e já precisou usar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte);

**05 - Autorretrato simbólico** - **uma paisagem** que remete a **praia** (desenhou o mar, o peixe, a nuvem e o sol [colocou dois sóis para representar os olhos]); comenta que essa paisagem de praia remete a calma; quando sai desse estado de tranquilidade, geralmente é por fatores estressantes por ter se exposto a doenças/gravidez; isso acontece quando bêbada (gosta de beber muito);

**06 - Marcas sobre a pele** - desenha “*algo que nunca mais voltou para o lugar*” (não detalhou o que era) na altura da região genital, diz que vai ser engraçado que ninguém vai saber o que é; marca foi gerada por algo mais intenso (não foi agressão) durante a relação sexual; escreveu a **expressão ato sexual** embaixo do desenho;

**07 - Ponto forte (a)** faz o  **sinal de + (positivo)** e escreve  **fluidez sexual**;  **Ponto fraco (b)** faz o  **sinal de – (negativo)** e escreve  **barreira sexual heterossexual**; pontua a questão do uso e abuso de álcool, mas, não insere símbolo relacionado com o uso e abuso de álcool;

**08 - Estruturas de apoio** - faz um símbolo que remete a  **caminho/percurso/trajetória** (no centro do corpo), escreve a palavra  **tia** na vertical e a expressão  **caminho contínuo** logo abaixo; significa apoio indireto da tia, validando as suas escolhas;

**09 - Mensagem para os outros - escreve Relação Sexual Consensual - Confortável - Segura;**

**Observação:** elementos do exercício **Desenhando o futuro** não foram inseridos no mapa, mas comenta que *“talvez eu não tenha filhos, como é que fala? Eu tô romantizando a minha trajetória futura de ter, de concluir tudo que eu me (...) e no final, o bebê, aquela cereja de bolo, sabe? É a cereja de bolo, talvez (...), mas, eu não sei se eu quero essa cereja, talvez eu queira outra fruta, brincadeira, mas, é isso”*; quer superar a barreira de relacionamentos com homens, *“chegar esse momento que eu não vou precisar pontuar uma relação entre um homem, porque essa relação tá sendo consensual, tá sendo confortável, tá sendo segura”*; tem muitos questionamentos sobre o futuro, sobre estudos, sobre onde morar, sobre a *“correria da vida.”*

*“Então, esse o mapa que me transcreve em símbolos e em palavras algo que eu sinto que eu sou ou que eu quero ser. Tranquila e sentir a tranquilidade no meu rosto, como se eu tivesse sempre na praia e tranquila. Sou alguém que está sempre disposta a se envolver, independente de homem ou mulher, baixo ou alto. Ter uma relação (...) é criar conexões saudáveis de relacionamentos sexuais, fraternos, de forma tranquila, agradável, segura. Continuar o meu caminho de se relacionar com as pessoas, tentando quebrar paradigmas de relações doentias, que a gente acaba se colocando nessas situações; procuro manter uma relação confortável, segura e consensual com as pessoas, tentando sempre me posicionar. Ter aquela segurança de que tu não vai invadir a pessoa por ser assim, enfim se ponderando para tentar ter uma relação fluida com as pessoas(...) é isso.”*

Quadro 6 - Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o segundo momento da teoria do *Devir Humano*

Momento	Conceitos	Exercícios relacionados e questionamentos para os dados	Símbolos e/ou códigos geradores	Categorias
2º momento analítico “ PONTOS E CONTRAPONTO DE RITMICIDADE”	REVELAR-OCULTAR	(Marcas sob e sobre a pele)  O que é explícito e o que é tácito?	<b>Símbolos e/ou códigos (palavras e/ou expressões):</b> <b>(a)</b> nos mapas femininos as marcas* sobre a pele estão, por óbvio, mais associadas aos eventos da menstruação (“gotas de sangue” na região da genitália feminina), gravidez (“marcas das estrias”), parto cesárea (“cicatriz” da cesárea), procedimentos de saúde para inserção de um método anticoncepcional e/ou para resolução de problemas no aparelho genito-urinário (“pontinhos nos braços”, “cicatriz abdominal”), diagnósticos de doenças (“pulmão com gotas de sangue”), entre outros; as marcas sob a pele, relacionam-se com os aspectos emocionais que permeiam essa trajetória, como tristezas (“cortes no pulso”; “coração com gotas de sangue”), traumas psicológicos (“hematoma” na região genital); lembranças de história de abusos (“BO”); <b>(b)</b> nos mapas masculinos o exercício ou não foi realizado ou foi parcialmente realizado, sem aprofundamentos (“traçado vertical na região genital”; palavra “medo”; traçados por fora do corpo, simbolizam situações que marcaram); <b>(c)</b> nos mapas das pessoas não binárias, marcas com relação a abusos (“contorno ao lado do corpo/cintura e bolinhas nos dedos”); diagnóstico de doença (“punho pequeno” no peito) e situações de risco (“ato sexual”); *uma mesma marca às vezes pode ser classificada simultaneamente como sob a pele e sobre a pele	<b>Marcando-não marcando as marcas</b> (corpos que falam/corpos que calam)

	<b>HABILITAR-LIMITAR</b>	<p>(Escaneamento do corpo para encontrar pontos fortes e pontos fracos)</p> <p><b>Quais as possibilidades impossibilidades?</b></p>	<p><b>Códigos (palavras e/ou expressões):</b> (a) as possibilidades que habilitam para uma trajetória sexual e reprodutiva plena podem estar no conhecimento, entendimento, curiosidade, racionalidade, comunicação, reflexão (o que pode ser aglutinado sobre o <i>pensar-fazer</i> nestes aspectos); ter posicionamentos como ser forte, guerreira, ter coragem, autodeterminação, persistência, postura, cuidado também capacitam; o medo paradoxalmente foi pontuado por 02 participantes (uma mulher e um homem) como algo que habilitou para decidir sobre suas experiências “o medo foi um santo remédio”; a fluidez apareceu como ponto positivo (02); (b) os limitantes para o curso de uma trajetória sexual e reprodutiva plena estão fortemente voltados para as questões emocionais como sentimento de tristeza, inseguranças, vergonha, preocupações com os outros, pressão externa, peso das moralidades religiosas que carregam; sobre a incapacidade limitante de doenças 02 participantes destacaram este tópico; o reconhecimento do uso/abuso de álcool como ponto fraco se deu por uma participante; bem com as barreiras com relacionamentos (heterossexuais); 02 participantes não reconheceram pontos fracos e/ou incapacitantes nas suas experiências;</p> <p><b>Símbolos (práticas contraceptivas)*:</b> (a) das 12 mulheres cis, 10 (dez) delas marcaram nos seus respectivos mapas a prática contraceptiva em uso (ou usada em determinados momentos) dentro do seu corpo ou bem próximo a ele; (b) quanto aos homens cis hetero (04), somente 01 (um) homem cis (casado) marcou fora do corpo a prática contraceptiva usada pela mulher (pílula anticoncepcional) e a possível prática contraceptiva que ela está considerando usar (DIU com cobre); (c) as pessoas não binárias e o homem cis homossexual não inseriram símbolos de práticas contraceptivas nos mapas;</p> <p>*inserido estes elementos para análise aqui, porque até este exercício todos os(as) participantes já tinham narrado/mapeado substancialmente as suas experiências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas em suas trajetórias sexuais e reprodutivas</p>	<p><b>Reconhecendo o que capacita-limita escolhas para uma trajetória sexual e reprodutiva plena</b></p> <p><b>Aproximando-incorporando-afastando as práticas contraceptivas</b></p>
	<b>CONECTAR-SEPARAR</b>	<p>(Estruturas de apoio)</p> <p><b>O que une e o que separa?</b></p>	<p><b>Símbolos:</b> <i>Hand prints</i> (muitos participantes acataram a sugestão do exercício)*;</p> <p><b>Códigos (palavras e/ou expressões):</b> de forma geral, a família foi apontada como a grande base/estrutura de apoio (ilustrada, basicamente pela figura materna; pai pouco inserido neste tema (mas, tem exceções); seguido de conhecimento/ensino e a própria experiência; da parceria afetivo-sexual, mas em situações críticas, nem sempre é vista como apoio; dos profissionais/serviços de saúde de saúde; do movimento feminista; dos amigos (especialmente forte no contexto LGBTQIA+); entre outros (esporte, espiritualidade; informação em rede social);</p> <p>*todos, em alguma medida, tem estruturas de apoio, até quem diz que não, mostra que sim</p>	<p><b>Percebendo (ou não) sustento/base na trajetória</b></p>

Fonte: elaborado pelas autoras

## DISCUSSÃO

Olhar para o fenômeno da “experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” com a lente do *Devir Humano*, a partir da construção de Mapas Corporais Narrados como Pesquisa, é um desafio também no aspecto da discussão dos achados, uma vez que, são dados diferenciados em essência.

Sobre a categoria “**marcando-não marcando as marcas** (corpos que falam/corpos que calam)”, ao se considerar os processos fisiológicos do ciclo reprodutivo de pessoas que nascem com o aparelho reprodutor feminino, sabe-se que são estes tipos de corpos que mais sofrem com as consequências/as mudanças durante a trajetória sexual e reprodutiva (desde a primeira menstruação, alteração nas mamas, possíveis efeitos colaterais de métodos anticoncepcionais usados, gravidez, parto, amamentação, entre outros), além disso, estes corpos também são potencialmente marcados pelos processos psicológicos/emocionais de todas essas experiências e de outros eventos que corpos como estes estão mais susceptíveis.

Nesse íterim, alguns estudos trazem elementos que marcam sob e sobre a pele os corpos e as trajetória das mulheres que vivenciam violência por parceiro íntimo (VPI) e coerção reprodutiva (CR), onde estas mulheres ficam em um posição de incapacidade para gerenciar suas escolhas contraceptivas, ocasionando gravidezes não intencionais e indesejadas (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017); e isso acontece nos mais diferentes contextos, inclusive em países de alta renda, como mostrou o estudo de Bauleni *et al.*, 2018, onde as mulheres, especialmente as mulheres solteiras tem oito vezes mais chance de não usar contracepção; e tudo isso configura ameaça a autonomia reprodutiva das mulheres, onde parceiros coercitivos, evitam através da restrição física e/ou violência verbal o comparecimento das mulheres aos compromissos para se obter a contracepção, por exemplo (GRACE *et al.*, 2020).

Ainda, parece ser difícil para os homens, talvez pela lógica estrutural do machismo, se colocar em uma posição vulnerável para marcar os símbolos e/ou códigos que remetem as suas marcas sob e sobre a pele relacionadas com a sexualidade-reprodução-contracepção. Em cinco mapas (todos de participantes do sexo masculino) este exercício ou não foi realizado (três) ou foi parcialmente realizado (dois), o não dito (o oculto) imperou aqui (através do silêncio, da contenção em falar/desenhar). Contudo, não se pode descartar o viés da pesquisadora ser mulher, ou simplesmente, pelo receio em se revelar vulnerável sobre esse tema e/ou por vergonha/receio de reproduzir/reconhecer um padrão estrutural de que são esses tipos de corpos (não exatamente os corpos destes participantes) que mais marcam sob e sobre a pele outros corpos, seja pela VPI, seja pela CR, e ainda mais grave e, lamentavelmente recorrente, em diversos contextos (o que inclui o contexto brasileiro), quando de feminicídio pelo simples fato da parceira ter engravidado.

Todos os corpos (todos os Mapas Corporais Narrados) têm muito a dizer (e a ensinar) no que tange as marcas (explícitas ou não) sobre as experiências no curso das suas trajetórias sexuais e reprodutivas. Ainda assim, essa categoria analítica traz mais questionamentos do que constatações, quando se pergunta sobre as experiências moldando as escolhas (ou vice-versa): se são as experiências que determinam as escolhas? Ou se são as escolhas que determinam as experiências?

A categoria “**reconhecendo o que capacita-limita escolhas** (para uma trajetória sexual e reprodutiva plena)” trouxe elementos que tratam da díade *saber-fazer*, como o que capacita (conhecimento; entendimento; curiosidade;

racionalidade; comunicação; reflexão; ter posicionamentos como ser forte; guerreira; ter coragem; autodeterminação; persistência; postura; cuidado) remetendo a elementos de confiança. Paradoxalmente, o medo foi dito como algo que habilitou para decidir sobre as experiências - “*medo foi um santo remédio*” (fala de um dos participantes). E, os limitantes para o curso de uma trajetória sexual e reprodutiva plena estão fortemente voltados para as questões emocionais como sentimento de tristeza, inseguranças, vergonha, preocupações com os outros, pressão externa, peso das moralidades religiosas que carregam e sobre a incapacidade limitante de doenças, por exemplo.

Inúmeros estudos, que versam sobre o terreno das emoções e dos sentimentos no campo da sexualidade, da reprodução e da contracepção, trazem a questão do medo como ponto importante que tem potencial para influenciar/moldar as escolhas (ou não) de práticas contraceptivas. O estudo de Chang *et al.*, 2018 trouxe o exemplo do medo do abandono devido limitação da fertilidade percebida, no caso de mulheres com Doença Cardíaca Reumática (DCR), acrescido do medo da reação das pessoas e do medo de sofrer julgamentos. Em outro contexto, jovens mulheres portadoras do HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), sofrem com o medo que a revelação do seu *status* sorológico ocorra pelo uso de preservativo, onde as levariam inevitavelmente à rejeição ou perda de suas fontes de suporte (MWALABU; EVANS; REDSELL, 2017). Algumas adolescentes, especialmente no contexto rural, tendem a evitar o acesso à contracepção por medo de serem julgadas negativamente se elas escolheram se envolver em relacionamentos sexuais antes do casamento (EZER *et al.*, 2016). Novamente medo de julgamento foi uma barreira para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, especialmente para mulheres que faziam uso de opioides (MacAFEE *et al.*, 2020); medo de sofrer estigma por solicitar contracepção de emergência (MEIER *et al.*, 2020); medo do estigma social associado a gravidez em idade avançada (BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b); e medo do parceiro e da sogra (BAIRD; CREEDY; MITCHELL, 2017; BÖTTCHER; ABU-ELNOOR; ABU-ELNORR, 2019b).

É recorrente em estudos sobre contracepção o relato de participantes que sentem medo/receio dos efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais e isso é um fator que interfere na escolha de práticas contraceptivas como estas, principalmente se hormonais. Meier *et al.*, 2020 citou a questão da hormoniofobia (medo comum sobre a superexposição aos hormônios).

Os símbolos e/ou códigos geradores que formaram a categoria “**aproximando-incorporando-afastando** (as práticas contraceptivas)” remetem, em alguma medida, a lógica tradicional da dicotomia mulher-reprodução *versus* homem-sexo (CABRAL, 2017; PEREIRA; AZIZEA, 2019). Mas, através dos Mapas Corporais Narrados, viu-se que os homens estão fazendo uma aproximação (ainda que tímida) para com as práticas contraceptivas, contudo, há muitas barreiras a superar (fatores culturais, econômicos, fisiológicos) para incorporar nos corpos masculinos os artefatos contraceptivos (PEREIRA; AZIZEA, 2019). Sem dúvida, a máxima do encargo contraceptivo imposto pela sociedade ainda está sobre os corpos femininos (ALSPAUGH *et al.*, 2019).

Sobre os símbolos das práticas contraceptivas, propriamente ditas (usadas no momento e/ou já usadas em alguns momentos) inseridas nos Mapas Corporais Narrados, por óbvio (pela natureza do corpo feminino) quase que 85% das participantes mulheres cis incorporaram, literal e ilustrativamente, as práticas contraceptivas nos seus mapas corporais. Apenas 25% dos participantes homens cis aproximou algum símbolo que remetia a alguma prática contraceptiva (passiva)

no seu mapa. Os outros, por mais que façam uso (ou que relatassem que já fizeram uso) de práticas contraceptivas (ainda que ativa-passiva) não incorporaram, nem aproximaram códigos e/ou símbolos nos seus mapas corporais, talvez, por não sentirem o impacto do uso ou falta de uso da prática contraceptiva no próprio corpo. Para as pessoas não binárias e para o homem cis homossexual também não foram inseridos símbolos de práticas contraceptivas nos mapas corporais. Um ponto a ser considerado talvez esteja no menor risco (ainda que interrogado) devido aos poucos intercursos sexuais de relação sexual pênis-vagina, mas, observa-se que isso acontece e que, frequentemente se recorre a prática contraceptiva da CE (pílula do dia seguinte). O estudo de Veale *et al.*, 2016 comenta que jovens trans e homossexuais tem limitações nos seus cuidados devido a lógica binária de educação sexual e assistência sexual-reprodutiva. E, essa lógica binária de propagar as normas e papéis de gênero estabelecidos socialmente, precisa ser superada, porque isso tem gerado impactos significativos sobre o estado de saúde das pessoas que não se identificam com o sexo do seu nascimento e que não estão enquadradas no padrão da heteronormatividade (PEREIRA *et al.*, 2022).

Surpreendentemente, a categoria “**percebendo (ou não) sustento/base** (na trajetória)”, não traz como símbolo e/ou código gerador forte o apoio dos serviços/profissionais de saúde com relação à temática da sexualidade-reprodução-contracepção. Como estruturas de apoio (que conectam/unem esforços para o entendimento deste tema e/ou para apoio durante o compartilhamento de experiências, ensinamentos e, também nas tomadas de decisões), tem-se na família (de forma geral) a grande fonte apoiadora, representada muito pela figura materna; e os amigos também se estruturam como fonte de apoio dentro desta temática, sendo que estes foram destacados com ênfase quando apoio no que se refere a comunidade LGBTQIA+; a própria experiência vivida (ou uma espécie de auto apoio) também foi assinalada; além das questões relacionadas com formação educacional/estudos.

