



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MAYARA PAZ ALBINO DOS SANTOS

**DECISÃO DE ENGRAVIDAR NO CONTEXTO DE ZIKA: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA**

FORTALEZA

2021

MAYARA PAZ ALBINO DOS SANTOS

DECISÃO DE ENGRAVIDAR NO CONTEXTO DA ZIKA: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Avaliação em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall.
Co-orientadora: Profa. Dra. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Mayara Paz Albino dos.

Decisão de engravidar no contexto da zika: uma abordagem qualitativa / Mayara Paz Albino dos Santos. – 2021.

151 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Bernard Carl Kendall .

Coorientação: Prof. Dr. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.

1. Zika Vírus. 2. Planejamento Familiar. 3. Gravidez. 4. Saúde Reprodutiva. 5. Brasil. I. Título.

CDD 615.1

MAYARA PAZ ALBINO DOS SANTOS

DECISÃO DE ENGRAVIDAR NO CONTEXTO DA ZIKA: UMA ABORDAGEM
QUALITATIVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Área de concentração: Avaliação de políticas e tecnologias em saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Bernard Carl Kendall (Orientador)
Departamento de Saúde Comunitária
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Ivana Cristina Holanda de Cunha Barreto
Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará (FIOCRUZ)

Prof^a. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Christina César Praça Brasil
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^a. Dra. Rosa Livia Freitas de Almeida (Suplente)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dedico esse trabalho a Deus e à minha avó materna Maria de Lourdes, uma mulher de 85 anos, que engravidou de mais de 10 filhos, sem conhecimento e autonomia para entender ou decidir sobre gerar e a ela que mesmo sem saber o que é um doutorado me encoraja em todo tempo!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar mais essa conquista profissional.

Ao prof. Dr. Bernard Carl Kendall, meu orientador, por me aceitar como orientanda. Pelo respeito, paciência, compreensão e pelos ensinamentos valiosos como professor e como ser humano.

À prof^a. Dra. Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr, minha coorientadora, pelos ensinamentos e maestria na condução deste meu processo de crescimento profissional.

Às professoras participantes da banca examinadora Dra. Ivana Cristina, Dra. Patrícia Neyva e Dra. Christina César pela disponibilidade em contribuir e pelas considerações que ampliaram e colaboraram com o aperfeiçoamento do trabalho.

Aos colegas do doutorado pelo compartilhamento, suporte, reflexões, críticas e sugestões recebidas. Aos colegas do grupo de pesquisa pelo aprendizado mútuo.

Agradeço às participantes da pesquisa pela disponibilidade em serem entrevistadas e assim enriquecerem a minha experiência acadêmica e pessoal.

Agradeço de coração ao meu esposo, Diego e aos meus filhos: Felipe, Alice e Heloísa (gerados e crescidos comigo nesse tempo). São o combustível para o meu crescimento em busca de ser melhor a cada dia.

À minha família, que sempre me apoia e que faz o possível para dar o suporte que preciso. Cada tempo dessa escrita e caminhada tem a contribuição da minha família. Aos meus amigos que me incentivam e compartilham as alegrias e desafios da vida.

À Capes pela concessão da bolsa estudantil no período do doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento e apoio à realização da pesquisa intitulada “Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos”.

À Universidade Federal do Ceará, que tem sido minha casa profissional há 9 anos e meu deu a oportunidade de fazer parte dela até e me faz ser grata pela oportunidade de alcançar esse objetivo.

Ao Departamento de Saúde Comunitária, onde incluo professores, servidores técnicos administrativos, colegas e todos aqueles que nesse caminho me assistiram e me auxiliaram de várias formas nessa caminhada.

A mim mesma. Pela resiliência e perseverança (mesmo em alguns desafios, papéis e até erros) em buscar aprender, crescer e não desistir.

“Pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Deus seja a glória para sempre!”

Romanos 11:36.