Para reflexão, sobre a surpresa da falta de símbolos e/ou códigos geradores que remetem aos apoios estruturais dos serviços/profissionais de saúde, fica o exemplo de um serviço/profissional que apoia/sustenta, como mostrado no estudo de Hayter *et al.* (2016), onde pela maneira de como se oferecia (de forma empática) um cuidado/um aconselhamento contraceptivo, onde a relação estabelecida era de apoio e de mentoria entre paciente-enfermeira, em um serviço oferecido no domicílio, que garantia privacidade, conveniência, flexibilidade, facilidade, rapidez para que jovens mães prevenissem uma segunda gravidez se assim o desejassem.

Para terminar essa discussão, vale pontuar que as categorias elencadas a partir dos dados gerados pelos exercícios do mapeamento corporal e relacionados ao segundo momento da teoria do *Devir Humano (sincronizar ritmos)*, não buscaram enfatizar uma listagem e/ou um agrupamento das práticas contraceptivas usadas (ou não usadas), mas sim, buscaram compreender o que permeia a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutivas das pessoas. Aqui, a discussão foi centrada na pessoa, naquilo que foi vivenciado paradoxalmente pela pessoa. A tônica não estava sobre a prática contraceptiva (ou método contraceptivo), porque o entendimento sempre foi que não existe o melhor método anticoncepcional (ou a melhor prática contraceptiva), existe sim o que melhor se adapta na respectiva fase da vida da pessoa, no que ela experiencia ao escolher (ou não escolher). E, isso é um desafio também para discussão de achados tão diferentes, contudo tão necessários, daqueles que se costuma apresentar quando de estudos sobre contracepção.



Comumente, a discussão dos achados dos estudos típicos sobre esse tema se concentram em determinar/prescrever o que se define como melhor para a pessoa; e isso pode sugerir erros também típicos de “empurrar” métodos anticoncepcionais para determinado grupo de pessoas, por exemplo. É, preciso muita atenção e cuidado quando se conclui estudos dessa natureza sob o risco de incorrer (ainda que de forma não intencional/maldosa) em teorias e/ou práticas de controle sobre determinados corpos (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Também é preciso superar a lógica de muitos estudos (ainda que relevantes [sem dúvida, muito relevantes], como o exemplo do estudo de Trindade *et al.*, 2021), dentro da temática da contracepção, onde se costuma enfatizar os aspectos relacionados aos métodos anticoncepcionais (sua eficácia, seus possíveis efeitos colaterais, sua prevalência de uso, taxa de (des)continuidade, entre outros) e suas associações com dados sociodemográficos, somente.

Lista-se como limitações para este estudo: o contexto da pandemia da Covid-19, que tensionou para as adaptações feitas no método, especialmente na redução do número de encontros de três para um, o que pode ter, em alguma medida, limitado o aprofundamento de alguns elementos inseridos nos Mapas Corporais Narrados; a necessidade de fragmentar os momentos da teoria, por manuscrito, o que pode configurar em uma perda no entendimento completo sobre o fenômeno pesquisado por esta ótica; e lidar com 20 histórias de vidas mapeadas (devido ao imenso volume de dados gerados) foi, mais do que uma limitação, um desafio.

Acredita-se que a grande contribuição desta pesquisa ao aperfeiçoamento do corpo de conhecimentos da Enfermagem está nos diferentes resultados descobertos através da relação estabelecida/construída entre a teoria do *Devir Humano* e o método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa. Esse encontro (teoria e método) provou ser uma alternativa diferenciada (rica e frutífera) para compreensão do fenômeno da contracepção e dos seus temas relacionados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atingiu-se o objetivo de mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas, quando da constatação de que as práticas contraceptivas são incorporadas nos corpos femininos, aproximadas dos corpos masculinos e afastadas dos corpos fluidos. Paradoxalmente, até quem diz não ter apoio/sustento/base para seguir na sua trajetória sexual e reprodutiva, sinaliza que sim (em alguma medida), mas surpreendentemente, o apoio estrutural não está prioritariamente (ou primeiramente), nos serviços/profissionais de saúde.

Outro tópico mapeado para *sincronizar ritmos* da/na experiência está em reconhecer o que capacita-limita escolhas, bem como revelar-ocultar algumas marcas geradas pelas experiências. Porque a ritmicidade na experiência é o ocultamento revelador e a limitação que permite conectar-separar. E, considerar os paradoxos da existência (também nas questões de cunho sexual e reprodutivo) é potencializar o *ir além*. Ousa-se (aqui) dizer, para além de mudanças de cunho pessoal, para galgar avanços e novas mudanças estruturais no manto de todos os corpos que merecem ser livres e viver sua plenitude sexual-reprodutiva.

## REFERÊNCIAS

- ALSPAUGH, A.; BARROSO, J.; BEIBELL, M.; PHILLIPS, S. Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. **Journal of Midwifery & Women's Health**. 2020 Jan;65(1):64-84. DOI: 10.1111/jmwh.12992. Epub 2019 May 28. PMID: 31135081. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12992>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- BAULENI, E. M.; HOOKER, L.; VALLY, H. P.; TAFT, A. Intimate-partner violence and reproductive decision-making by women attending Victorian Maternal- and Child-Health services: a cross-sectional study. **Australian journal of primary health**, 24(5), 422–427, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/PY17183>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- BAIRD, K.; CREEDY, D.; MITCHELL, T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. **Journal of clinical nursing**, 26(15-16), 2399–2408, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13394>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- BÖTTCHER, B.; ABU-EL-NOOR, M.; ABUL-EL-NOOR, N. Choices and services related to contraception in the Gaza strip, Palestine: perceptions of service users and providers. **BMC Women's Health** 19, 165 (2019a). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0869-0>. Acesso em: 30 ago. 2020
- BÖTTCHER, B.; ABU-ELNOOR, M. A.; ABU-ELNORR, N. I.; Causes and consequences of unintended pregnancies in the Gaza Strip: a qualitative study. **BMJ Sex Reprod Health**. 0:1–5, 2019. Disponível em: [doi:10.1136/bmjsex-2018-200275](https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200275). Acesso em: 09 nov. 2020.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(7):2673-2682, 2021. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232021267.08322021. Acesso em: 01 mai. 2023.
- CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.
- CHANG, A. Y.; NABBAALE, J.; NALUBWAMA, H.; OKELLO, E.; SSINABULYA, I.; LONGENECKER, C. T.; WEBEL, A. R. Motivations of women in Uganda living with rheumatic heart disease: A mixed methods study of experiences in stigma, childbearing, anticoagulation, and contraception. **PloS one**, 13(3), e0194030, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194030>. Acesso em: 27 jul. 2020.
- COELHO, R. C. H. A.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, E. K. A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):506-15.

EAKIN, JM; GLADSTONE, B. Na caixa preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. In: BOSI, MLM; GASTALDO, D (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos-metodológicos**. ISBN 978-65-5713-146-6. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

EZER, P.; LEIPERT, B.; EVANS, M.; REGAN, S. Heterosexual female adolescents' decision-making about sexual intercourse and pregnancy in rural Ontario, Canada. **Rural and remote health**, 16(1), 3664, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826735/>. Acesso em: 09 set. 2020.

GASTALDO, D.; CARRASCO, C.; MAGALHÃES, L. **Entangled in a web of exploitation and solidarity**: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C.; DAVY, C. **Body-Map Storytelling as Research**: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.

GASTALDO, D.; RIVAS-QUARNETI, N.; MAGALHÃES, L. Body-Map Storytelling como uma Metodologia da pesquisa em saúde: linhas borradas criando imagens claras. **Fórum Sozialforschung/Fórum Qualitativo: Pesquisa Social Qualitativa**, v. 19, n. 2, art. 3, may. 2018. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GONZAGA, A.; MARQUES, C. L.; LEOPARDI, M. T. Rosemarie Rizzo Parse – teoria do Ser humano-existência-saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.). **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 120-131.

GRACE, K. T.; ALEXANDER, K. A.; JEFFERS, N. K.; MILLER, E.; DECKER, M. R.; CAMPBELL, J.; GLASS, N. Experiences of Reproductive Coercion Among Latina Women and Strategies for Minimizing Harm: “The Path Makes Us Strong”. **Journal of Midwifery & Women’s Health**. 65, 2, 248-256, 2020. Disponível em: doi:10.1111/jmwh.13061. Acesso em: 29 ago. 2020.

HAYTER, M.; JONES, C.; OWEN, J.; HARRISON, C. A qualitative evaluation of home-based contraceptive and sexual health care for teenage mothers. **Primary health care research & development**, 17(3), 287–297, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423615000432>. Acesso em: 29 ago. 2020.

HICKMAN, J. S. Rosemarie Rizzo Parse. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos à Prática Profissional. Tradução Ana Maria

Vasconcelos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 267-281, 2000. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>. Acesso em: 08 mar. 2020.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Teoria e método em assistência de enfermagem**: Soldasoft, 2006. 396 p.

LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KANANDA, I.; JESUS, C. A. C. de; REIS, P. E. D. dos. Teoria de tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, out./dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037). Acesso em: 24 fev. 2020.

MacAFEE, L. K.; HARFMANN, R. F.; CANNON, L. M.; KOLENIC, G.; KUSUNOKI, Y.; TERPLAN, M.; DALTON, V. K. Sexual and Reproductive Health Characteristics of Women in Substance Use Treatment in Michigan, **Obstetrics & Gynecology**: February 2020 - Volume 135 - Issue 2 - p 361-369. Disponível em: doi: 10.1097/AOG.0000000000003666. Acesso em: 30 jul. 2020.

MEIER, S.; BALL, E.; JAMIESON, K. L.; SUNKEL, S. L.; DeMARIA, A. L. Translating policy to practice: theory-based formative research to improve messaging and over-the-counter access to emergency contraception in Florence, Italy. **The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception**, 25(4), 285–292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1774538>. Acesso em: 09 nov. 2020.

MWALABU, G.; EVANS, C.; REDSELL, S. Factors influencing the experience of sexual and reproductive healthcare for female adolescents with perinatally-acquired HIV: a qualitative case study. **BMC women's health**, 17(1), 125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0485-9>. Acesso em: 29 ago. 2020.

PARSE, R. R. **Illuminations**: the human becoming theory in practice and research. New York: National League for Nursing Press, 1995. 409 p.

PARSE, R. R. Rosemarie Rizzo Parse. The Human Becoming School of Thought. *In*: PARKER, M. E. (org.). **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. DAVIS COMPANY, 2000. p. 227-238.

PEREIRA, G. M. C.; AZIZEA, R. L. “O problema é a enorme produção de espermatozoides”: concepções de corpo no campo da contracepção masculina. **Saúde Soc**. São Paulo, v.28, n.2, p.147-159, 2019. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902019180797. Acesso em: 02 mai. 2023.

PEREIRA, D. M. R.; ARAÚJO, E. C.; SILVA, A. T. C. S. G.; ABREU, P. D.; CALAZANS, J. C. C.; SILVA, L. L. S. B. Evidências científicas sobre experiências de homens transexuais grávidos. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 18]; 31:e20210347. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SOUZA, S. N. D. H. de; ROSSETO, E. G.; SODRÉ, T. M. Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2000, v. 34, n. 3, p. 244-251. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 fev. 2020.

TRINDADE, R. E. da.; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F. de.; FELISBINO-MENDES, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 2):3493-3504, 2021. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.24332019. Acesso em: 01 mai. 2023.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde. Definições, diferenças e seus objetivos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2018**. O poder de escolha. Direitos reprodutivos e a transição demográfica. UNFPA, 2018. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2019**. Um trabalho inacabado. A busca por direitos e escolhas para todos e todas. UNFPA, 2019. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_final.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf). Acesso em: 29 dez. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2020**. Contra a minha vontade. Desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impedem a igualdade. UNFPA, 2020. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_2020-unfpa.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2021**. Meu corpo me pertence. Reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação. UNFPA, 2021. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br\\_web\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2022**. Vendo o invisível. Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2022.

VEALE, J.; WATSON, R. J.; ADJEI, J.; SAEWYC, E. Prevalence of Pregnancy Involvement Among Canadian Transgender Youth and its Relation to Mental Health, Sexual Health, and Gender Identity. **The international journal of transgenerism**, 17(3-4), 107-113, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1216345>. Acesso em: 30 jul. 20

“Escolher significa voltar-nos para o futuro. Significa ter um vislumbre da próxima hora, do próximo ano, ou ainda mais longe, e tomar uma decisão com base no que vemos.”

(IYENGAR, 2013, p.427)

## 6.5 MANUSCRITO 04 – IR ALÉM NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA POR MEIO DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

### **IR ALÉM NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA POR MEIO DA ESCOLHA (OU NÃO) DE PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS<sup>15</sup>**

#### **GOING BEYOND IN THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE TRAJECTORY THROUGH THE CHOICE (OR NON-CHOICE) OF CONTRACEPTIVE PRACTICES**

Luciana Cristina dos Santos Maus<sup>16</sup>  
Marli Teresinha Stein Backes<sup>17</sup>

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Conhecer como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas. **Método:** qualitativo, emergente, crítico e criativo denominado de Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, guiado pela teoria - *Devir Humano*. Vinte pessoas com diversas identidades de gênero e diferentes orientações sexuais, com faixa etária entre 20 e 40 anos, participaram do estudo. A sala do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido, da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, Brasil, foi o local onde aconteceu a coleta de dados, no período compreendido entre abril e agosto de 2021. A análise dos dados, conduzida em uma perspectiva que *agrega valor*, considerou os dados narrados, bem como os dados visuais gerados. **Resultados:** escolhas individuais conscientes; coletivo influenciando escolhas; maternidade/paternidade com incógnita ou como certa; a busca por realizar sonhos/desejos para além da maternidade/paternidade; e as “chispas” para mudança foram as categorias geradas. **Considerações Finais:** o *ir além* com os possíveis, através de escolhas (o que inclui as escolhas contraceptivas) livres, responsáveis e conscientes, é o potencializar e o originar do *devir humano* nas trajetórias sexuais e reprodutivas.

**Palavras-chave:** Contracepção; Direitos sexuais e reprodutivos; Enfermagem; Pesquisa qualitativa; Teoria de enfermagem.

---

<sup>15</sup> Recorte dos resultados da tese "Mapas Corporais Narrados sobre experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva: uma construção para o *devir humano*".

<sup>16</sup> Doutoranda – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [lucianamaus82@gmail.com](mailto:lucianamaus82@gmail.com)

<sup>17</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br)

## ABSTRACT

**Objective:** To explore how individuals, in their sexual and reproductive trajectories, mobilize transcendence to deal with the consequences of choosing (or not choosing) contraceptive practices. **Method:** This qualitative, emergent, critical, and creative study utilized the Narrated Body Map as Research method, guided by the theory of *Human Becoming*. Twenty individuals with diverse gender identities and different sexual orientations, aged between 20 and 40 years, participated in the study. Data collection took place at the Research, Technology, and Innovation Laboratory in Women's and Newborn Health at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, between April and August 2021. Data analysis, conducted from a *value-aggregating* perspective, considered both the narrated and visual data generated. **Results:** The generated categories included conscious individual choices; collective influence on choices; uncertainty or certainty in motherhood/fatherhood; the pursuit of dreams/desires beyond motherhood/fatherhood; and sparks for change. **Conclusion:** *Going beyond* with the possible through free, responsible, and conscious choices, including contraceptive choices, is the potentializing and originating of *human becoming* in sexual and reproductive trajectories.

**Keywords:** Contraception; Sexual and reproductive rights; Nursing; Qualitative research; Nursing theory.

## INTRODUÇÃO

Em 2030, o mundo irá avaliar uma série de metas e indicadores pactuados globalmente a fim de verificar se os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) foram alcançados, ou seja, daqui há cerca de sete anos será constatado (ou não) se os esforços globais *transformaram o nosso mundo*. Dentre os ODSs, os objetivos três e cinco são os que têm relação direta com as questões dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como com a saúde sexual e reprodutiva. O ODS 3 Saúde e bem-estar, visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. E, o ODS 5 visa alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (ONU, 2015). Não há dúvidas da validade de todo esse empreendimento global (e de todos os outros que vieram antes), contudo, resta saber se as respostas/avaliações desses ODSs (assim como dos outros 15) irão refletir, direta e indiretamente, no *dever da humanidade* nos aspectos que concerne à saúde sexual e reprodutiva.

Sem desconsiderar o *dever humano* coletivo e estrutural há muito perseguido, acredita-se que o olhar sobre o impacto dessas decisões no percurso individual (e no entorno das pessoas) também precisa ser focalizado por meio de uma ótica mais do que integradora, para ver todos os recursos íntimos para mudança, que primeiro ascende em cada pessoa. Por isso o referencial teórico-filosófico utilizado nesta pesquisa foi a teoria de Enfermagem – *Dever Humano*. Postulada por Parse no início da década de 80, à época, a teoria era denominada de “Homem-Vida-Saúde”, contudo, na década seguinte (em 1992), passou por uma reformulação em sua nomenclatura para *Human Becoming*. Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a nomenclatura traduzida para *Dever Humano*, porque *dever* (do latim) significa *devenire*, chegar e, filosoficamente, significa as mudanças pelas quais todas as pessoas passam. Esta teoria possui pressupostos e princípios embasados no



paradigma da simultaneidade e é dividida em três momentos: primeiro momento *esclarecer significado*; segundo momento *sincronizar ritmos*; e terceiro momento *mobilizar transcendência*. E para este manuscrito o foco estará direcionado para o terceiro momento, também conhecido como *ir além* (DICIO, 2019; PARSE, 1995; 2000).

Esta teoria traz o conceito de Enfermagem como sendo uma disciplina fundamentada na liberdade do ser humano em estabelecer a sua própria escolha; bem como na liberdade da sua responsabilidade sobre as decisões tomadas. Para Parse, a Enfermagem somente será diferenciada quando se centrar (se concentrar) no ser humano. Os(as) enfermeiros(as) signatários(as) de Parse, guiam a pessoa (família e/ou comunidade) para o experimentar do *dever humano*, no sentido de não só imaginar, mas de viver toda a potencialidade do ser humano, por meio da mudança que ocorre na realidade vivida e nas possibilidades do processo de transformação, culminando na criação (na origem) de novos padrões e valores pessoais que são incorporados aos anteriores. Em essência, o ser humano está sempre mudando e o poder e a origem da transformação está em cotranscender com o possível (COELHO; ERDMANN; SANTOS, 2006; GONZAGA; MARQUES; LEOPARDI, 1999; HICKMAN, 2000; LEOPARDI, 2006; LINS *et al.*, 2013; PARSE, 1995; 2000; SOUZA; ROSSETTO; SODRÉ, 2000).

A partir das considerações acima, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas? Logo, definiu-se como objetivo: conhecer como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas.

## MÉTODO

Por ver a pesquisa como uma atividade intelectual; por considerar a contribuição dos(das) participantes para a pesquisa; pela necessidade de reflexividade para a produção de dados; pelo exercício de criar e o convite para pensar; pelo modo como os(as) participantes são vistos sob uma ótica positiva; pelo fato de trazer o corpo para o centro do espaço representacional; pela maneira de desvelar a trajetória de vida da pessoa ou do senso de múltiplos pertences e múltiplas subjetividades em contexto com as experiências incorporadas; e por poder revelar múltiplos determinantes sociais de saúde ou focar determinados determinantes e suas interseccionalidades, o método Mapa Corporal Narrado como Pesquisa foi escolhido para guiar este estudo (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Os componentes do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa são: o mapa em tamanho natural da pessoa; a legenda; e o testemunho. Todos os componentes são criados pela pessoa (participante da pesquisa) com apoio (facilitação) do(a) pesquisador(a). Os(as) participantes são protagonistas do processo de geração de dados e também da análise de dados. Esse método oportuniza um tempo e espaço para a reflexividade de determinado fenômeno de uma maneira incorporada, isto é, trazendo o corpo (não só o corpo biológico, mas o emocional e o social [ou o corpo das relações]) para a construção da narrativa, para o centro do espaço representacional, a partir do processo de mapeamento e do produto mapa corporal.

Além disso, permite que os(as) participantes e os(as) pesquisadores(as) gerem informações e dados contextualizados e em multicamadas sobre a trajetória de vida (e/ou experiências em saúde, por exemplo) da pessoa. Isto porque, o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, promove, constrói e revela (entre outros verbos) de forma incorporada: uma história íntima, pessoal, recente (ou não); o estado de saúde subjetivo da pessoa; e novas e múltiplas subjetividades, bem como suas transformações (GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

O contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, mais especificamente os Centros de Saúde (CSs) Córrego Grande, Pantanal, Saco dos Limões e Trindade, foi escolhido para fazer o recrutamento (o convite) aos(às) potenciais participantes. Convites esses realizados durante o primeiro semestre de 2021, por meio de encartes afixados nos murais dos CSs e de convites realizados pessoalmente pela pesquisadora de campo em sala de espera dos já referidos CSs. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser usuário(a) do SUS; ter recebido cuidados em serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva; ter capacidade civil plena; idade entre 20 e 40 anos; e, principalmente, querer se engajar ao compartilhar narrativas sobre sua trajetória sexual e reprodutiva, com ênfase no relato da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas. O critério de exclusão definido foi ter a idade maior de 40 anos, com a justificativa de delimitar a amostra entre a classificação etária idade adulta jovem.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2021, na sala do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O guia de exercícios para coleta de dados (criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) foi baseado em Gastaldo *et al.* (2012), adaptado para o tema da pesquisa e alinhado com os momentos da teoria de Enfermagem utilizada. Onde os exercícios contornam corporal; trajetórias corporais e relacionais; autorretrato; símbolo pessoal e *slogan*, foram relacionados com o momento - *esclarecer significado*; os exercícios marcas sob e sobre a pele; escaneamento do corpo para encontrar pontos fracos e fortes; e estruturas de apoio corresponderam ao momento - *sincronizar ritmos*; e os exercícios mensagem para os outros; desenhando o futuro; narrativa sobre a história que o mapa corporal conta compuseram o momento - *mobilizar transcendência*.

A análise dos dados oriundos do processo de mapeamento corporal (narrativa) e do produto mapa corporal (símbolos) foi realizada em duas etapas, uma mais descritiva e individual (primeiro nível de análise) e outra, mais compreensivo-interpretativa e coletiva (segundo nível de análise). Em um esforço de síntese e comparação do que se denominou como “temas para uma possível transcendência”, foram usadas uma série de dispositivos analíticos para uma análise *agregadora de valor* e entre eles, tem-se a codificação geradora e a elaboração de frases-guia (EAKIN; GLADSTONE, 2012; GASTALDO *et al.*, 2012; GASTALDO; CARRASCO; MAGALHÃES, 2012; GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHÃES, 2018).

Esta pesquisa foi aprovada na sua terceira versão pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC sob o número do parecer final 4.352.292/CAAE 36217320.1.0000.0121. Em tempo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não foi entendido como algo estanque, mas como um processo, em que

os(as) participantes estavam cientes que poderiam deixar de realizar qualquer exercício proposto, bem como se retirar da pesquisa se assim desejassem.

Considerou-se os dados gerados pelos exercícios: (a) mensagem para os outros; (b) desenhando o futuro; e (c) narrativa sobre a história que o mapa corporal; alinhados aos conceitos interrelacionados reforçar, origem e transformação (que sustentam o terceiro momento – *mobilizar transcendência* - da teoria de Enfermagem – *Devir Humano*) para serem apresentados neste manuscrito. E, para ilustrar os resultados serão apresentados três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa.

## RESULTADOS

Caracterizações quanto ao sexo do nascimento, quanto ao gênero, quanto à orientação sexual, quanto à raça, quanto à faixa etária, quanto ao estado civil, quanto a ter (ou não ter) filhos e quanto à escolaridade são as informações básicas apresentadas no Quadro 7 que caracterizam os(as) 20 participantes.

Adaptou-se o conceito do binômio passividade-atividade sobre uso de métodos contraceptivos de Bateman-Novaes (2007 apud CABRAL, 2017) para classificação da prática contraceptiva em uso no momento da coleta de dados. Obtendo-se, desta forma, a classificação genérica relacionada à postura da pessoa que usa determinada prática contraceptiva, exemplo: postura ativa; postura passiva; postura ativa-passiva. Onde se entende que quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende da pessoa, trata-se da classificação ativa; quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende do outro (parceiro(a)), tem-se a classificação passiva; e quando o uso/manejo da prática contraceptiva depende ora da própria pessoa, ora do(a) parceiro(a), configura-se como classificação ativa-passiva.

No momento deste estudo, das três pessoas não binárias, uma pessoa que nasceu com pênis, optou por uma postura ativa com relação ao uso da prática contraceptiva (preservativo masculino); outra pessoa que nasceu com vagina, demonstrou um postura passiva (coito interrompido ou preservativo masculino) no que concerne ao uso de práticas contraceptivas; e mais uma pessoa, que também nasceu com vagina, disse não precisar de prática contraceptiva no momento. Sobre os cinco participantes homens cis, tem-se que: um tem postura ativa (coito interrompido ou preservativo masculino); dois postura passiva (dispositivo intrauterino (DIU) com cobre (parceira de um deles que faz uso); anticoncepcional combinado hormonal oral (parceira de outro que faz uso)); e os outros dois tem uma postura ativa-passiva (coito interrompido ou controle do período fértil (um); coito interrompido ou preservativo masculino se a parceria sexual quiser/pedir (um)). E, das 12 mulheres cis, sete usavam prática contraceptiva (DIU com cobre (duas); DIU com hormônio (uma); anticoncepcional injetável trimestral (três); anticoncepcional combinado hormonal oral (uma)), configurando uma postura ativa; duas mulheres optaram por práticas contraceptivas (coito interrompido ou preservativo masculino) o que denota uma postura passiva; outras duas por práticas contraceptivas (laqueadura e preservativo masculino (uma); controle do período fértil ou preservativo (uma)) que tendem a uma postura ativa-passiva; e uma mulher não estava usando nenhuma prática contraceptiva (avaliou como não necessário o uso na fase de vida em que se encontrava). Importante deixar registrado que para

muitos(muitas) participantes o uso da contracepção de emergência (CE) foi um recurso utilizado durante as suas trajetórias.

Seguindo a apresentação dos resultados, serão apresentados três Mapas Corporais Narrados como Pesquisa (adaptados); onde os destaques em cinza servem para direcionar quais elementos (narrados e/ou visuais) dos exercícios que foram analisados e selecionados para apresentar neste manuscrito.

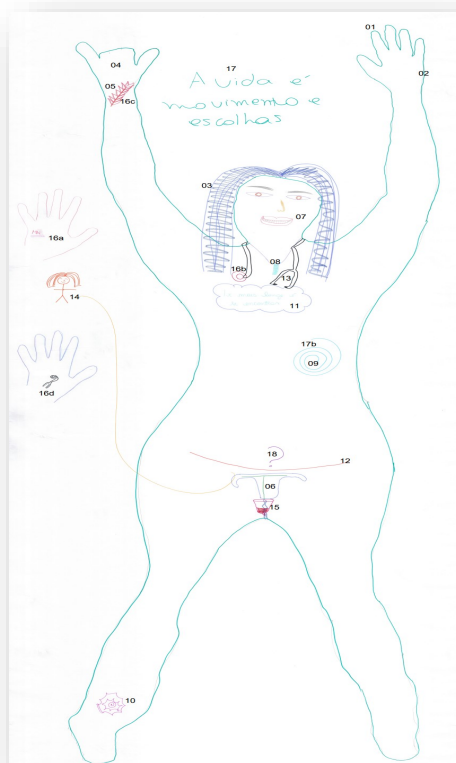
Por último, será apresentado o Quadro 8, que mostra o detalhamento dos símbolos e/ou códigos geradores dos 20 Mapas Corporais Narrados como Pesquisa e suas respectivas categorias elaboradas de acordo aos dados gerados durante a realização do último grupo de exercícios do processo de mapeamento que estavam alinhados ao terceiro momento da teoria do *Devir Humano*.

Quadro 7 - Caracterização dos(das) participantes

<b>Característica dos(das) participantes</b>	<b>Informações autodeclaradas pelos(pelas) participantes</b>	<b>Quantidade de participantes</b>
<b>Quanto ao sexo de nascimento</b>	Sexo feminino (nasceram com vagina)	14
	Sexo masculino (nasceram com pênis)	06
<b>Quanto ao gênero</b>	Mulher cisgênero (pessoa do sexo feminino que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu - feminino)	12
	Homem cisgênero (pessoa do sexo masculino que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu - masculino)	05
	Pessoa não binária (pessoa que não se classifica exclusivamente em nenhum dos gêneros binários – masculino ou feminino)	03
<b>Quanto à orientação sexual</b>	Heterossexual (atração romântica e/ou sexual entre pessoas do sexo ou gênero oposto)	13
	Pansexual (atração sexual, romântica ou emocional em relação às pessoas, independentemente de seu sexo ou identidade de gênero)	03
	Bissexual (atração romântica e/ou sexual por homens e mulheres, ou por mais de um sexo ou gênero);	01
	Homossexual (atração romântica e/ou sexual entre pessoas do mesmo sexo ou gênero)	01
	Assexual (falta de atração sexual a qualquer pessoa, ou pouco ou inexistente interesse nas atividades sexuais humanas)	01
	Optou por não informar sua orientação sexual	01
<b>Quanto à raça</b>	Branca	13
	Preta	05
	Pardo	01
	Amarelo	01
<b>Quanto à faixa etária</b>	20-25 anos	04
	26-30 anos	12
	31-35 anos	00
	36-40 anos	04
<b>Quanto ao estado civil</b>	Solteiros	11
	União estável	06
	Casados	03
<b>Quanto a ter filhos</b>	Com filhos	05
	Sem filhos	15
<b>Quanto à escolaridade</b>	Ensino Superior completo	07
	Ensino Superior incompleto	07
	Ensino Médio completo	04
	Ensino Médio incompleto	01
	Ensino Fundamental completo	00
	Ensino Fundamental incompleto	01

Fonte: elaborado pelas autoras

Figura 31 – Mapa Corporal Narrado 01



Fonte: elaborado por participante 01 e autoras

- 01 - Contorno Corporal** - postura de **frente e aberta**;
- 02 - Cor do contorno** - **verde petróleo**; corpo contornado com uma cor neutra;
- 03 - Cabelos soltos** – simboliza responsabilidade;
- 04 - Hang Loose** com a mão direita significa busca por tranquilidade;
- 05 - Símbolo de um ramo de trigo** significa parceria no relacionamento;
- 06 - DIU com cobre** significa uma escolha, um ato de *“contravenção”*, uma vez que não seguiu o aconselhamento materno para essa tomada decisão;
- 07 - Autorretrato literal** - demonstra aceitação; se vê mais amistosa do que antes;
- 08 - Colar com pedrinha**, porque sempre usa esse adereço; tem vários modelos; troca quando tem inspiração;
- 09 - Traçado de uma espiral** localizado na altura do estômago, simboliza o *“vento da mudança; transformações”*;
- 10 - Símbolo Pessoal - Concha de um Ermitão** (na perna direita); simboliza que o Ermitão *“ele escolhe para onde ele vai”*;
- 11 - Slogan Pessoal - Ir mais longe é se encontrar**; escrito dentro de uma **nuvem** no meio do peito;
- 12 - Marcas sob a pele e sobre a pele** - traçado na região abdominal que simboliza a cicatriz de um procedimento cirúrgico realizado na bexiga durante a adolescência; já teve vergonha, medo e dor física com relação a esta cicatriz; venceu isso pelo amadurecimento, com terapia integrativa (ventosa) e compreensão da parceria afetivo-sexual;
- 13 - Ponto Forte** - simbolizado pelo **estetoscópio no pescoço**; significa *“a área da saúde; mais consciente; entendimento”*;
- 14 - Ponto Fraco** - a **mãe**, devido as ressalvas feitas no que se refere a decisão pela inserção do DIU com cobre;
- 15 - Ponto facilitador** - simbolizado pelo **“copinho” menstrual**; *“porque se encaixou; por pensar fora da caixa; por ser uma escolha”*;

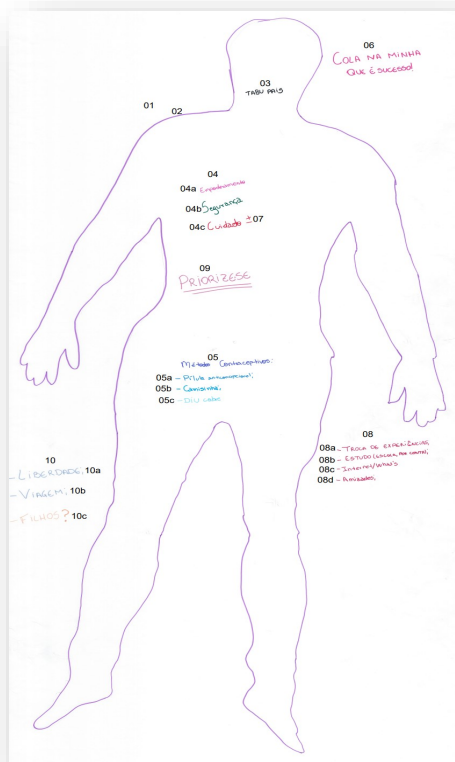
**16 - Estruturas de apoio - (a) mãe**, “que apoia em tudo, menos na inserção do DIU”; **(b) Universidade**, que já está simbolizada pelo estetoscópio; **(c) parceiro**, que também já está simbolizado pelo ramo de trigo; **(d) enfermeira que inseriu o DIU com cobre**, “pela oferta do método; pela disponibilidade; pela confiança”;

**17 - Mensagem para os outros** - retoma a imagem do “vento da mudança”; devido encerramento de ciclos (estudo; trabalho; local de residência) sente agonia, incerteza; como se estivesse “se jogando no vazio”; fala sobre desapego e bem-estar; **A vida é movimento e escolha**;

**18 - Desenhando o futuro** – diz que ficará com o DIU com cobre até término do prazo de validade do método anticoncepcional; faz símbolo do **ponto de interrogação** sobre o ventre, refletindo sobre a possibilidade de ter (ou não ter) um filho no futuro; comenta que nunca quis ter filhos; que prefere não ter; mas, talvez mude de ideia no futuro.