RESUMO

A epidemia de Zika no período 2015-2016 foi uma emergência pública com repercussões pessoais, sociais, econômicas e políticas que afetou fortemente a saúde materno-infantil no Brasil. Isso levou a recomendações das autoridades em saúde para adiar a gravidez e uma diminuição geral na taxa de natalidade no país. Atualmente a doença não é mais uma emergência, mas seus efeitos continuam sendo sentidos e a Zika permanece como uma importante questão de saúde pública. O objetivo do presente estudo é compreender a decisão de engravidar das mulheres em contexto de epidemia Zika vírus (ZIKV) frente às recomendações das autoridades de saúde. A pesquisa foi desenvolvida com uma abordagem qualitativa, sendo realizadas 51 entrevistas face a face com mulheres em idade fértil na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, utilizando um guia de pesquisa semiestruturado aberto e baseado na metodologia Avaliação Etnográfica Rápida (REA). O guia continha tópicos embasados em entrevistas-piloto iniciais e uma revisão da literatura científica. A amostragem foi intencional e tentou incluir uma diversidade de mulheres de classes sociais, idades e estágio reprodutivo diferentes. Participaram do estudo mulheres com faixa etária de 20 a 29 anos, com ensino médio completo, cor parda, casadas, com filhos e com algum tipo de atividade remunerada. Os resultados demonstram o caráter multidimensional da tomada de decisão para engravidar e, em contradição com as evidências demográficas nacionais mais amplas, a epidemia de Zika não afetou a intenção de engravidar, o conhecimento, o uso de anticoncepcionais ou outros métodos de planejamento familiar. Também foi identificado, uso inconsistente de métodos de planejamento familiar e a ambivalência em relação ao uso de anticoncepcionais, sugerindo um panorama sociocultural complexo no qual essas mulheres estão inseridas. Apesar das recomendações das autoridades em saúde para que houvesse aconselhamento sobre os riscos da gravidez durante a epidemia de Zika pelos profissionais de saúde, essa ação nunca foi operacionalizada por parte do estado. Assim, a recomendação unidimensional declarativa para evitar a gravidez parece ser insuficiente para abordar essa decisão complexa. A inadequação da resposta do sistema de saúde à prevenção destaca a necessidade de um desenvolvimento cuidadoso de intervenções integradas e abrangentes, além de um planejamento minucioso na implementação de políticas e ações em saúde não apenas para Zika, mas também para outras possíveis epidemias.

Palavras-chave: Zika Vírus. Planejamento Familiar. Gravidez. Saúde Reprodutiva. Brasil.

ABSTRACT

The Zika epidemic in the 2015-2016 period was a public emergency with personal, social, economic and political repercussions that strongly affected maternal and child health in Brazil. This led to recommendations by health authorities to postpone pregnancy and a general decrease in the birth rate in the country. Currently, the disease is no longer an emergency, but its effects continue to be felt and Zika remains an important public health issue. The aim of the present study is to understand the decision to get pregnant by women in the context of a Zika virus (ZIKV) epidemic in the light of the recommendations of health authorities. The research was developed in a qualitative approach. 51 face-to-face interviews were carried out with women of childbearing age in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil, using an open semi-structured research guide based on the methodology Rapid Ethnographic Assessment (REA). The guide contained topics based on initial pilot interviews and a review of the scientific literature. The sampling was intentional and attempted to include a diversity of women from different social classes, ages and reproductive stages. The average profile of the sample was women aged 20 to 29 years, with complete high school, mixed race, married, with children and with some type of paid activity. The results demonstrate the multidimensional character of decision-making to become pregnant and, in contradiction to the broader national demographic evidence, the Zika epidemic did not affect the intention to become pregnant, knowledge, the use of contraceptives or other methods of family planning. It was also identified, inconsistent use of family planning methods and ambivalence in relation to the use of contraceptives, suggesting a complex socio-cultural panorama where these women are inserted. Despite recommendations from health authorities to provide health professionals with advice on the risks of pregnancy during the Zika epidemic, this action was never implemented by the state. The declarative one-dimensional recommendation to avoid pregnancy appears to be insufficient to address this complex decision. The inadequacy of the health system's response to prevention highlights the need for careful development of integrated and comprehensive interventions, in addition to thorough planning in the implementation of health policies and actions not only for Zika, but also for other possible epidemics.

Keywords: Zika Virus. Family planning. Pregnancy. Reproductive Health. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Notícias das mídias sobre Zika nos anos de 2015-2016.....	16
Figura 2 - Notícias das mídias sobre Zika nos anos de 2015-2016.....	16
Figura 3 - Repercussão dos fatores ambientais e sociais de Zika.	18
Figura 4 - Dispersão Global do vírus Zika.	19
Figura 5 - Casos confirmados de Zika de 2016 a 2018, em Fortaleza, Ceará.	42
Figura 6 - Notificação de casos suspeitos de Síndrome Congênita por Zika, em Fortaleza, Ceará, entre 2015 e 2018.....	43
Figura 7 - Distribuição das regionais de saúde do município de Fortaleza, Ceará....	44
Figura 8 - Realização das entrevistas do estudo na rede pública e privada de saúde em Fortaleza.....	46
Figura 9 - Síntese das etapas de análise dos dados.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese de estudos qualitativos em temática e/ou abordagem semelhante a esta pesquisa.....	31
Quadro 2 - Componentes de análise de dados de estudos de REA.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, Fortaleza, Ce.....	53
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Alto Nível Socioeconômico
BNS	Baixo Nível Socioeconômico
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHIKV	Chikungunya Vírus
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
Covid-19	Coronavirus disease 2019
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
Km	Quilômetro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Prof.	Professor
Profa.	Professora
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
REA	Avaliação Etnográfica Rápida
RG	Registro Geral
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCZV	Síndrome Congênita do Zika Vírus
SINASC	Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
US	Ultrassonografia
ZIKV	Zika Virus