“O que o mapa traz? O mapa traz uma pessoa que está feliz com o método contraceptivo que está utilizando neste momento. Que foi uma escolha ativa em inserir este método, utilizar este método, mas que contou com o apoio, não direto, da escolha profissional da instituição que ela escolheu para fazer esse processo acadêmico, dos familiares, da mãe (a familiar) e de um apoio externo, que seria a profissional que fez a inserção, que foi um apoio tanto pessoal, quanto profissional, de ter realizado a inserção. Mas, que o método também é uma escolha que pode mudar ao longo dos anos, por isso ele é um método reversível. A escolha de um método, uma escolha que não foi estática. Que ela acompanha um movimento. Uma pessoa que está em uma parceria, encontrou uma parceria para dividir as experiências, que influenciou diretamente no rumo das escolhas sexuais e reprodutivas, mas que divide mais do que isso. Uma busca por se encontrar tanto dentro, quanto fora de si. Que está vivendo agora um momento de mudanças e que está se esforçando para tentar levar uma vida mais alegre, olha o sorriso; uma vida mais alegre. Expressar mais alegria ao mundo. Que fez outra escolha ativa, que é o uso do ‘copinho’, que pode não ser uma escolha tradicional, que é uma escolha que foge ao comum, mas que hoje faz sentido para a pessoa. Que já teve uma situação relacionada a uma cicatriz do passado, que hoje já não faz parte da vida, mas hoje já não tem tanto protagonismo quanto antes, e que já não influencia, mas já influenciou sobre a saúde sexual e reprodutiva. Um questionamento sobre filhos no futuro ou não, mas que está aberta ao que acontecer, que pode ser que mude de ideia, está aberta a mudar de ideia. E que tem como símbolo o Ermitão, que é uma animal que leva a sua casinha nas costas; é uma animal que representa mudança e ao mesmo tempo ele está no mar, ele vai, ele segue o fluxo, mas quando ele não está contente com o que acontece, ele pega a casinha dele e vai embora, uma autonomia, talvez uma valorização da autonomia. É essa a história que o mapa conta.”

Figura 32 – Mapa Corporal Narrado 10



Fonte: elaborado por participante 10 e autoras

**01 - Contorno corporal** - postura **aberta e confortável** (virada para frente); mas, não tem essa naturalidade para conversar sobre esse tema em casa (com os pais);

**02 - Cor do contorno** - lilás, porque é mais forte;

**03 - Trajetórias corporais e relacionais** - escreve na altura da boca a expressão **Tabu Pais**, por não se sentir confortável em falar com eles sobre esses assuntos;

**04** - Escreve as palavras **(a) Empoderamento; (b) Segurança; e (c) Cuidado** (na parte do tórax);

**05** - Na parte próxima da região do ventre as palavras **Métodos Contraceptivos (a) pílula anticoncepcional; (b) camisinha; (c) DIU com cobre**, destacando os métodos anticoncepcionais que já usou; sobre o DIU com cobre teve duas tentativas de uso (fez duas inserções); no momento faz uso de pílula anticoncepcional; suspendeu uso de preservativo devido histórico de cirurgia peniana do parceiro, mas só conseguiu fazer isso depois de pensar muito; tinha bloqueio quando relação sexual sem preservativo; tem medo de engravidar;

**06 - Slogan pessoal** - **Cola na minha que é sucesso**, expressão simboliza que é uma pessoa determinada, que vai atrás dos objetivos; corre atrás, não fica parada (sai da zona de conforto); também tenta ajudar amigos com esse lema;

**07** - Símbolo “(+/-)” ao lado da palavra **Cuidado**, porque entende que isso possa ser **um ponto forte e ao mesmo tempo um ponto fraco**, se praticado em excesso; conta sobre a pressão que bota nos momentos das relações sexuais para usar preservativo; as palavras **Empoderamento e Segurança** (inseridas no mapa no item 04) também são consideradas como **pontos fortes**;

**08 - Estruturas de apoio** lista as palavras **(a) Troca de experiências; (b) Estudo** (escola, por conta); **(c) Internet/Whats; (d) Amizades**;

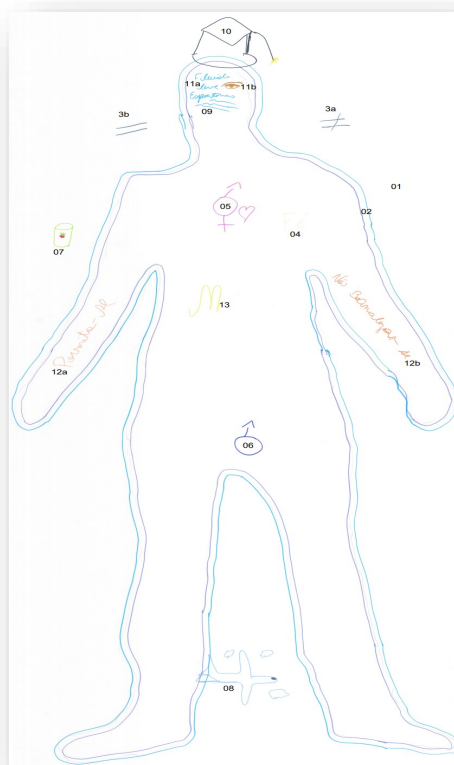
**09 - Mensagem para os outros** - “eu acho que se for botar em uma palavra é priorize-se; eu acho que a gente tem tipo que colocar a gente sempre em primeiro lugar em todos os pontos”; escreve no centro do corpo “**Priorize-se**”;

**10 - Desenhando o futuro** - escreve as palavras **(a) Liberdade**, ter autonomia; “é liberdade pra fazer o que eu quiser, entendeu?”; “porque tem horas que eu boto na cabeça que ter um filho é alguma coisa meio que tu se aprisionar, entendeu?”; **(b) Viagem**; e **(c) Filhos com um ponto de interrogação**; “eu acho que eu vou botar um ponto de interrogação, porque eu não gosto de (...) uma coisa que eu sempre falo é - nunca diga nunca.”

“Eu olho para o mapa, para esse mapa e eu vejo alguém que é responsável e aberta para essa temática. Eu acho que mais ou menos isso que eu olho e vejo. Alguém engraçada, porque com essa frase aí a pessoa tem que ser engraçada, que é ‘cola na minha que é sucesso’. Que busca sempre a sua segurança, o seu cuidado. E, está num momento da vida que está aproveitando, curtindo, viajando, que de início não pensa em ter filhos, não é algo que vê para um futuro próximo. Mas, que também não descarta essa possibilidade porque a gente tem que estar sempre aberta para tudo. Alguém que cuida da sua sexualidade. Sempre buscando métodos contraceptivos para não ter filhos, para não pegar nenhuma DST e nada disso. E alguém que gosta de pesquisar sobre o assunto e conversar sobre o assunto. É de se priorizar, colocar sempre em primeiro lugar. É, mesmo não tendo abertura em casa ou não tendo (...) não assim abertura, mas [não] se sentindo confortável de tratar o tema com os pais, com a mãe (...) é buscou (...) buscou isso de outras formas (...).”



Figura 33 – Mapa Corporal Narrado 20



Fonte: elaborado por participante 20 e autoras

- 01 - Contorno corporal** - postura de **frente, aberto** para o tema;
- 02 - Cores para o contorno** - duas cores para fazer o contorno ao mesmo tempo (**azul e roxo**); fez um **contorno duplo**;
- 03 - Trajetória corporal e relacional** - (**a**) **símbolo de diferente (#)** no lado esquerdo do corpo (perto do ombro esquerdo, na altura da cabeça); e o (**b**) **símbolo de igual (=)** no lado direito do corpo (na mesma altura do símbolo diferente, só que do outro lado);
- 04 -** Escreve a palavra **Fé** (de lápis/bem claro) na altura do peito (lado esquerdo); remete ao fato de ser criado no meio religioso;
- 05 -** Insere no mapa, na altura do peito (parte central) um símbolo que contém ao mesmo tempo o **símbolo do feminino e do masculino**; faz **um coração do lado**; remete a ideia de sentimento, não importando o sexo/gênero da pessoa com relação a essa questão de afeto;
- 06 -** Insere no mapa o **símbolo do masculino** (próximo a região genital); remete a ideia da orientação sexual homossexual (reforçando a ideia de que sua busca, quando pensa em sexo, é por homem); sobre as relações sexuais com pessoas com sexo feminino diz que foram *“coisas que aconteceram ao acaso e não que eu busquei”*, mas que fazem parte da sua história e aconteceram naturalmente;
- 07 -** Símbolo de uma **lata de guaraná**; representa o relacionamento afetivo-sexual mais longo que já teve;
- 08 -** Símbolo de **avião**, para representar a mudança de Estado; avalia que neste novo Estado tem mais possibilidades de vivenciar a sua sexualidade;
- 09 - Símbolo pessoal e Slogan pessoal** - faz o símbolo da **água (como ondinhas**, não ondas, porque ondas são mais agressivas), porque remete a ideia que transita bem pelos lugares, com as pessoas; também escreve as palavras **Fluído, Leve e Espontâneo**, que servem como *slogan* pessoal;
- 10 - Estruturas de apoio** - símbolo de um **cap** (chapéu de formatura), representa o apoio que teve durante a graduação, ampliou o universo/o leque de entendimento, inclusive nas questões de sexualidade/reprodução;

**11 - Pontos fortes** - retoma as palavras **(a) Fluído, Leve e Espontâneo** (que já foram sinalizadas no exercício do item 09), acredita que essas características são seus pontos fortes; **Pontos fracos** - faz símbolo de **(b) um olhar mais para baixo**, remete a uma característica que tem de se autodepreciar quando do início de relações afetivo-sexuais, quando tem sentimento mais forte;

**12 - Mensagem para os outros** - escreveu a expressão **(a) Permita-se** (no braço direito); e **(b) Não banalizar-se** (no braço esquerdo); transmitem a ideia de ter experiências no mundo, mas com cuidados;

**13 - Desenhando o futuro** - emocionado menciona que **vislumbra ter um filho**, já sabe até como vai ser chamado (nome começa com a letra M); escreve o nome no centro do corpo (que foi apagado por questões éticas, ficando somente a primeira letra do nome);

*“Ah, eu vejo que a escolha do contorno é muito interessante porque essa duas cores é (...) por mais que elas se conversam, eu acho que o roxo e azul de certa forma são parecidas e tal, mas, é que mostra que não é só uma coisa, que não está fixo num lugar só, que tem possibilidade de mudar, de se transformar, de ser ver diferente ou de se apresentar diferente de acordo com a vida. Eu vejo que teve um exemplo disso no final, com as mudanças, o fato de ter mudado de local isso mostra o quanto essa pessoa tá aberta, enquanto eu estive aberto pra vida e as minhas características como fluidez, leveza isso me ajudou nesse caminho todo; teve passado claro, um passado que não se via (...) que se via diferente de todo mundo mas, que chegou a se entender como um igual dentro da própria diferença que é o ser humano; pode estudar e isso ampliou os conhecimentos; pode amar várias pessoas, independente de gênero e de (...) foi natural algo natural; que aprendeu a não se banalizar e que está aberto a se permitir; e que pretende crescer ainda mais e ser importante para as pessoas do mundo ou para uma pessoa no mundo (...) eu acho.”*

Quadro 8 - Símbolos e/ou códigos geradores para categorização dos dados relacionados com o terceiro momento da teoria do *Devir Humano*

Momento	Conceitos	Exercícios relacionados e questionamentos para os dados	Símbolos e/ou códigos geradores	Categorias
3º momento analítico “ TEMAS PARA POSSÍVEL TRANSCENDÊNCIA ”	REFORÇAR	(Mensagem para os outros)  <b>O que é importante?</b>	<b>Códigos (palavras e/ou expressões):</b> sobre <b>liberdade para escolher (a)</b> escolhas individuais, escolha ativa, pessoa deve escolher, ter responsabilidade pelas consequências, ter máxima consciência das consequências, saber que tem variáveis incontroláveis, escolhas podem ser egoístas, nossas escolhas influenciam os outros; <b>(b)</b> escolhas coletivas, não ter experiências determinadas pelos <i>scripts</i> sociais (condicionamentos); e <b>temas relacionados aos atos individuais e coletivos</b> , como: <b>(c)</b> incentivos dos pais foi importante; escola precisa se antecipar; proteção com preservativo; uso de preservativo; autocuidado; cuidado; segurança; rede de apoio; não precisa ter tabu e estranheza; sexualidade e reprodução são coisas naturais; diminuir barreiras na hora de passar informação; comunicação, informação; entendimento, conhecimento, autoconhecimento; respeito nas relações; respeito com os processos; amor; não julgar; força, não desistir, lutar; priorizar-se; permitir-se; arriscar-se; não se banalizar; não é só para mulher, homem tem que participar;	<b>Escolhas individuais conscientes (cuidado)</b>  <b>Coletivo influenciando escolhas (atenção)</b>
	ORIGEM	(Desenhando o futuro)  <b>O que dá proveniência ao futuro?</b>	<b>Símbolos:</b> <b>(a)</b> interrogações (ponto de interrogação) sobre o futuro, especialmente sobre maternidade/paternidade; <b>(b)</b> vários elementos simbólicos relacionados com lista de sonhos/desejos (concluir os estudos, trabalhar, viajar, ter uma casa, vida estável); entre outros <b>(c)</b> superação das barreiras; transição de gênero; apenas seguir em frente; <b>(d)</b> poucos reforços sobre uso e/ou continuação de práticas contraceptivas;	<b>Maternidade/paternidade (como incógnita; como certeza)</b>  <b>Busca por realizar sonhos/desejos para além da maternidade/paternidade</b>

	<b>TRANSFORMAÇÃO</b>	<p>(Narrativa sobre a história que o mapa corporal conta)</p> <p style="text-align: center;"><b>Qual (a possibilidade de) mudança sinalizada?</b></p>	<p><b>Códigos (palavras e/ou expressões):</b> <b>(a)</b> busca por e/ou a valorização da autonomia (do fazer por si mesmo; do poder escolher; de ser dona de si; dessa constante construção; do discernimento); <b>(b)</b> o reconhecimento das barreiras/entraves (saber olhar para esses processos, muitas vezes dolorosos); <b>(c)</b> reagir, seguir em frente; <b>(d)</b> além de viver os momentos, estar presente; <b>(e)</b> compartilhar vivências/experiências (dividir para crescer); <b>(f)</b> poder “curar” os processos;</p>	<p style="text-align: center;"><b>“Chispas” para mudança</b> (busca por/valorização da autonomia; reconhecimento das barreiras e entraves durante o percurso; reagir e seguir em frente apesar de tudo; viver o momento presente/estar atenta(o); compartilhar experiências e fortalecer outras mulheres; “curar” processos)</p>
--	----------------------	---	---	--

Fonte: elaborado pelas autoras

## DISCUSSÃO

Os símbolos e/ou códigos geradores que sustentam as categorias “**escolhas individuais conscientes** (cuidado)” e “**coletivo influenciando escolhas** (atenção)” tem no domínio sobre o tema respeito (seja nas relações; seja consigo mesmo, numa espécie de autocuidado; seja durante os processos e experiências vividas), junto com os aspectos que envolvem compartilhamento de conhecimento e informação (na busca por um entendimento natural e compreensão das escolhas) os tópicos registrados como mais importantes pelos(pelas) participantes; o equilíbrio entre o se permitir (na ideia de experimentar e ter mais liberdade) e o não se banalizar (relacionado com cuidados; com segurança) também é um reforço apresentado; para os(as) participantes as escolhas são individuais, mas podem ter o peso do coletivo, devido as influências dos “*scripts sociais*” (expressão usada por uma participante). A ideia registrada nos mapas é para que as pessoas não se pressionem e que possam escolher tendo a plena consciência das consequências das suas escolhas. Em “A arte da escolha” se diz que, assim com um *iceberg*, a nossa consciência demonstra apenas uma pequena parte de nossa mente; estima-se que 95% do comportamento mental é subconsciente e automático. Sem a intervenção consciente, as forças externas podem influenciar nossas escolhas impunemente. E, acrescenta-se que as nossas experiências culturais influenciam como fazemos escolhas em quase todas as áreas da nossa vida (IYENGAR, 2013).

Por sua vez, a categoria “**maternidade/paternidade** (como incógnita; como certeza)” traz a ideia do desafio, principalmente, àqueles(àquelas) que tendem a interrogar essa finalidade (muita das vezes, imposta socialmente). É comum ver estudos que versam sobre a maternidade/paternidade (ainda que considerando o contexto da adolescência) listarem uma série de implicações quando da descoberta da gravidez e adaptação no curso da vida das jovens mães e jovens pais (NASS *et al.*, 2017). Além disso, àqueles(àquelas) que experimentam a maternidade/paternidade na adolescência (ou no início da vida adulta) as oportunidades de seguimento nos estudos e/ou mercado de trabalho tendem a ser mais restritas, especialmente para as mulheres (DIAS; AQUINO, 2006).

E, esse entendimento (das possibilidades de desafios a serem enfrentados) corrobora com a categoria “**busca por realizar sonhos/desejos** para além da maternidade/paternidade”, onde os(as) participantes remetem à realização de sonhos/desejos como concluir os estudos, estabilidade financeira, realizar viagens, entre outros, como conquistas para serem realizadas de preferência antes de terem filhos.

Quando questionados(as) sobre as perspectivas futuras, no sentido de desenhar/pensar no futuro, surgiram símbolos e/ou códigos que delinearam a categoria “**chispas para mudança**” de um tema tão substancial e presente na vida de *todes* (porque como foi visto, independente do gênero e da orientação sexual, em algum momento ou a qualquer momento a concepção [logo, a contracepção] pode ser experienciada). Portanto, refletir sobre essas questões de forma lúdica (através da construção do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) e dentro de uma ótica ampla e mais do que integradora (não normativa, não determinista, não objetificada [ou objetiva]), que considera todo o entorno e toda a subjetividade inerente ao ser humano, fornece “chispas” para uma possível transcendência, a saber: busca por e/ou a valorização da autonomia (do fazer por si mesmo; do poder escolher; de ser dona de si; dessa constante construção; do discernimento); o reconhecimento das barreiras/entraves (saber olhar para esses processos, muitas vezes dolorosos) e

reagir, seguir em frente; além de viver os momentos, estar presente, compartilhar vivências/experiências (dividir para crescer) pode “curar”/fazer as pessoas *irem além* para terem experiências mais conscientes, livres e responsáveis neste quesito, podendo impactar o curso da sua própria trajetória e do entorno.

Muitos estudos sobre contracepção costumam tratar sobre as questões da escolha/da autonomia e, geralmente, o fazem tentando medir com instrumentos (com escalas) o quanto de agência as pessoas têm (ou não têm) sobre o assunto. Só para dar um exemplo, tem-se a Escala de Autonomia Reprodutiva/*Reproductive Autonomy Scale* (FERNANDES *et al.*, 2019), que é um começo/dá uma ideia (que é um estudo relevante, sem dúvidas), mas, ainda deixa algumas interrogações: será que um instrumento que mede a agência reprodutiva funciona sozinho? Como se mede autonomia sexual-reprodutiva-contraceptiva? Mais do que medida será que ela não é apenas sentida pelas pessoas (de formas diferentes) em cada experiência da sua trajetória sexual e reprodutiva?

Segundo Iyengar (2013), para lidar com as consequências das escolhas, em qualquer escolha substancial da vida (o que inclui as escolhas (ou não) por práticas contraceptivas), é preciso atenção e foco nas escolhas que realmente importam; no equilíbrio entre as esperanças, os desejos e as possibilidades.

Desafio: neste manuscrito em especial, por ter como foco a transcendência (pela própria abstração do conceito) a discussão dos achados, tornou-se um grande desafio, no sentido de trazer o fenômeno à tona.

Limitações: o contexto da pandemia da Covid-19 tensionou em alguns momentos o seguimento deste estudo; devido ao imenso volume de dados gerados, correu-se o risco de limitar o acesso às riquezas e detalhes descobertos em cada história narrada/mapeada; e o recorte feito na teoria, para apresentação dos resultados em formato de manuscrito, pode limitar a compreensão do todo.

Contribuição: os diferentes resultados apresentados neste estudo, que só surgiram pelo encontro de uma teoria de Enfermagem (*Devir Humano*), que rompe com o paradigma da totalidade, com um método (Mapa Corporal Narrado como Pesquisa), que também vem para romper com os preceitos totalitários da pesquisa científica, dão uma alternativa para o cuidar/aconselhar em contracepção, contribuindo desta forma na ampliação do corpo de conhecimentos da Enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada pessoa, no seu momento e/ou contexto de vida, tem potencial para *mobilizar transcendência* de diferentes formas, as “chispas” que acedem essa possibilidade em cada um(uma) está intimamente ligada a busca por/valorização da autonomia, e essa é a grande máxima para lidar com as consequências das escolhas. Além disso, as mudanças nas trajetórias sexuais e reprodutivas das pessoas estão em refletir/decidir (ou não) pela maternidade/paternidade; ou pela busca por sonhos/desejos para além da maternidade/paternidade; tudo isso equilibrando escolhas individuais conscientes e o reconhecimento do potencial que o contexto coletivo tem para influenciar nas escolhas.

Espera-se, considerando as conquistas coletivas, que os ODSs sejam alcançados. Mas, acima de tudo, vislumbra-se que cada vida (cada pessoa) tenha a possibilidade de escolher, que experiencie o *ir além* com os possíveis na/da experiência; potencializando e originando o transformar. Isto, porque o *ir além* com os possíveis, por meio de escolhas (o que também inclui as escolhas contraceptivas)

livres, responsáveis e conscientes, é o potencializar e originar do *devir humano*, a partir da trajetória sexual e reprodutiva.

## REFERÊNCIAS

- COELHO, R. C. H. A.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, E. K. A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):506-15.
- DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1447-1458, jul, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nCGcnKvKPG3jsDpfCLGRXQh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2023.
- DICIO. **Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras**. Todas as palavras de A a Z, 2019. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/devir/>. Acesso em: 22 abr. 2020.
- EAKIN, JM; GLADSTONE, B. Na caixa preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. In: BOSI, MLM; GASTALDO, D (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos-metodológicos**. ISBN 978-65-5713-146-6. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.
- FERNANDES, E. T.; DIAS, A. C.; FERREIRA, S. L.; MARQUES, G. C.; PEREIRA, C. O Adaptação cultural e confiabilidade da *Reproductive Autonomy Scale* para mulheres no Brasil. **Acta Paul Enferm**. 2019;32(3):298-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900041>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- GASTALDO, D.; CARRASCO, C.; MAGALHÃES, L. **Entangled in a web of exploitation and solidarity**: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C.; DAVY, C. **Body-Map Storytelling as Research**: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.
- GASTALDO, D.; RIVAS-QUARNETI, N.; MAGALHÃES, L. Body-Map Storytelling como uma Metodologia da pesquisa em saúde: linhas borradas criando imagens claras. **Fórum Sozialforschung/Fórum Qualitativo: Pesquisa Social Qualitativa**, v. 19, n. 2, art. 3, may. 2018. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GONZAGA, A.; MARQUES, C. L.; LEOPARDI, M. T. Rosemarie Rizzo Parse – teoria do Ser humano-existência-saúde. *In*: LEOPARDI, M. T. (org.). **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 120-131.

HICKMAN, J. S. Rosemarie Rizzo Parse. *In*: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos à Prática Profissional. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 267-281, 2000. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>. Acesso em: 08 mar. 2020.

IYENGAR, S. **A arte da escolha**. Tradução Miryam Wiley. 1 ed. Belo Horizonte, MG: Uni Duni Ed.: Unicult, 2013. 536 p.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Teoria e método em assistência de enfermagem**: Soldasoft, 2006. 396 p.

LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KANANDA, I.; JESUS, C. A. C. de; REIS, P. E. D. dos. Teoria de tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, out./dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037). Acesso em: 24 fev. 2020.

NASS, E. M. A.; LOPES, M. C. L.; ALVES, B. D.; MARCOLINO, E.; SERAFIM, D.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Vivências da maternidade e paternidade na adolescência. **Rev. baiana enferm.** (2017); 31(2):e16629. Disponível em: DOI 10.18471/rbe.v31i2.16629. Acesso em: 10 mai. 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019

PARSE, R. R. **Illuminations**: the human becoming theory in practice and research. New York: National League for Nursing Press, 1995. 409 p.

PARSE, R. R. Rosemarie Rizzo Parse. The Human Becoming School of Thought. *In*: PARKER, M. E. (org.). **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. DAVIS COMPANY, 2000. p. 227-238.

SOUZA, S. N. D. H. de; ROSSETO, E. G.; SODRÉ, T. M. Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2000, v. 34, n. 3, p. 244-251. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 fev. 2020.

UNFPA. United Nations Population Fund. **State of World Population 2023**. 8 Billion Lives, infinite possibilities - the case for rights and choices. UNFPA, 2023. Disponível



em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-ENGLISH-230329-web.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2023.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste relatório de tese, foi apresentada a motivação pessoal, acadêmica e profissional da pesquisadora, na busca por um *saber-fazer* mais humano à Enfermagem, no que concerne à temática do planejamento reprodutivo, com ênfase na contracepção. Como visto, este estudo foi pensado, realizado e escrito buscando *um todo coerente*, um sentido (como significado e como direcionamento), mas além disso, considerando as escolhas feitas durante o itinerário investigativo, também se buscou por uma mudança na forma como as pessoas (o que inclui a Academia) lidam com as questões da sexualidade, da reprodução e, principalmente, da contracepção. E, isso pode ser visto desde a delimitação do tema, que engloba *um todo complexo* e *um trabalho inacabado*, passando pelo fenômeno do estudo, que se relaciona com o *poder da escolha*, assim como pelo levantamento e pela elaboração das questões e dos objetivos de pesquisa, e da própria tese defendida, que se alinham para fortalecer as pessoas, a disciplina e a profissão.

Contudo, avalia-se que foi no encontro entre o referencial teórico-filosófico (teoria de Enfermagem – *Devir Humano*) e o método (Mapa Corporal Narrado como Pesquisa), que se oportunizou essa mudança de foco para revelação da essência dos resultados ímpares apresentados. Isto porque, ambos fomentaram, respectivamente: o *estar com* (a presença verdadeira) e o *ir além* (a mudança); e a *escuta por mais de um sentido*, para muito mais do que, simplesmente, *contar histórias*. Juntos, eles potencializaram durante todo o percurso a criatividade e o entusiasmo dos(das) participantes e da pesquisadora.

O(A) leitor(a), que chegou até aqui, sabe que a resposta (ou as respostas) para a questão principal – “Como se dá a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?” pode ser obtida pela apreciação de cada Mapa Corporal Narrado como Pesquisa (que são, verdadeiramente, “mapas do tesouro”, devido a riqueza e profundidade das histórias mapeadas) e/ou pela leitura atenta dos resultados dos manuscritos.

Abaixo, seguem as respostas às questões específicas da pesquisa, bem como a avaliação do alcance dos objetivos traçados.

**Questão 01** - “Quais os conhecimentos produzidos sobre a experiência das pessoas relacionadas à escolha de práticas contraceptivas?”.

**Resposta 01 - O Manuscrito 01** – “Revisão integrativa: *determinantes do poder de decisão* sobre a escolha contraceptiva”, desvelou, através do conhecimento científico produzido por 31 artigos selecionados, todo o peso estrutural dos *determinantes do poder de decisão* (as circunstâncias socioeconômicas, as relações interpessoais, as barreiras do sistema de saúde, o papel da comunidade) e toda a força do Poder Individual, que precisam ser equalizados para o enfrentamento das questões contraceptivas no intercuro da vida sexual e reprodutiva das pessoas. Logo, essa revisão integrativa forneceu a dimensão da complexidade da experiência das pessoas em relação à escolha de práticas contraceptivas em diferentes contextos (nas mais diversas partes do mundo).

**Questão 02** – “Qual o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?”

**Resposta 02** - Os resultados do **Manuscrito 02** – “Imagem-valor-linguagem sobre a experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” ao situar um posicionar: de estar aberto(a) (ou não tão aberto(a), não tão fechado(a)) ao tema; das crenças valorizadas; de luta, fuga e resistência, especialmente, dos corpos femininos; de uma tendência à racionalidade, pelos corpos masculinos; de uma presença e contorno ao tema, dos corpos fluidos; bem como, da importância de se expressar (seja literal e/ou simbolicamente) sobre essas questões, identificou o significado dado à experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

**Questão 03** – “Qual a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas?”

**Resposta 03** - Por sua vez, o **Manuscrito 03** – “Paradoxos da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva” mapeou a sincronidade da ritmicidade através das categorias analíticas marcando-não marcando as marcas; reconhecendo o que capacita-limita escolhas; aproximando-incorporando-afastando as práticas contraceptivas; e percebendo (ou não) sustento/base na trajetória.

**Questão 04** – “Como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) de práticas contraceptivas?”

**Resposta 04** - Por fim, o **Manuscrito 04** – “*Ir além* na trajetória sexual e reprodutiva por meio da escolha (ou não) de práticas contraceptivas” revelou como as pessoas podem mobilizar a transcendência para lidarem com as possíveis consequências das suas escolhas individuais conscientes; do coletivo influenciando escolhas; da maternidade/paternidade com incógnita ou como certa; da busca por realizar sonhos/desejos para além da maternidade/paternidade; e, ainda, iluminou as “chispas” para mudança.

Com essas respostas, confirma-se a tese de que a compreensão da experiência da escolha (ou não) de práticas contraceptivas na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas à luz da teoria do *Devir Humano* revela primeiramente, para a própria pessoa: o que ela é e onde está, (no presente/quando se situa na experiência/esclarece o significado da experiência); o que ela foi e de onde veio (no passado/quando (re)conhece os paradoxos da experiência/sincroniza a ritmicidade da experiência); e o que ela pode vir a ser e onde pode chegar (no futuro/quando vai além com os possíveis da experiência/mobiliza a transcendência da experiência).

Espera-se que estes resultados aportem ao corpo de conhecimentos da Enfermagem, nos diferentes âmbitos (pessoal, acadêmico e profissional), não só no que concerne à temática da contracepção, bem como em todos os conceitos inter-relacionados para uma saúde sexual e reprodutiva plena, possibilidades para o *devir humano*.

## REFERÊNCIAS

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 09-100.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília: DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento familiar**: manual técnico. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Secretaria de Política para as Mulheres. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde. Oficina - **“Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: rumos para Cairo + 20.”**, 2009. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: [s. n.], 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014. 208 p. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523\\_relatoriiodm.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatoriiodm.pdf). Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: [s. n.], 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Brasília: [s. n.], 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 004, de 24 de janeiro de 2020**. Recomenda o cancelamento da Campanha de Abstinência Sexual, promovida pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em conjunto com o Ministério da Saúde. Porto Alegre: [s. n.], 2020b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2020/Reco004.pdf>. Acesso em 10 mai 2023.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília: DF, 05 set. 2022.

CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CODY, W. K.; BUNKERS, S. S.; MITCHELL, G. J. The Human Becoming Theory in Practice, Research, Administration, Regulation, and Education. In: PARKER, M. E. (org.). **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY, 2000. p. 239-262.

COELHO, R. C. H. A.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, E. K. A. Uma prática de cuidado investigativa à gestante HIV soropositivo orientada pela teoria de Parse. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 dez; 27(4):506-15.

DICIO. **Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras**. Todas as palavras de A a Z, 2019. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/devir/>. Acesso em: 22 abr. 2020.

DISCOVERY INTERNATIONAL, [2010?]. **Discovery International**. [S. l.: s. n.]. Disponível em: <https://discoveryinternationalonline.com/https://discoveryinternationalonline.com/dr-rosemarie-rizzo-parse/>. Acesso em: 08 mar. 2020.

EAKIN, J. M.; GLADSTONE, B. Na caixa preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. In: BOSI, MLM; GASTALDO, D (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teóricos-metodológicos**. ISBN 978-65-5713-146-6. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

GASTALDO, D.; CARRASCO, C.; MAGALHÃES, L. **Entangled in a web of exploitation and solidarity**: Latin American undocumented workers in the Greater Toronto Area. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/summary-findings>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C.; DAVY, C. **Body-Map Storytelling as Research**: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento. *In*: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. de; GOMES, I. M. (org.). **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.

GASTALDO, D.; RIVAS-QUARNETI, N.; MAGALHÃES, L. Body-Map Storytelling como uma Metodologia da pesquisa em saúde: linhas borradas criando imagens claras. **Fórum Sozialforschung/Fórum Qualitativo: Pesquisa Social Qualitativa**, v. 19, n. 2, art. 3, may. 2018. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858>. Acesso em: 22 mar. 2020.

GERGEN, M. M.; GERGEN, J. K. Investigação qualitativa. Tensões e transformações. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 367-400.

GONZAGA, A.; MARQUES, C. L.; LEOPARDI, M. T. Rosemarie Rizzo Parse – teoria do Ser humano-existência-saúde. *In*: LEOPARDI, M. T. (org.). **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 120-131.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. B.; CABRAL, C. da S. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/csp/v25s2/09.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v25s2/09.pdf). Acesso em: 20 mar. 2014.

GEORGE, J. S. Rosemarie Rizzo Parse. *In*: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Os Fundamentos à Prática Profissional. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 267-281, 2000. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/nayarakalline1/teorias-de-enfermagem-os-fundamentos-prtica-profissional-julia-b-george>. Acesso em: 08 mar. 2020.

IYENGAR, S. **A arte da escolha**. Tradução Miryam Wiley. 1 ed. Belo Horizonte, MG: Uni Duni Ed.: Unicult, 2013. 536 p.

KOST, K.; ZOLNA, M. Challenging unintended pregnancy as an indicator of reproductive autonomy – a response. **Contraception**, v. 100, ed. 1, p. 5-9, jul. 2019. Disponível em: <https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2819%2930147-7>. Acesso em: 21 abr. 2020.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 228 p.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC. Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 241p.

LEOPARDI, M. T. (org.). **Teoria e método em assistência de enfermagem**: Soldasoft, 2006. 396 p.

LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KANANDA, I.; JESUS, C. A. C. de; REIS, P. E. D. dos. Teoria de tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, out./dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037). Acesso em: 24 fev. 2020.

MAUS, L. C. dos S. Atenção em anticoncepção: construção de propostas em conjunto com Equipes de Saúde da Família. 2016. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011. 108 p.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 16 mai. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** – Plataforma do Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública. Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. **Planejamento familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf;jsessionid=4C757D7319764B50645130B570B2BEF1?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=4C757D7319764B50645130B570B2BEF1?sequence=6). Acesso em: 22 jun. 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim.pdf). Acesso em 22 jun. 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o



Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

PARSE, R. R. **Illuminations: the human becoming theory in practice and research**. New York: National League for Nursing Press, 1995. 409 p.

PARSE, R. R. Rosemarie Rizzo Parse. The Human Becoming School of Thought. *In*: PARKER, M. E. (org.). **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. DAVIS COMPANY, 2000. p. 227-238.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POTTER, J. E.; STEVENSON, A. J.; COLEMAN-MINAHAN, K.; HOPKINS, K.; WHITE, K.; BAUM, S. E.; GROSSMAN, D. Challenging unintended pregnancy as an indicator of reproductive autonomy. **Contraception**, v. 100, ed. 1, p.1-4, jul. 2019. Disponível em: <https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2819%2930039-3>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SANTOS, B. de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 176 p.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009. 92 p.

SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. 637 p.