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Sobre Zika: do que estamos falando?	19
1.2	Zika e a relação com a saúde materno-infantil	21
1.3	O contexto social de Zika	22
1.4	A saúde reprodutiva no cenário de Zika	24
1.5	Desejos reprodutivos	25
1.5.1	<i>Aspectos que influenciam a decisão reprodutiva</i>	25
1.6	O planejamento familiar no Brasil	28
1.7	O que alguns estudos qualitativos têm abordado sobre a temática “atitude e percepção feminina sobre a gravidez em contextos epidêmicos”	30
2	PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	35
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo geral	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	Tipo de pesquisa	39
4.2	Referencial metodológico	40
4.3	Local da pesquisa	41
4.4	Participantes da pesquisa	44
4.5	Coleta dos dados	47
4.6	Análise dos dados	49
4.7	Aspectos éticos	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	Quem são essas mulheres?	53
5.2	Artigo 1: Fatores que influenciam a decisão de engravidar em contexto de epidemia de Zika: considerações de resultados de um estudo qualitativo sobre Zika no Brasil	55
5.3	Artigo 2: Conhecimento sobre o uso de contraceptivos no contexto da epidemia de Zika vírus no Brasil	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	77

APÊNDICE A - SÍNTESE DOS TRABALHOS APRESENTADOS E PUBLICADOS EM AUTORIA E CO-AUTORIA ATÉ 2021	87
APÊNDICE B - GUIA PARA LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES	91
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE D - ARTIGO 1.....	101
APÊNDICE E - ARTIGO 2.....	119
ANEXO A - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE STUDIES (COREQ): 32 - ITEM CHECKLIST.....	145
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	150

1 INTRODUÇÃO

Nos anos de 2015 e 2016, os principais jornais e as mídias em geral noticiavam (figuras 1 e 2) o aparecimento de uma arbovirose no Brasil causada pelo mosquito da dengue. Relatavam também um aumento de casos de microcefalia em bebês na região nordeste do país, sinalizando uma possível associação entre o vírus e a doença. Estávamos diante de um surto epidêmico no território brasileiro.

Figura 1 - Notícias das mídias sobre Zika nos anos de 2015-2016.



Fonte: Google Notícias.

Figura 2 - Notícias das mídias sobre Zika nos anos de 2015-2016.



Fonte: Google Notícias.

As arboviroses são doenças causadas por arbovírus transmitidos aos seres humanos pela picada de artrópodes. Eles tornaram-se um cenário ameaçador na saúde pública das Américas nos últimos anos, por uma relação similar com a dengue, como a Febre Oeste do Nilo, a Febre do Mayaro e, em especial, a Chikungunya e a Zika. Nos últimos 50 anos, registrou-se um aumento significativo dos casos dessas arboviroses (CORREIA, 2020; LIMA-CAMARA, 2016; DONALISIO; FREITAS, 2015).

As condições para amplificação desse cenário consistem nas seguintes: urbanização desordenada, na migração populacional, ampliação do intercâmbio internacional com deslocamento voluntário, explosão demográfica em regiões tropicais, condições sanitárias e de infraestrutura precárias, disposição inadequada de lixo, aquecimento global, entre outros (CORREIA, 2020; LIMA-CAMARA, 2016; LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