SOUZA, S. N. D. H. de; ROSSETO, E. G.; SODRÉ, T. M. Aplicação da Teoria de Parse no relacionamento enfermeiro-indivíduo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2000, v. 34, n. 3, p. 244-251. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342000000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 23 fev. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde. Definições, diferenças e seus objetivos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Planejamento familiar no Brasil 50 anos de história**. UNFPA, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2014.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2018**. O poder de escolha. Direitos reprodutivos e a transição demográfica. UNFPA, 2018. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 18 nov. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2019**. Um trabalho inacabado. A busca por direitos e escolhas para todos e todas. UNFPA, 2019. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_final.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf). Acesso em: 29 dez. 2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2020**. Contra a minha vontade. Desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas, e impedem a igualdade. UNFPA, 2020. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao\\_da\\_populacao\\_mundial\\_2020-unfpa.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_2020-unfpa.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.




UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2021**. Meu corpo me pertence. Reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação. UNFPA, 2021. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br\\_web\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2022**. Vendo o invisível. Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. UNFPA, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2022-ptbr-web.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2022.

UNFPA. United Nations Population Fund. **State of World Population 2023**. 8 Billion Lives, infinite possibilities - the case for rights and choices. UNFPA, 2023. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-ENGLISH-230329-web.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2023.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N. da; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. da; BASTOS, M. H.; LEAL, M. do C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014, v. 30, supl.1. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 set. 2015.

## APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

  
<b>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA</b>
<p><b>RECURSOS HUMANOS</b>          Pesquisadora responsável: Doutoranda Luciana Cristina dos Santos Maus (1)          Pesquisadora orientadora: Dra. Marli Terezinha Stein Backes (2)          Pesquisadora colaboradora: Crislaine Zurilda Silveira (3)</p>
<p><b>PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração protocolo: 1, 2</li> <li>- Avaliação do protocolo: 3</li> <li>- Coleta de dados: 1</li> <li>- Seleção dos estudos: 1</li> <li>- Checagem dos dados coletados: 1, 2</li> <li>- Avaliação crítica dos estudos: 1</li> <li>- Síntese dos dados: 1</li> <li>- Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2</li> <li>- Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2 e 3</li> <li>- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1</li> <li>- Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2 e 3</li> </ul> <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p><b>VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:</b>          Wanessa Caroline da Silva, Bibliotecária da <b>Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde - Medicina (BSCCSM)</b></p>
<p><b>PERGUNTA:</b>          Quais os conhecimentos científicos produzidos (na área da saúde e da enfermagem) sobre as escolhas de práticas contraceptivas?</p>
<p><b>OBJETIVO:</b>          Identificar na produção científica o que vem sendo produzido (na área da saúde e da enfermagem) sobre as escolhas de práticas contraceptivas.</p>
<p><b>DESENHO DO ESTUDO:</b>          Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, com abordagem qualitativa. Na operacionalização dessa revisão, serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Seleção da pergunta de pesquisa;</li> <li>2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;</li> <li>3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;</li> <li>4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;</li> <li>5) Discussão e interpretação dos resultados;</li> <li>6) Apresentação de forma clara da evidência encontrada.</li> </ol>
<p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b>          Artigos de periódicos publicados entre 2016 e 2020, indexados nas fontes de dados</p>

selecionadas (LILACS, BDNF, PubMed, SciELO, CINAHL, Scopus, *Web of Science* e EMBASE) que estejam publicados nos idiomas inglês, espanhol, e/ou português, que contenham descritores e/ou palavras-chave listadas neste protocolo, no resumo, no título ou assunto/descritor.

#### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Dossiês; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência; Estudos de reflexão; Estudos teóricos; Teses; Dissertações; Trabalhos de Conclusão de Curso; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Livros; Materiais publicados em outros idiomas que não sejam em inglês, português e espanhol; e, estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

#### **ESTRATÉGIAS DE BUSCA:**

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e palavras-chave (com as respectivas traduções) listadas abaixo:

ENFERMAGEM (e) EXPERIÊNCIA (ou) VIVÊNCIA (ou) APRENDIZADO (e) ESCOLHA (ou) DECISÃO (ou) OPÇÃO (ou) PREFERÊNCIA (ou) VONTADE (ou) DESEJO (ou) MOTIVAÇÃO (e) PRÁTICA CONTRACEPTIVA (ou) CONTRACEPÇÃO (ou) ANTICONCEPÇÃO (ou) MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

#### **BASES ELETRÔNICAS DE DADOS E RESPECTIVO PORTAL DE ACESSO:**

**LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde:** é uma base cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. (<https://bvsalud.org/>)

**BDNF - Base de Dados de Enfermagem:** fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Sua operação, manutenção e atualização é coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Centros Cooperantes da Rede BVS Enfermagem. (<https://bvsalud.org/>)

**PubMed.gov** - O PubMed® compreende mais de 30 milhões de citações para literatura biomédica do MEDLINE, periódicos de ciências da vida e livros on-line. As citações podem incluir links para conteúdo de texto completo nos sites da PubMed Central e dos editores. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

**SciELO – Scientific Electronic Library Online:** busca integrada de artigos dos periódicos da rede Scielo: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, Portugal, Venezuela, Saúde Pública, *Social Sciences*. A SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. (<https://scielo.org/>)

**CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature:** é uma base da EBSCO que indexa documentos acadêmicos dirigidos a enfermeiros e diversos outros profissionais da saúde, com cobertura de títulos publicados desde 1937. Fornece o texto completo de

periódicos, livros, capítulos de livros, dissertações em enfermagem, artigos de anais de eventos e materiais audiovisuais. (<http://web-abstracts.ez46.periodicos.capes.gov.br/ehost/resultsadvanced>)

**Scopus:** base de dados de resumos e citações da literatura científica e de fontes de informação de nível acadêmico na Internet. Indexa mais de 21.500 periódicos, de 5 mil editores internacionais, além de outros documentos. (<https://www-scopus-com.ez46.periodicos.capes.gov.br>)

**Web of Science:** base multidisciplinar que indexa somente os periódicos mais citados em suas respectivas áreas. É também um índice de citações, informando, para cada artigo, os documentos por ele citados e os documentos que o citaram. Possui hoje mais de 9.000 periódicos indexados. É composta por: *Science Citation Index Expanded* (SCI EXPANDED): 1945 até o presente; *Social Sciences Citation Index*: 1956 até o presente; *Arts and Humanities Citation Index*: 1975 até o presente. A partir de 2012 o conteúdo foi ampliado com a inclusão do *Conference Proceedings Citation Index- Science* (CPCI-S); *Conference Proceedings Citation Index - Social Science & Humanities* (CPCI-SSH). (<http://apps- webofknowledge.ez46.periodicos.capes.gov.br>)

**Embase:** a base de dados Embase é considerada referência na área de respostas biomédicas e farmacológicas. Em seu *website* são apresentados os benefícios que a utilização da ferramenta traz nas áreas de: medicina baseada em evidências, onde contribui para a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências, melhorando os resultados dos pacientes, aumentando a descoberta de evidências biomédicas e fornecendo informações biomédicas abrangentes e atualizadas; na área de farmacovigilância, onde contribui no monitoramento da literatura da área; na área de desenvolvimento de dispositivos médicos e vigilância pós-comercialização, onde contribui nas etapas de desenvolvimento de dispositivos médicos com informações biomédicas de alta qualidade, que vai do conceito e *design* até a vigilância pós comercialização; no desenvolvimento de medicamentos, onde contribui na descoberta de relações entre drogas, doenças e interações medicamentosas, fornecendo informações biomédicas críticas para o desenvolvimento, reposicionamento e segurança de medicamentos. A base proporciona estudos de revisão sistemática e integrativa, diretrizes e protocolos clínicos, avaliação de tecnologias em saúde. Todo o processo de revisões sistemáticas e integrativas é delineado por diretrizes reconhecidas internacionalmente. Inclui também mais de 2,3 milhões de resumos de artigos de conferências desde 2009. Com atualização diária e a inclusão anual de mais de 1,5 milhão de artigos. Possui, contudo, um recurso diferenciado da Embase é a *PICO Search*, que permite a busca com base nos aspectos da estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcome* [desfecho]), metodologia utilizada na prática baseada em evidências (PBE). (<https://www-embase.ez46.periodicos.capes.gov.br/#search>)

- **Listar as referências dos materiais encontrados:** para buscar referências que possam ser de interesse para a Revisão Integrativa de Literatura.

- **Período de busca:** 2016-2020.

#### **SELEÇÃO DOS ESTUDOS:**

A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como no que se refere ao escopo deste protocolo, denominada de primeira seleção. Como sugere a Revisão Integrativa de Literatura, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será

realizada uma leitura criteriosa, considerando-se o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, designada de segunda seleção. Os trabalhos que atenderem os objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

**AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:**

Será realizada a releitura dos trabalhos pré-selecionados com avaliação crítica sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação está baseada no modelo analítico Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa de Literatura. A avaliação e discussão dos artigos selecionados serão feita de acordo com a literatura.

**INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES:**

- Ano de produção
- Título
- Autor(es)
- Profissão e titulação dos autores
- Periódico
- Estado/País
- Descritores e Palavras-chave
- Base de dados de localização dos autores
- Categoria da pesquisa
- Natureza da pesquisa
- Referencial teórico
- Método de análise dos dados
- População
- Cenário do estudo
- Temática dos artigos
- Identificar na produção científica o que vem sendo produzido (na área da saúde e da enfermagem) sobre as escolhas de práticas contraceptivas.

**SÍNTESE E CONCLUSÃO:** Tendo em vista tratar-se de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas com base na análise e checagem dos dados coletados.

**DIVULGAÇÃO:** Publicação dos achados deste estudo em periódico indexado após apreciação da orientadora.

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CRIAÇÃO DO MAPA CORPORAL NARRADO COMO PESQUISA

**Importante:** roteiro adaptado de Gastaldo *et al.* (2012) e alinhado com a teoria do *Devir Humano* de Parse (1995; 2000).

**Reforço ao(à) participante**<sup>18</sup>: como parte deste projeto de pesquisa será usado o seu corpo como ponto de partida para compreender sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva, de maneira visual, por meio do processo de criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, que tem no mapa corporal, na legenda e no testemunho os seus componentes; alinhando-o com os momentos da teoria de Enfermagem - *Devir Humano*, de Parse (1995; 2000), a saber: *esclarecer significado*; *sincronizar ritmo*; e *mobilizar transcendência*; e adaptando-o aos exercícios propostos por Gastaldo *et al.* (2012), apresentados a seguir. Antes, lembre-se sempre que as respostas precisam ter relação (em alguma medida e/ou de alguma forma) com o fenômeno de estudo: experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas. Protocolos de segurança devido ao contexto da Pandemia da COVID-19 serão respeitados e seguidos, conforme normativas da SMS e da UFSC.

**1º Momento - Esclarecer Significado:** imaginação (imagem); valorização (valor/crença); comunicação (expressão); reflete a realidade; esclarece o significado da experiência presente, especialmente.

**Objetivo específico:** identificar o significado dado à experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

**Exercício 1 - Contorno corporal:** traçar um esboço do seu corpo em uma postura que é mais característica sua e/ou que responda visualmente, por meio de sua imagem corporal (em alguma medida e/ou de alguma forma): quem é você? Onde você está neste momento em sua vida? O que você faz? Como você se sente?

**Instruções básicas:** você pode tirar o seu calçado e qualquer roupa extra se achar que isso irá interferir com o desenho do contorno do seu corpo (especialmente casacos, por exemplo); pense em uma postura que represente (comunique/expressa): quem é você? Onde você está neste momento em sua vida? O que você faz? Como você se sente? Posicione-se na folha de papel grande na postura escolhida, para que [eu] o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) possa traçar o contorno do seu corpo com um lápis; durante o

---

<sup>18</sup> Este roteiro será testado com dois voluntários: um homem e uma mulher (de acordo com os critérios de inclusão e exclusão dos participantes) após avaliação e validação do mesmo pelos membros da Banca de Qualificação; contudo, considerando que já houve um autoteste do roteiro, ainda que adaptado, por parte da pesquisadora principal, quando da confecção da “carta de apresentação” nos moldes do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, adianta-se que este é um exercício profundo e potente, avalia-se que alguma estratégia anterior a criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa deve ser oportunizada ao(à) potencial participante de pesquisa, como uma espécie de entrevista inicial e/ou um orientativo para reflexão prévia dos temas/das questões, bem como da escolha de símbolos.

rastreamento/contorno do corpo, você pode ir refletindo e falando o que vem a sua mente (seus valores/crenças) sobre a sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; se necessário, após ajudar você a se levantar, solicito que você escolha uma cor para o contorno do seu corpo que melhor lhe represente; finalmente, peço que você escolha uma cor de tinta para representar suas mãos, você pode optar por imprimir suas mãos diretamente em seu mapa corporal, usando luvas e usando tinta fresca, ou pode apenas querer rastrear/contornar suas mãos.

**Perguntas para guiar o exercício:** considerando o momento presente (especialmente): como você se descreve (ou se imagina)? Quais suas crenças e valores? Como você se expressa (se comunica) como pessoa em relação com a sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva? Quem é você? Onde você está neste momento em sua vida? O que você faz? Como você se sente?

**Considerações especiais:** os(as) participantes podem ter dificuldade em pensar em uma posição que os(as) caracterize, e se for esse o caso, pode ser útil anotar algumas ideias no papel ou fazer um *brainstorming* (“tempestade de ideias”) antes de entrar na posição; algumas posições podem ser difíceis de desenhar, especialmente se o(a) participante decidir se deitar de lado, o que significa que apenas um braço e apenas uma perna aparecerá no traçado; nesse caso, será necessário reservar um tempo para pensar em onde o braço/a perna aparecerá no interior do corpo e ajudar o(a) participante a desenhar essas partes que faltam; o rastreamento/contorno em torno de áreas específicas do corpo do(a) participante pode deixar o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) e o(a) participante desconfortáveis. Uma maneira de contornar (de superar) isso é se localizar alguns centímetros de distância do(a) participante, para que não se tenha que entrar em contato direto com o corpo dele(a). Outra opção é pular as áreas que fazem o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) - moderador(a)) se sentir desconfortável e desenhá-las assim que o(a) participante se levantar.

**Exercício 2 – Trajetórias corporais e relacionais:** explorar onde, como, quando e com quem você experiencia (e/ou experienciou) sua trajetória sexual e reprodutiva; e como você se sente com relação à experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; como as representações (valores e crenças) dos padrões familiares; a identidade de gênero; as questões relacionadas à raça, aos aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos, culturais, entre outros se relacionam com este fenômeno.

**Instruções básicas:** pense e desenhe símbolos em seu mapa corporal que representem elementos da sua trajetória sexual e reprodutiva; elementos que simbolizem a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva, por exemplo; podem ser as próprias práticas contraceptivas escolhidas (e/ou usadas) durante sua trajetória sexual e reprodutiva; faça conexões entre todos os símbolos pensados e desenhados.

**Perguntas para guiar o exercício:** quais símbolos vêm em sua mente quando você pensa sobre isso? Esses símbolos ou imagens representam padrões familiares; identidade de gênero; questões relacionadas à raça, aos aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos, culturais, entre outros? Reflita, use sua imaginação (através de imagens) e comunique-se (se expresse) onde sua trajetória sexual e reprodutiva lhe trouxe (até este momento). Quais símbolos ou imagens representam essa trajetória até aqui? Por favor, descreva como é a sua vida neste momento, relacionada com a sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva?



**Considerações especiais:** os(as) participantes podem hesitar para desenhar um plano para representar sua trajetória sexual e reprodutiva. Por isso, é importante incentivar o(a) participante a falar e descrever sobre sua trajetória sexual e reprodutiva de forma natural, sem necessidade de expor pormenores, porque não se trata disso, visto que em essência, busca-se o significado da experiência vivida, bem como, como eles(as) se sentiram e/ou se sentem neste percurso. Se sentiram medo? Se vivenciaram dúvidas? Quais outros sentimentos envolvidos? Com o que (crenças/valores) ou com quem (pessoas/figuras) eles(as) se conectaram e/ou se apoiaram? Com base no que o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) sabe da entrevista inicial, pode-se usar essa oportunidade para esclarecer alguns detalhes sobre a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva dos(as) participantes; e o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) precisa ter em mente que deve manter o mapa do corpo o mais livre possível para potencialmente identificar informações. Por isso, se necessário, deve ser lembrado aos(às) participantes que o uso de nomes específicos de pessoas e de lugares mencionados pelo(a) participante serão substituídos por codinomes escolhidos pela pesquisadora de campo.

**Exercício 3 – Autorretrato:** fazer um autorretrato; reflita com cuidado como você imagina que aparece para o mundo neste momento.

**Instruções básicas:** pense sobre quem você é e o que o seu rosto lhe diz (expressa/representa); depois, pense sobre como você aparece para o mundo a partir deste desenho do seu corpo/rostos; em seguida, use essas ideias para desenhar na face ou use símbolos ou *clip-art* para representar determinados recursos.

**Perguntas para guiar o exercício:** todos os seres humanos têm as mesmas características colocadas mais ou menos da mesma maneira em seus rostos (por exemplo, olhos, nariz, boca). Mas, todos são diferentes (únicos) e os rostos significam coisas diferentes para pessoas diferentes; como você gostaria de representar seu rosto? Como aparece ou de uma maneira mais simbólica?

**Considerações especiais:** alguns/algumas participantes podem adotar uma abordagem mais literal para desenhar e/ou representar seus rostos; por exemplo, eles(as) podem se dar as características básicas de um rosto (por exemplo, olhos, nariz, boca) sem se engajar em uma reflexão crítica sobre como eles(as) aparecem para o mundo; é importante não empurrar esse tipo de reflexão sobre os(as) participantes porque eles(as) podem não estar prontos(as) para falar sobre isso; em vez disso, ajude-os(as), sempre que possível, a se expressarem da forma como se sentem à vontade de fazê-lo; habilidades artísticas variadas podem influenciar a representação do autorretrato; alguns/algumas participantes podem ser muito bons/boas em desenhar, o que pode de fato colocar em risco sua própria identidade; se esse for o caso, lembrar aos(às) participantes como os mapas corporais serão usados; para os(as) participantes que têm dificuldade em desenhar características faciais, incentivar usar recortes de revistas, se possível; alguns/algumas participantes podem querer usar suas fotos reais para o autorretrato, e isso pode ou não ser eticamente apropriado, dependendo da sua pesquisa; avalie cuidadosamente as implicações éticas de tal decisão, explicando ao(à) participante porque isso não pode ser feito; àqueles(as) que escolheram mostrar as costas (deitados(as) no papel) não realizarão este exercício.

**Exercício 4 – Símbolo pessoal e slogan:** representar com um símbolo pessoal e um *slogan* que sejam significativos para você e que fazem relação (em alguma medida) com a sua

experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; compreender quais as motivações e/ou quais as perspectivas que você tem na/da vida através do uso de um símbolo pessoal e um *slogan*.

**Instruções básicas:** imagine, crie e mostre o seu símbolo pessoal e *slogan* e explique o seu significado; se desejar você pode recortar e colar seu símbolo pessoal e *slogan* diretamente em seu mapa corporal; certifique-se sobre o significado que tem para você o próprio símbolo pessoal e o *slogan*, bem como o significado de onde você os insere em seu mapa corporal; se forem esboços, saiba que você pode reproduzir uma versão maior deles (do símbolo pessoal/do *slogan*) no mapa do corpo ou pode digitá-los e imprimir-los em uma fonte maior, usando um computador.

**Perguntas para guiar o exercício:** qual símbolo pessoal e *slogan* você escolheu para descrever sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva? Quem é você como pessoa? Como você se define? Qual é a sua filosofia de vida? Você pode explicar o significado do seu símbolo pessoal e *slogan*? Onde no seu mapa corporal gostaria de colocar esse símbolo pessoal e *slogan*? E, por quê?

**Considerações especiais:** é comum os(as) participantes escolherem um *slogan* em sua língua nativa e/ou usar jargões e podem querer mantê-lo assim; se os(as) participantes pedirem para que o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) reproduza o *slogan* deles(as) em uma fonte maior certifique-se de anotar onde que eles(as) gostariam que o *slogan* aparecesse em seu mapa corporal; também é comum que os(as) participantes escolham um símbolo para usar, e o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) pode sugerir encontrá-lo na *Internet* e adicioná-lo ao mapa do corpo deles(as) mais tarde. Se este for o caso, lembre-se (mais uma vez) de anotar onde eles(as) gostariam que o símbolo (a imagem) aparecesse.

**2º Momento - Sincronizar Ritmos:** revelar-ocultar (explícito e tácito); capacitar-limitar (possibilidades e impossibilidades); conectar-separar (unir e separar); revelam as vivências dos paradoxos da existência; a ritmicidade experienciada, especialmente no passado; no caso específico desta pesquisa, acredita-se que é neste momento, que existe grande potencial para se revelar e/ou desvelar como se deu (ou como se dá ou se dará) propriamente a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva da pessoa.

**Objetivo específico:** mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva das pessoas.

**Exercício 5 - Marcas sob e sobre a pele:** representar visualmente o seu entorno e/ou suas relações no que concerne à sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; representar o impacto de suas condições de vida (nível estrutural) e de suas relações (nível relacional) em seu corpo (os impactos podem ser físicos, mentais, emocionais, sociais, de relação, entre outros); representar o que a escolha (ou não) da prática contraceptiva marcou e/ou continua marcando em sua vida; sincronizar o revelar-ocultar (o explícito e o tácito).

**Instruções básicas:** reflita sobre experiências que você gostaria de ver representadas em seu mapa do corpo (por exemplo, física, mental, emocional, social, de relação); após o *brainstorming* (“tempestade de ideias”), escolha algumas experiências que foram levantadas e desenhe ou use símbolos para capturar tais experiências; em seguida, digitalize (olhe

cuidadosamente) seu mapa corporal da cabeça aos pés e identifique “marcas” específicas em seu corpo. Estas “marcas” podem ser cicatrizes (físicas, mentais, emocionais, sociais, de relação); pense sobre estas “marcas” de uma forma ampla (que podem ser “marcas” sob ou sobre a pele), por exemplo: relacionadas ao uso de determinada prática contraceptiva; ou sobre gravidez; ou sobre parto; sobre relacionamento, entre outros.

**Perguntas para guiar o exercício:** neste exercício, pretende-se representar suas condições, suas experiências, seus relacionamentos e como essas coisas afetam seu corpo, seu bem-estar e sua qualidade de vida; que tipo de figuras, símbolos ou imagens representam sua trajetória sexual e reprodutiva? Como você deseja representar a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva que você teve? O que você fez? Como é o seu entorno e suas relações? Quais são os benefícios e/ou os riscos potenciais de determinada escolha (ou não) da prática contraceptiva, para você? Que tipo de medidas protetoras e/ou preventivas foram (ou são) usadas? Como você deseja representar o tipo de relacionamento que você teve (ou tem)? Agora, se você olhar da cabeça aos pés seu mapa do corpo, você pode identificar alguma “marca” específica em seu corpo que esteja relacionada à sua trajetória sexual e reprodutiva passada (ou atual)? Como você adquiriu essas “marcas” no seu corpo? O que aconteceu? Diariamente, o que você fazia (ou faz) para manter o uso da sua prática contraceptiva, por exemplo? Você usava ou conhecia (ou usa e conhece) alguma medida de prevenção? Tinha (ou tem) dúvidas e/ou receios com relação à prática contraceptiva escolhida?

**Considerações especiais:** os(as) participantes podem querer mostrar todas ou nenhuma de suas “marcas” no mapa do corpo – isto precisa ser respeitado e apoiado durante todo o processo de criação do mapa corporal e do mapeamento corporal, incentivando-o(a) a mostrar as “marcas” que eles(as) estão dispostos(as) a descrever; “marcas” de desenho podem trazer experiências traumáticas; portanto, é importante verificar a necessidade e oferecer aos(as) participantes uma pausa ou, se necessário, um aconselhamento.

**Exercício 6 – Escaneamento do corpo para encontrar pontos fracos e fortes:** representar o impacto da sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva, como: padrões familiares, identidade de gênero, raça, aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos e culturais, assim como o acesso aos serviços e aos insumos, que possam promover e/ou inibir a escolha (ou não) da prática contraceptiva; localizar e visualizar o lugar de poder e força pessoal; encontrar o capacitar-limitar (as possibilidades e as impossibilidades).

**Instruções básicas:** identifique as principais experiências que você enfrentou ao experienciar a escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; selecione as principais experiências para representar e pense em símbolos ou imagens para capturar tais experiências; faça as conexões entre os desenhos do entorno e do corpo (por exemplo, linhas, setas, entre outros) e adicione símbolos dentro dessa trajetória; pense onde, em seu corpo ou entorno/ambiente, você obteve (e/ou obtém) a força para superar os desafios que enfrentou (ou enfrenta); faça uma conexão entre esta área de força ou poder pessoal e seu *slogan* e símbolo pessoal (se relevante).

**Perguntas para guiar o exercício:** neste exercício, objetiva-se explorar alguns dos aspectos de sua vida pessoal e social relacionada com a sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; isso inclui questões relacionadas aos padrões familiares, identidade de gênero, raça, aspectos sociais, políticos, econômicos,

religiosos e culturais, por exemplo; você já enfrentou desafios em sua vida social, espiritual e emocional? Que tipo de dificuldades e desafios (por exemplo, discriminação baseada em gênero, racismo, exclusão de serviços, entre outros)? Agora quero que você pense em sua força e coragem ao enfrentar esses problemas: de onde vem sua força? Onde você encontra coragem de seguir em frente? Analise o mapa do seu corpo e concentre-se em descobrir de onde vem essa força pessoal. Isso vem de seus braços? Sua mente? Está relacionado ao seu *slogan* e símbolo pessoal?

**Considerações especiais:** pode ser difícil para os(as) participantes pensarem nos desafios que enfrentaram; eles(as) podem nunca ter pensado sobre essas questões antes ou pode ser muito difícil se (re)conectar com essas experiências; uma maneira de superar isto é tentar fazer conexões entre o que foi dito durante os exercícios anteriores; se os(as) participantes não puderem pensar em nenhuma experiência para representar, eles(as) podem frequentemente representar lutas enfrentadas por homens e mulheres ao escolherem (ou não) práticas contraceptivas, por exemplo; neste caso, é importante tornar claro o significado de tais símbolos.

**Exercício 7 - Estruturas de apoio:** identificar pessoas chave, instituições, serviços, agências ou outras vias (ou seja, estruturas de apoio) que ajudam, ajudaram e/ou ajudarão a apoiar você em suas lutas/decisões diárias; que, por exemplo, apoiaram (ou não) a escolha da prática contraceptiva, em uma espécie de conectar-separar (unir e separar).

**Instruções básicas:** identifique as pessoas, instituições ou coisas que apoiaram (e/ou apoiam) você e, em seguida, escolha uma cor ou símbolo para representar as coisas que sustentavam (e/ou sustentam) você; em seguida, elabore como essas pessoas, instituições ou coisas mostravam (e/ou mostram) apoio: o que eles(as) faziam (e/ou fazem) para apoiar você? O que significa sentir-se apoiado? Se você escolher indivíduos e/ou instituições específicas, deve lembrar que o uso de nomes de pessoas e de lugares serão substituídos por codinomes escolhidos pelo(a) pesquisador(a) de campo.

**Perguntas para guiar o exercício:** neste exercício, solicita-se que você identifique pessoas chave, instituições, grupos ou coisas importantes em sua vida que ajudam (ajudaram ou tem potencial para ajudar) você a lidar com alguns dos desafios que enfrenta (enfrentou ou enfrentará) em sua trajetória sexual e reprodutiva, especialmente em momentos que você experienciou a escolha (ou não) da prática contraceptiva. Quem te deu (dá) apoio? Pode ser uma organização, uma pessoa, sua espiritualidade; como essas pessoas mostravam (e/ou mostram) seu apoio? O que esse suporte significou (e/ou significa) para você?

**Considerações especiais:** os(as) participantes geralmente nomeiam pessoas ou organizações específicas e desejam transmitir essas informações em seu mapa corporal; é importante lembrar ao(à) participante do risco de ser exposto(a) e recomendar alternativas ao uso de identificadores reais; incentivar o uso de apelidos, cores ou símbolos em vez de nomes reais; alguns/algumas participantes podem não saber como representar “apoio”. Então, pode-se sugerir o uso de impressões digitais como um símbolo geral de apoio; se os(as) participantes optarem por usar *handprints* (“marcas de mãos”), eles(as) poderão usar cores diferentes para diferentes tipos de suporte ou colocar essas marcas de mão em diferentes áreas do mapa do corpo para mostrar os diferentes tipos de suporte que receberam (e /ou recebem).

**3º Momento - Mobilizar Transcendência:** domínio (reforçar); proveniência (origem); transformação (transformar); vislumbra as mudanças; a cotranscendência.

**Objetivo específico:** conhecer como as pessoas, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) da prática contraceptiva.

**Exercício 8 - Mensagem para os outros:** capturar uma mensagem que você gostaria de dar ao público em geral sobre sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na sua trajetória sexual e reprodutiva; como um reforço (um domínio) do que será (do que também foi ou é) vivido.

**Instruções básicas:** pare e pense sobre a sua mensagem; leia (elabore) a sua mensagem e explique o seu significado; deixe a mensagem concisa, se necessário; se você desejar, pode recortar e colar sua mensagem diretamente em seu mapa corporal; certifique-se sobre o significado de onde ela (a mensagem) foi/deve ser colocada; se possível, reproduza uma versão maior da sua mensagem, para que ela (a mensagem) seja facilmente lida por outras pessoas.

**Perguntas para guiar o exercício:** considerando tudo o que foi explorado nos momentos e nos exercícios anteriores sobre sua trajetória sexual e reprodutiva, suas condições, suas relações, sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva, solicita-se que você pense (e complete) sobre sua experiência como pessoa que “*Escolhe (ou não)...*”. Que mensagem você gostaria de dar ao público sobre sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva? Por que é importante para os outros saberem disso? Onde no mapa do corpo você quer colocar sua mensagem?

**Considerações especiais:** é comum os(as) participantes escreverem suas mensagens em seu idioma nativo ou com jargões, contudo para fins de divulgação, sua mensagem precisará ser traduzida; se você reproduzir sua mensagem em fonte maior certifique-se de anotar seu local no mapa do corpo.

**Exercício 9 - Desenhando o futuro:** explorar o que você busca; quais seus objetivos e o que está buscando em relação às possíveis experiências futuras da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva; com uma proveniência (uma origem) para novas experiências.

**Instruções básicas:** pense em um símbolo ou imagem que capture o que você está fazendo ou o que o futuro lhe reserva; desenhe esse símbolo em um lugar em seu mapa corporal que represente o cumprimento de tal objetivo, ou pelo que você está se esforçando; e/ou escolha uma cor para representar o alcance dessa meta.

**Perguntas para guiar o exercício:** finalmente, solicita-se que você pense sobre o seu futuro; o que você acha que acontecerá? Onde você acha que vai ser? Como você imagina seu futuro? Qual é sua visão, seu objetivo ou seu sonho? Pode ser algo material, físico, emocional, relacional ou espiritual, contudo, considerando (em alguma medida) a sua experiência (futura/desejada) da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva.

**Considerações especiais:** os(as) participantes podem achar difícil nomear ou desenhar o que estão procurando; talvez eles(as) nunca tenham pensado criticamente sobre o futuro deles(as); lembrar aos(as) participantes de que o que eles(as) estão procurando pode ser um “objetivo”, uma “visão” ou um “sonho” (pode ser material, físico, espiritual, relacional e emocional); os(as) participantes podem achar difícil desenhar ou expressar uma emoção. Neste caso, incentive-os(as) a usar cores ou formas que os(as) lembrem da emoção (ou seja, use símbolos, em vez de retratos realistas da emoção, objetivo, entre outros).

**Exercício 10 - Narrativa sobre a história que o mapa corporal conta:** capturar a sua experiência da maneira que você gostaria que fosse dito a outras pessoas; como uma possibilidade de transformação (de mudança).

**Instruções básicas:** se afaste e olhe para o mapa do seu corpo; em seguida, conte a sua história usando o mapa do corpo como um guia; expresse (fale) como você gostaria que os outros vissem sua história de vida, especialmente, no que concerne ao fenômeno de estudo: experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva.

**Perguntas para guiar o exercício:** examine seu mapa corporal e pense sobre o que ele (o mapa) diz; em poucas palavras, fale sobre sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva por meio do mapa do seu corpo e como você gostaria de ser lembrado(a) por outras pessoas, neste quesito.

**Considerações especiais:** alguns/algumas participantes podem levar muito tempo para fazer isso porque precisam lembrar o significado dos símbolos que criaram durante o primeiro e segundo momentos, nos exercícios anteriores. Para ter certeza de que as coisas não são perdidas, o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) pode ajudar os(as) participantes apontando para os elementos-chave para que eles(as) falem sobre os mesmos enquanto narram sua história.

**Exercício Extra – Finalização do mapa corporal (aspectos visuais e estéticos):** proporcionar uma oportunidade para você analisar brevemente o seu trabalho e identificar lacunas; e para dar os toques finais no seu mapa corporal.

**Instruções básicas:** adicione detalhes importantes ao seu mapa corporal e explique porque você adicionou esses detalhes extras; em seguida, desenhe figuras ou *links* (por exemplo, linhas, setas) para refinar a narrativa que você acredita que o seu mapa do corpo deve revelar; esclareça qualquer confusão em suas narrativas.

**Perguntas para guiar o exercício:** o mapa do corpo está quase pronto, então esta é sua última oportunidade de adicionar quaisquer símbolos ou conexões que você considera importantes para sua história, no que concerne a sua experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva em sua trajetória sexual e reprodutiva. Tem alguma coisa faltando? Há algo que você gostaria de adicionar e/ou mudar?

**Considerações especiais:** é muito provável que não se tenha tempo suficiente para fazer essa etapa com os(as) participantes. Se o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) puder, deve aproveitar esta oportunidade para perguntar aos(as) participantes se eles(as) gostariam que fosse adicionado ou se alterasse quaisquer símbolos, cores, entre outros, para eles(as).

Certificar-se de escrever suas instruções no papel para o(a) pesquisador(a) (facilitador(a) – moderador(a)) fazer isso em uma data posterior.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
LABORATÓRIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER  
E DO RECÉM-NASCIDO

1ª Via do(a) Participante  
2ª Via do(a) Pesquisador(a)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Luciana Cristina dos Santos Maus (pesquisadora de campo), doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), juntamente com a Professora Dra. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável/orientadora), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“SIGNIFICADO, RITMICIDADE E TRANSCENDÊNCIA DA EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DA PRÁTICA CONTRACEPTIVA NA TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA DE HOMENS E MULHERES”**, que tem como objetivo principal: compreender à luz da teoria do *Devir Humano* a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) para aprovação. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à UFSC, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos(as) participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisas dentro de padrões éticos. Portanto, é muito importante que você leia e compreenda este documento em sua totalidade, uma vez que, por meio dele gostaríamos de **convidá-lo(a) à participar desta pesquisa**. Para facilitar o entendimento, optamos por escrever o TCLE em formato de perguntas e respostas, da forma mais direta e clara possível, garantindo assim o cumprimento de todos os preceitos éticos, conforme as orientações da Ética em Pesquisa com Seres Humanos de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**Como se dará a minha participação nesta pesquisa?** A sua participação nesta pesquisa se dará a partir da criação de um artefato, um Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, a partir de um roteiro de exercícios adaptado de Gastaldo *et al.* (2012) e alinhado aos momentos da teoria de Enfermagem - *Devir Humano* de Parse (1995; 2005), dentro das temáticas da pesquisa: prática contraceptiva, saúde sexual e reprodutiva. Em resumo, esta atividade envolve a construção de: um mapa do seu corpo em tamanho natural; a legenda dos símbolos do mapa corporal com seus respectivos significados; e o testemunho, que consiste em um relato, em primeira pessoa, da história que o mapeamento corporal conta.