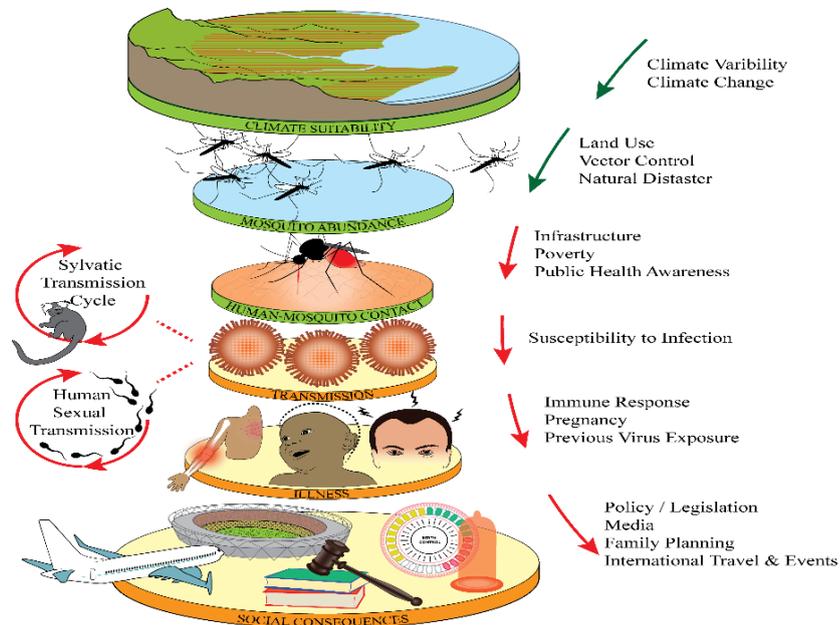
Os vírus causadores da Chikungunya (CHIKV) e Zika Vírus (ZIKV) são emergentes ou reemergentes em novas regiões geográficas. O mosquito transmissor, por sua vez, apresenta alta capacidade de sobrevivência em elevadas temperaturas, tendo condição de adaptação em diversos ambientes. Estilos de vida modernos podem contribuir para novos surtos epidêmicos devido ao comportamento humano e aos padrões de vida, envelhecimento da população, globalização e poluição ambiental (produção de resíduos sólidos), favorecendo potenciais espaços para proliferação dos mosquitos do gênero *Aedes* (CORREIA, 2020; LIMA-CAMARA, 2016).

Estas doenças tornaram-se preocupantes devido à multiplicação em novos ambientes e hospedeiros, pela capacidade de causarem grandes epidemias com comprometimentos graves e, ainda, por sua suscetibilidade universal, o que intensifica o impacto delas na morbimortalidade, com implicações sobre o sistema de saúde, levando à necessidade de medidas efetivas de prevenção e contenção (MADARIAGA; TICONAB; RESURRECION, 2016; DONALISIO, FREITAS; ZUBEN, 2017).

Os fatores ambientais, como por exemplo, infraestrutura, saneamento inadequado e pobreza favorecem uma maior exposição e menor controle dos vetores. Os fatores sociais, como prestação de serviço, políticas sociais e comunicação em saúde, influenciam no maior risco à doença. Interações entre esses

fatores implicam no adoecimento e em repercussões sociais, alterando a ecologia global (figura 3) (ALI *et al.*, 2017).

Figura 3 - Repercussão dos fatores ambientais e sociais de Zika.



Fonte: ALI, S. *et al.* Environmental and social change drive the explosive emergence of Zika virus in the Americas. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 11, n. 2, p. 5, 2017.

A epidemia do ZIKV foi uma emergência de saúde que afetou aproximadamente 80 países e territórios, tendo o Brasil como centro entre os anos de 2015 e 2016. Os primeiros casos foram documentados a partir de abril de 2015, nos estados do Rio Grande do Norte e Bahia. No Brasil, foram identificados mais de 1,5 milhão de habitantes infectados pelo vírus desde então. A região nordeste apresentou a maior prevalência dos casos sendo considerada como a possível porta de entrada do vírus em nível nacional (CORREIA, 2020; LIMA-CAMARA, 2016; MARCONDES; XIMENES, 2016).

Populações mais pobres, com níveis de educação mais baixos e recursos econômicos limitados, tendem a ter acesso precário a formas de prevenção de doenças e à infraestrutura que proteja contra a reprodução do vírus e até a uma nova ameaça ou surto de saúde, como ZIKV (MARTELETO *et al.*, 2020).

A infecção por Zika não é algo mundialmente novo, mas, no Brasil, tomou visibilidade da ciência, da mídia, dos órgãos nacionais e internacionais (não só na área da saúde), porque diferentemente de outros flavivírus, o ZIKV tem efeitos adversos na gravidez, no embrião, no feto, com danos placentários, perda fetal e

aborto espontâneo; e no desenvolvimento pós-natal, tendo grande repercussão em recém-nascidos (DINIZ *et al.*, 2019; NUNES; PIMENTA, 2016).

Houve então uma elevada incidência de casos de microcefalia na região nordeste do Brasil, que foi associada a uma possível infecção pelo ZIKV no período gestacional e em recém-nascidos, sendo este país o primeiro território a identificar essa relação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Posteriormente, foi estabelecida uma relação causal entre a infecção na gestação e os casos de anomalias congênitas, além da associação com outros agravos neurológicos nos bebês e crianças, apontando um cenário problemático de múltiplas interfaces: social, econômica e política (ESCOTESGUY *et al.*, 2020).

1.1 Sobre Zika: do que estamos falando?

Zika Vírus é um flavivírus isolado para estudo, inicialmente, em 1947, na floresta Zika, na Uganda. A 1ª infecção em humanos se deu na Nigéria, em 1952. Desde então, o vírus permaneceu em esporádica disseminação em países africanos, asiáticos e das Ilhas do Pacífico, gerando uma infecção considerada benigna e autolimitada, e dessa forma, negligenciada. Desde o ano de 2014, os casos de circulação do vírus passam a serem vistos por todo o continente Americano (figura 4) (BROGUEIRA; MIRANDA, 2017; HEUKELBACH *et al.*, 2016).

Figura 4 - Dispersão Global do vírus Zika.



Fonte: BROGUEIRA, P.; MIRANDA, A.C. Vírus Zika: emergência de um velho conhecido. **Med. Inter.**, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 147.

De acordo com Correia (2020), Diniz *et al.*, (2019), Oliveira (2017) e Heukelbach *et al.*, (2016) a infecção nos indivíduos pode ser por:

- a) transmissão pela picada do mosquito de genes *Aedes*;
- b) relações sexuais, sendo o ZIKV o único arbovírus com caráter de infecção sexualmente transmissível;
- c) transmissão vertical e perinatal, quando da transferência da mãe para o feto/bebê;
- d) transfusão sanguínea;
- e) possivelmente pela amamentação.

A doença possui período de incubação de 3 a 10 dias. O paciente apresenta um quadro clínico, geralmente, curso benigno com sintomas autolimitados. O exantema (maculopapular e pruriginoso) é o sinal mais frequente, com duração média de cinco dias, precedido de febre e mialgia, assim como artralgias e conjuntivite bilateral, entre outros sintomas. Ressalta-se que 80% dos casos da doença são assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico (ALI *et al.*, 2017).

O diagnóstico diferencial da Zika para o de outras arboviroses é prejudicado pelo o fato desta doença ser causada pelo mesmo vetor (*Aedes aegypti*) de outras doenças como a dengue e a Chikungunya (BROGUEIRA; MIRANDA, 2017; OLIVEIRA, 2017).

Observou-se em indivíduos acometidos o aparecimento de comprometimentos mais graves associados a doenças neurológicas, tais como: síndrome de Guillain Barré, meningites, encefalites e, principalmente, relação com o surto epidêmico de microcefalia - déficit que causa desenvolvimento anormal do cérebro - notificada de forma emergencial na saúde pública brasileira, tendo como principal suspeita a infecção de mães pelo Zika Vírus, principalmente no 1º trimestre gestacional, uma fase de formação fetal (CUNHA *et al.*, 2016; RIBEIRO; KITRON, 2016).

O tratamento se volta para amenizar o quadro sintomatológico e prevenir complicações por meio de acompanhamento laboratorial. Diante da inexistência de vacina ou de um tratamento eficaz, o foco foi direcionado a medidas preventivas de proteção individual, dentre elas: recomendação de adiamento da gravidez de mulheres em locais de infecção, abstinência sexual e segurança com manejo de hemoderivados em situação de epidemia (BROGUEIRA; MIRANDA, 2017).

Os desafios para a saúde brasileira são grandes e requerem esforços e estudos para o controle do vetor e a prevenção de novos casos devido à dificuldade de identificação e diagnóstico. Enfatizou-se, mais uma vez, assim como na dengue, uma proteção coletiva que consiste em diminuir qualquer foco que sirva de criadouro do mosquito, usar mosquiteiros e telas; e, uma proteção individual, por meio do uso de repelentes e roupas que reduzam a exposição do corpo ao longo do dia, além do uso de preservativos, devido à possibilidade de transmissão sexual. Ademais, é necessária capacitação multiprofissional para diagnóstico precoce, descentralização das ações e assistência, principalmente direcionada ao público-alvo, as mulheres grávidas e não grávidas (OLIVEIRA, 2017; PARDO-TURRIAGO, 2016).