**O que é o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa?** É um método de pesquisa novo, visual, narrativo e participativo que utiliza a arte, como: pinturas, desenhos, colagens,



entre outros artifícios gráficos para retratar aspectos da vida da pessoa de uma maneira incorporada, mas também de uma forma ampliada da vida da pessoa, ou seja, relacionada com o contexto em que vive, conectando esse corpo com suas relações com o meio e com os demais. É um exercício criativo, crítico e reflexivo das vivências e percepções do(a) participante, que tem potencial para revelar o que é significativo e simbólico da experiência vivida, bem como mostrar o que está disposto(a) a compartilhar. É um método de pesquisa que tem o potencial para aumentar a qualidade dos dados em pesquisa. **Importante:** o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa não tem abertura para questão terapêutica, ou seja, não deve e não será utilizado para análise psicológica do(a) participante.

**O que é a teoria de Enfermagem do *Devir Humano*?** É uma teoria de Enfermagem embasada nos princípios dos seres unitários e do pensamento existencial fenomenológico que fundamenta a construção do *saber-fazer* da Enfermagem, ou seja, apoia o desenvolvimento da disciplina e da profissão, de um modo diferente do entendimento do senso comum do que é a Enfermagem, uma vez que, compreende que a Enfermagem precisa se concentrar na qualidade de vida sob a perspectiva das pessoas, famílias e comunidades. Significado, ritmicidade e transcendência são os momentos da teoria que estarão alinhados durante a coleta de dados, que se dará pela criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa.

**Qual a previsão do tempo (em horas) de duração para realização da coleta de dados (criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa)?** A atividade foi prevista para ser realizada em um tempo médio de duração de 04 (quatro) horas, podendo (ou não) ser realizada em um único encontro (período), como por exemplo, uma manhã ou uma tarde ou uma noite, conforme sua disponibilidade e interesse. Contudo, por se tratar de uma atividade de cunho crítico-criativo, o tempo de duração desta atividade estará sujeito ao seu engajamento e disposição em reduzir ou estender o mesmo.

**Onde a atividade (criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) poderá ser realizada?** A atividade poderá ser realizada na sala 106 do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) localizada no primeiro andar do Bloco I, no Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ou no auditório do Centro de Saúde (CS) Pantanal localizado no primeiro andar do CS Pantanal na Avenida Deputado Antônio Edu Vieira, 855, no Bairro Pantanal, ambos na cidade de Florianópolis. Estes locais foram escolhidos por apresentarem as seguintes características: por se tratar de ambientes com disponibilidade de uso para este fim, por serem reservados, seguros, espaçosos, iluminados, de fácil acesso e bem localizados.

**Quais as pessoas que estarão envolvidas nesta atividade (criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa)?** Toda a atividade (de criação do artefato Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) será realizada/acompanhada prioritariamente com a presença da pesquisadora de campo (Doutoranda Luciana Cristina dos Santos Maus) e, se necessário e com a sua autorização, terá o apoio de outro(a) colaborador(a) (ambos terão função de moderadores e/ou facilitadores durante este processo).

**Quais os recursos tecnológicos para gravação das informações coletadas poderão ser utilizados nesta atividade (criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa)?** Durante a fase de coleta de dados, que se dará por meio da criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa, o gravador de voz e a câmera fotográfica serão usados se obtivermos sua autorização prévia.

**Sobre os protocolos de segurança durante a coleta de dados (criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa) no contexto da Pandemia da COVID-19?** Devido ao contexto da Pandemia da COVID-19, que atinge toda a humanidade e que ainda não se tem perspectivas definidas para sua resolução, é importante deixar pactuado que todas as

normativas de segurança estabelecidas pela SMS e pela UFSC serão acatadas e seguidas pelas partes envolvidas (participantes e pesquisadores), a saber: não participação de pessoas comprovadamente inseridas em grupo de risco para COVID-19; manutenção de ambiente limpo e ventilado; uso de máscara durante todo o encontro; higiene rigorosa e constante das mãos com álcool em gel, bem como dos artefatos/materiais que serão utilizados durante a criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa; aferição da temperatura antes do encontro; cancelamento da atividade se presença de sinais e sintomas de COVID-19, sendo que o novo agendamento só será possível se comprovado seguimento para descartar infecção ativa por COVID-19; comunicação imediata ao(à) participante ou à pesquisadora de campo após o encontro se posterior início de sinais e sintomas para COVID-19, o que se configura caso suspeito para COVID-19, assim como comunicação imediata se posterior comprovação de ter se tornado positivo para COVID-19, para a possibilidade de seguimento de saúde tanto do(a) participante como da pesquisadora. Todas estas questões de seguimento e acompanhamento relacionadas a potencial contaminação pelo novo coronavírus serão realizadas via serviços e fluxos do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que a situação que se encontra a humanidade exige empatia e cuidados rigorosos uns em relação aos outros, o que será feito para que as atividades essenciais, como a pesquisa, sigam seu curso.

**Haverá algum risco/dano em participar desta pesquisa?** Como toda ação humana, toda pesquisa tem riscos. Não haverá danos de natureza física, mas poderá ocorrer cansaço físico e/ou desconforto emocional e/ou mental devido ao processo de criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa. Cabendo, portanto, ao(à) participante a opção de não responder e/ou não realizar a atividade proposta se assim o desejar, ou realizá-la em um outro dia. Ainda assim, se você se sentir desconfortável em qualquer situação, não precisa responder a qualquer pergunta e/ou realizar qualquer atividade proposta. Neste sentido, estaremos dispostas a escutá-lo(a) sempre que necessário a fim de diminuir o desconforto sentido, bem como possibilitaremos um espaço para suas observações, sempre de maneira individual e reservada, caso necessário. **Importante:** o desenvolvimento e acompanhamento das etapas desta pesquisa, em especial, o momento da criação do Mapa Corporal Narrado como Pesquisa conta com a participação de um profissional de psicologia, como retaguarda neste processo, caso necessário. Logo, se você solicitar uma avaliação com profissional de psicologia, garantimos que você terá este atendimento para uma escuta profissional capacitada e posterior encaminhamento responsável para sua equipe de Saúde da Família (eSF) de referência; ainda manteremos contato, pelo tempo que for necessário, caso persistam dificuldades e/ou incômodos decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

**Como as informações coletadas serão compartilhadas?** As informações coletadas serão manuseadas pelas pesquisadoras responsáveis (de campo e orientadora) e por colaboradores treinados somente para apoio no momento da coleta de dados (se necessário e autorizado pelo(a) participante), sendo que de forma alguma serão expostas a outras pessoas que não estejam envolvidas e comprometidas com o andamento da pesquisa.

**Terei acesso às informações decorrentes da minha participação nesta pesquisa?** Sim. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação. Lembre-se, se você assim desejar, o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa será seu (e será entregue após escaneamento digital). Para isso, basta assinalar essa opção abaixo do consentimento e, sendo assim, você ficará responsável pelo material após a entrega do mesmo. Contudo, toda a informação coletada, bem como o Mapa Corporal Narrado como Pesquisa que será digitalizado, será mantida em sigilo de modo a garantir a sua privacidade em todas as fases da pesquisa, ficando de posse da pesquisadora de campo por um período de cinco anos, ao fim dos quais os mesmos serão destruídos.

**Existe risco de quebra de sigilo?** Sim. Contudo, esclarecemos que haverá cuidado com o manuseio e socialização das informações, assegurando e mantendo sempre seu anonimato, a confidencialidade, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Esclarecemos que os resultados deste estudo poderão ser publicados em eventos científicos (congressos e seminários, por exemplo), como em revistas da área da saúde, sem que haja a quebra de sigilo voluntária sobre sua identidade. É importante ressaltar que somente as pesquisadoras terão acesso às informações e serão empregados todos os esforços para manuseio e armazenamento adequado das informações coletadas. Contudo existe a possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, o que pode gerar consequências na vida pessoal e profissional dos(as) participantes.

**Terei algum benefício financeiro em participar desta pesquisa?** A legislação brasileira não permite que o(a) participante tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, portanto, ela se dará de forma voluntária. Lembre-se que no início deste termo fizemos um convite à sua participação nesta pesquisa.

**Terei alguma despesa em participar desta pesquisa?** A princípio, vislumbramos duas despesas básicas vinculadas com a sua participação nesta pesquisa, a saber: transporte (ida e volta) até um dos locais escolhidos para coleta de dados e alimentação (01 refeição), considerando o tempo médio de coleta de dados de 04 (quatro) horas. Tendo ciência que estas despesas básicas estarão comprovadamente vinculadas a sua participação nesta pesquisa, ambas serão previamente acordadas entre participante e pesquisadora de campo e ressarcidas antes, durante ou após o encontro (conforme solicitação e conforto do(a) participante). Contudo, caso aconteçam outras despesas não previstas e comprovadamente vinculadas à sua participação nesta pesquisa, estaremos dispostos a realizar o ressarcimento das mesmas por meio de recursos próprios, conforme item IV 3 (g) da Resolução nº 466/2012. Igualmente informamos do seu direito à indenização, por meio de recursos próprios por parte das pesquisadoras, caso haja danos a sua pessoa e que sejam comprovadamente vinculados a sua participação neste estudo, conforme determina a lei.

**Quais os benefícios que terei em participar da pesquisa?** Diretamente, não conseguiremos definir por ora qual o benefício que a sua participação lhe dará pessoalmente, porque entendemos que isto só será possível de ser avaliado ao certo após o término da sua participação. Corre-se o risco de você não experimentar nenhum benefício direto e a curto-prazo em participar desta pesquisa. Como pesquisadoras engajadas e comprometidas com os preceitos éticos, podemos garantir que todos os esforços serão empregados para que o momento do encontro seja o mais seguro tanto física como emocionalmente falando, porque acreditamos que a construção do artefato Mapa Corporal Narrado com Pesquisa alinhado com a teoria de Enfermagem do *Devir Humano*, tem potencial para oportunizar um momento único de reflexão, de forma lúdica, criativa, espontânea, respeitando em todos os momentos a sua autonomia. Indiretamente e a longo-prazo, saiba que sua participação tem um valor singular para o desenvolvimento da pesquisa científica, em especial, às pesquisas qualitativas que tem como foco as temáticas das práticas contraceptivas, saúde sexual e reprodutiva.

**Posso desistir em participar da pesquisa?** Sim, você poderá retirar seu consentimento, se assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa. A recusa ou desistência na participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Caso você não queira mais participar do estudo, poderá entrar em contato com as pesquisadoras por meio dos contatos que se seguem mais adiante neste termo.

Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e por nós, como pesquisadoras responsáveis. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato

e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Contudo, você sempre terá acesso ao registro deste consentimento sempre que solicitado. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 que aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que a primeira é mais geral para ciências da saúde aplicadas e a segunda envolve as ciências humanas e sociais, ambas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Lembre-se estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer da pesquisa. Se ainda restar alguma dúvida sobre a pesquisa, bem como sobre sua participação nesta pesquisa, podemos conversar sobre ela agora ou você pode entrar em contato com a pesquisadora de campo ou com a orientadora.

**Pesquisadora de campo:** Enfermeira Ms. Luciana Cristina dos Santos Maus  
CPF 035.922.499-75

Endereço: Av. Amaro Antônio Vieira, nº 1.820, apto 306, Itacorubi, Florianópolis (SC)  
CEP: 88.034-101. Tel.: (48) 96569561 (celular) Tel.: (48) 32333262 (residencial)  
*E-mail:* [lucianamaus82@gmail.com](mailto:lucianamaus82@gmail.com).

**Pesquisadora orientadora:** Enfermeira Professora Dra. Marli Terezinha Stein Backes  
CPF: 67058680078

Endereço institucional: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4º andar, Trindade, Florianópolis/SC  
CEP: 88040-900. Tel.: (48) 991522108 (celular)  
*E-mail:* [marli.backes@ufsc.br](mailto:marli.backes@ufsc.br).

Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações, ainda poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através do endereço: Prédio da Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-400, pelo telefone (48) 3721-6094, ou pelo *E-mail* [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

Desde já agradecemos a sua participação.

### Consentimento após informações e esclarecimentos

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente  
à \_\_\_\_\_, abaixo assinado, estou ciente das  
informações acima e firmo meu consentimento livre e esclarecido concordando em participar  
da pesquisa "**SIGNIFICADO, RITMICIDADE E TRANSCENDÊNCIA DA  
EXPERIÊNCIA DA ESCOLHA (OU NÃO) DA PRÁTICA CONTRACEPTIVA NA  
TRAJETÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA DE HOMENS E MULHERES**". Estou  
ciente também de que estou recebendo uma via deste termo de consentimento assinada pelos  
pesquisadores.

Desejo ficar com o meu mapa corporal, após o escaneamento digital do mesmo: ( )sim ( )não

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Significado, ritmicidade e transcendência da experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva de homens e mulheres

**Pesquisador:** Marli Terezinha Stein Backes

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 36217320.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.352.292

#### Apresentação do Projeto:

Trata a presente emenda de informação ao CEPSC sobre assessoria de profissional de Psicologia, conforme conforme carta-resposta incluída em 28/08/2020. Naquela carta, e conforme registrado em parecer anterior, as pesquisadoras informaram que havia sido contatado um profissional de Psicologia para assessorar e acompanhar as etapas da pesquisa, e que aguardavam a sua resposta, bem como a previsão orçamentária (a ser incluída no orçamento da pesquisa).

Na presente emenda, a doutoranda e a psicóloga informam:

- Que a profissional da psicologia contatada foi a Psi. Mayara Floriani - CPR 1/17143, e que a mesma auxiliará no desenvolvimento da pesquisa bem como realizará acompanhamento ao longo da mesma.

- Que em reunião preparatória, foram identificados alguns pontos a serem trabalhados: orientações e ajustes na coleta; construção de roteiro de abordagem; orientativo para minimizar e/ou reconhecer mobilização emocional; observação pré-teste (caso voluntários aceitem); guia para acolhimento final do encontro após a aplicação da técnica. As pesquisadoras esclarecem que outros pontos de ajustes podem surgir ao longo do desenvolvimento do projeto, envolvendo novas atividades na assessoria da psicóloga em questão.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.352.292

- Que a psicóloga também prestará atendimento aos participantes que necessitarem. Essa possibilidade será informada em diversas etapas da pesquisa, porém, será reforçada ao final do "Mapa Corporal Narrado como Pesquisa" no momento do acolhimento final. Poderão ser realizados até três atendimentos nesse formato e após, o participante será encaminhado para a atendimentos em clínicas sociais e/ou para a sua equipe de saúde da família de referência da secretaria municipal de saúde de Florianópolis.

- Que em relação ao pagamento dos serviços prestados, o valor acordado entre as partes para 6 meses de assessoria (setembro à março) foi de R\$ 1.000,00. Caso seja necessário seguimento nos serviços prestados, será acordado novo valor posteriormente. Em relação ao atendimento individual dos participantes que desejarem acompanhamento psicológico em decorrência de sua participação na pesquisa, o valor acordado entre as partes foi de R\$ 75,00 por atendimento.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender à luz da teoria do Devir Humano a experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

Objetivos Secundários:

- Identificar o significado dado à experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

- Mapear a ritmicidade sincronizada na experiência da escolha (ou não) da prática contraceptiva na trajetória sexual e reprodutiva de homens e mulheres.

- Conhecer como homens e mulheres, em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, mobilizam a transcendência para lidarem com as consequências da escolha (ou não) da prática contraceptiva.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já analisada anteriormente, e considerada adequada. A presente emenda não traz risco adicional.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Já apresentados anteriormente. A carta-resposta assinada pela psicóloga denota a sua concordância em participar.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 4.352.292

**Recomendações:**

Permanecer atento(a) às normas das Resoluções que regem a ética em pesquisa no Brasil, procurando manter o foco no conforto do(s) participante(s) em todo o processo da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O parecer é favorável à aprovação da emenda.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Reiteramos a necessidade de submissão ao CEP/SH/UFSC de relatórios parciais e final, na forma de notificação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1643303_E1.pdf	05/10/2020 12:53:26		Aceito
Outros	Assessoria_psicologia.pdf	05/10/2020 12:47:32	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_CEP_assinado.pdf	28/08/2020 10:30:46	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_CEP_FINAL.pdf	27/08/2020 19:38:51	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_FINAL.pdf	27/08/2020 19:29:35	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP_CORRIGIDO.pdf	27/08/2020 17:56:31	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CSPANTANAL.pdf	24/08/2020 08:58:42	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GRUPESMUR.pdf	24/08/2020 08:12:26	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Declaração de concordância	SMS.pdf	24/08/2020 08:11:59	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_PESQUIS A .pdf	27/07/2020 19:03:00	Luciana Cristina dos Santos Maus	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.352.292

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Outubro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Maria Luiza Bazzo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br