1.2 Zika e a relação com a saúde materno-infantil

A microcefalia foi, sem dúvida, um dos grandes impactos da Zika na saúde materno-infantil, refletindo em um acometimento do sistema nervoso central e alterações cognitivas. Assim, passou a ser caracterizada pela desproporção craniofacial; com quadro neurológico de hipertonia ou espasticidade, hiperreflexia, irritabilidade, tremores e convulsões; distúrbios oftalmológicos e auditivos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Essa patologia está relacionada a fatores cromossômicos e genéticos, exposições ambientais da mãe no período pré-natal ou perinatal, destacando-se o consumo de drogas e álcool, medicamentos teratogênicos, distúrbios metabólicos, contato com substâncias químicas ou radiação e processos infecciosos (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018; VARGAS *et al.*, 2016).

No Brasil, de 2010 a 2014, foram registrados anualmente no Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), uma média de 156 casos de microcefalia. Somente em 2015, houve um registro de aproximadamente 1.250 casos com essa malformação, sendo o maior número no estado de Pernambuco com 646 casos (VARGAS *et al.*, 2016).

Além do impacto neurológico com o aparecimento de casos de Zika associados à microcefalia, outra importante associação é o que se denomina de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), que ligada ou não à microcefalia, apresenta outros sinais e sintomas, tais como anomalias oculares e auditivas,

deforquidades articulares e distúrbios comportamentais, epilepsia e outras alterações cerebrais anatômicas, as quais podem ser encontradas em crianças nascidas de mães que foram infectadas durante a gravidez, principalmente no 1º trimestre de gestação (HAMAD; SOUZA, 2020; OLIVEIRA, 2020; EICKMANN *et al.*, 2016).

Aproximadamente 30 países no mundo declararam casos de SCZV. No Brasil, estimam-se aproximadamente 3.500 casos confirmados de crianças nascidas com SCZV, a maioria na região nordeste. Ainda é desconhecido o total espectro e impacto das sequelas dessa síndrome. Como resultado, juntamente com as evidências epidemiológicas produzidas em um curto espaço de tempo, o Ministério da Saúde (MS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos públicos lançaram mão de ações para conter e controlar de forma agressiva esses achados, especialmente entre mulheres grávidas e em idade fértil, sendo uma delas a recomendação de adiamento de gestação até que findasse o surto epidêmico (MELO, *et al.*, 2020); FRANÇA *et al.*, 2018; GARCIA, 2018; BROGUEIRA; MIRANDA, 2017; MINAMISAVA *et al.*, 2016).

No Brasil, entre os anos de 2015 e 2019, foram registrados aproximadamente 18.600 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, com concentração maior no Nordeste, seguido do Sudeste e Centro-Oeste (CORREIA, 2020).

1.3 O contexto social de Zika

Frente às interfaces da Zika, enveredamos por um caminho significativo para esse trabalho que é o aspecto social relacionado ao risco de adoecimento por Zika. Esse aspecto evidencia nuances e desafios persistentes no Brasil baseados na rápida progressão de casos e associação com problemas de saúde alarmantes. A novidade da epidemia aumentava o temor da população e o medo do desconhecido, dos impactos na saúde a longo prazo. A progressão com que se apresentava a enfermidade e os achados clínicos chamou a atenção do sistema de saúde e de especialistas, a fim de identificar os fatores e o grupo de risco, sendo apontado como um deles, mulheres em idade reprodutiva (SILVA; FULGENCIO, 2019).

A situação trouxe questões éticas e práticas a um ponto crítico: como o indivíduo reage a essa doença, ao meio local e de que forma isso conduz a uma

situação de vulnerabilidade; o comportamento individual e coletivo diante das normas que interferem no processo saúde-doença (CARNEIRO; FLEISCHER, 2018; MOREIRA; MENDES; NASCIMENTO, 2018; KENDALL, 1995).

A Zika teve uma relação estreita com questões ligadas à reprodução humana. Os termos de impactos e responsabilidades foram primordialmente referidos às mulheres. Evidenciou-se que indivíduos menos favorecidos são mais expostos aos vírus, como também tem menos alternativas de acesso, limitando as opções de cuidado para si e suas famílias (LESSER; KITRON, 2016).

Dessa forma, até que mais estudos começassem a ser realizados, a medida emergencial seguiu como uma recomendação para uma mudança na decisão de engravidar dessa população feminina, tanto para que evitassem uma gravidez, como evitassem ter relações sexuais. Ressalta-se que, nesse cenário, pouco se discutiu sobre a figura masculina relacionada à infecção pelo vírus e nos cuidados após o nascimento com os filhos infectados; trazendo, assim, para as mulheres uma responsabilização, muitas vezes, excessiva (MOREIRA; MENDES; NASCIMENTO, 2018; CARNEIRO; FLEISCHER, 2018).

Nesse cenário, houve uma valorização de pontos econômicos e biomédicos que se limitavam às propostas de ações que apoiassem o enfrentamento das mulheres em situações específicas, como o risco de contaminação do ZIKV. Porém, pouco se avançou na discussão desses aspectos sociais, que era transversal à relação entre causa e efeito ou vetor-doença-deficiência (DINIZ, 2016).

É fundamental compreender os significados atribuídos à autonomia reprodutiva dessas mulheres – decisão de engravidar ou não, a adoção de medidas contraceptivas provisórias ou permanentes – mais, ainda nessa trama, envolver o desconhecido, com possibilidades de adoecimento e até mesmo adaptação do filho imaginado para o filho real, com diagnósticos e acompanhamentos específicos (DINIZ, 2016).

Nesse âmbito, as questões de saúde reprodutiva são debatidas no escopo dos direitos reprodutivos, destacando-se aqueles sobre o aborto. Há um ponto de conflito legal entre o direito humano, a percepção da mulher e a “percepção jurídica”, em um princípio de justiça reprodutiva diferente em diversos países no mundo. Essa decisão da mulher sobre sua vida pode ser percebida como aceitável para ela, mas devido a criminalização que ocorre afeta a sua saúde física e mental (DINIZ, *et al.*, 2019; BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Em relação à situação de epidemia, a exemplo da Zika, isso veio fortemente retratado por ser apontado como uma falha frente aos desafios do acesso às informações e serviços, em garantir uma atenção efetiva às mulheres em idade fértil (AIKEN, *et al.* 2019; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; BAUM *et al.*, 2016; VENTURA; CAMARGO, 2016).

1.4 A saúde reprodutiva no cenário de Zika

O foco da saúde pública brasileira em resposta à epidemia se deu principalmente no controle vetorial e na vigilância epidemiológica. O MS apontou a importância do aconselhamento e do planejamento familiar, incluindo a recomendação das mulheres para evitarem gravidez em áreas afetadas pela Zika. Não havia certeza sobre a transmissão e a sobrevivência do vírus nas mulheres, homens e nos bebês. Contudo, há necessidade de uma abordagem mais ampla devido às consequências da infecção na saúde materno-infantil, relacionadas à prevenção, formas mais efetivas de lidar com as barreiras e dificuldades de acesso dessa população (BORGES *et al.*, 2018).

A preocupação com as questões reprodutivas na presença da Zika se deu fortemente pela possibilidade de transmissão do vírus da mãe para o bebê. No contexto da epidemia, pela necessidade de adaptação da vida, temas como a vivência da sexualidade e desejos reprodutivos tornaram-se frequentes, o que gerou diferentes posicionamentos. Aspectos da vulnerabilidade feminina também se tornaram relevantes para entender o impacto da infecção na vida reprodutiva (MOREIRA; MENDES; NASCIMENTO, 2018; BRITO; FRASER, 2016).

Estudos preliminares indicaram um declínio na taxa de natalidade no Brasil por volta do 2º semestre de 2016, salientando a possibilidade de mudança de comportamento reprodutivo perante a epidemia de Zika, que permanecia estável nos dois anos anteriores. Esse comportamento levaria ao adiamento da gravidez por meio de condutas limitadas, de atividade sexual e/ou esforços de uso eficaz de contracepção (CASTRO *et al.*, 2018; MARTELETO *et al.*, 2017).

Nesse entendimento, estudos apontam que mulheres brasileiras adiaram a gravidez devido à epidemia de Zika, gerando comportamentos que sinalizam uma relação da Zika e uma reconfiguração no planejamento familiar, dentre eles o aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

1.5 Desejos reprodutivos

A maternidade ou paternidade consiste em um processo singular que integra a vida reprodutiva de um indivíduo, fazendo parte de uma das experiências sociais mais significativas para ele, sua família e comunidade. Caracteriza-se por muitas expectativas e sentimentos que transitam de um estado de espera e incerteza a uma realidade objetiva (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Esse desejo, possivelmente, ampara-se no reconhecimento de que podem lhes proporcionar uma integração social e desenvolvimento da personalidade, pois esse sentimento de viver em família permite entender o significado de pertencimento, propósito de vida, herança cultural e dos valores da sociedade. É fundamental que os desejos e direitos sexuais e reprodutivos sejam assegurados. Para tal, aponta-se a necessidade de um acompanhamento e de ações adequadas baseadas no planejamento familiar, que auxiliem a tomada de decisão de homens e mulheres consentidas e informadas a enfrentar os conflitos de querer ter filhos. Nessa decisão, mesmo que haja um direcionamento vertical, é necessário apreender os reais motivos para essa escolha (CORDOVA *et al.*, 2013).

A noção de desejo se estabelece para além do biológico, explicitando a complexidade dessa questão nos comportamentos e nas relações humanas. Toma forma também como uma força motriz que leva o sujeito à direção de algo na vida; preenchimento de algo que falta demonstrativo de encontro com a identidade e satisfação. Parte disso se deve ao desejo que é entremeado por outros fatores moralmente aceitos. Na maternidade, é exemplificado, uma vez que não é possível perceber até que ponto a maternidade é um real objeto de anseio ou uma adesão ao que socialmente ela representa construída historicamente (BRAGA; MIRANDA; CORREIO, 2018; ZIHLMANN; ALVARENGA, 2015).

1.5.1 Aspectos que influenciam a decisão reprodutiva

Há uma expectativa social e familiar, culturalmente construída, que reforça o papel da maternidade como algo natural decorrente de uma relação ou casamento. Fenômenos como a inserção da mulher no mercado de trabalho e métodos contraceptivos modificaram esse processo, chegando até a encontrar-se

casais que optam por não ter filhos, visto que buscam uma maior estabilidade financeira, status social e menos demandas domésticas (BERNARDI, 2018).

Contudo, ainda é percebido o que podemos chamar de obrigatoriedade da mulher de dar filhos ao parceiro que, muitas vezes, não considera a decisão feminina, em seus valores, sua sexualidade e compreensão do processo de decisão sobre ter ou não filhos. É o que apontam Bertagnoli e Figueiredo (2017), no estudo em que mulheres soropositivas relatam dificuldades significativas na saúde reprodutiva relacionadas à ideia do “compromisso feminino” que, muitas vezes, transpõe uma condição de risco de adoecimento, à decisão de engravidar e até mesmo de práticas preventivas, como uso de contraceptivos, fundamentando-se na relação conjugal e aspecto social.

Pires *et al.* (2015), um estudo sobre fatores explicativos na decisão de engravidar de mulheres abaixo de 20 anos, aponta o pertencimento às famílias de classe econômica mais baixa e abandono do sistema escolar e, conseqüentemente, da carreira profissional como características relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo, uma vez que, influenciam a autonomia das suas escolhas e o planejamento de vida a longo prazo, incluindo o da maternidade, quando não há ponderação e expectativas de realização pessoal e conjugal.

Os autores ainda destacam que isso favorece gravidezes não planejadas, dentro de um contexto de desajuste emocional materno e possível pré-natal inadequado, interferindo no desfecho obstétrico e no desenvolvimento infantil. Portanto, sinalizam a necessidade de compreensão social para que as práticas de saúde e políticas sejam adequadas a essas circunstâncias (PIRES *et al.*, 2015).

Essa liberdade de escolha feminina influenciada pela discussão da sexualidade feminina permeia por questões como: o avanço da ciência com os métodos contraceptivos; maior espaço na sociedade e mercado de trabalho ligado à satisfação e crescimento pessoal, mas, também, devido ao aumento de despesas educacionais, de saúde e um “empobrecimento” das famílias de classe média; e a autonomia na decisão do seu percurso de vida (companheiro, casamento, viver a maternidade). Esses fatores abrem espaço para opções de modos de vida, configurando, socialmente, o desejo pela maternidade como um desses papéis e não mais o “destino” natural da mulher (BRAGA; MIRANDA; CORREIO, 2018).

O tempo certo ou ideal para engravidar permeia um cenário em que a mulher considera aspectos como segurança socioeconômica e realização

profissional, com seus objetivos – todos ou quase todos – alcançados. Isso tem modificando nos últimos anos a vivência da maternidade, em que a linearidade cultural forte da mulher ser a cuidadora principal ou exclusiva dos filhos passa a ser interferida pela história individual, implicando em gravidezes tardias ou até mesmo a opção de não ter filhos, em virtude de ser priorizada a sua inserção e estabilidade no mercado de trabalho, outras ambições pessoais e, conseqüentemente, uma diminuição da natalidade (ALSPAUGH *et al.*, 2020; BELTRAME; DONELLI, 2012).

De acordo com Zihlmann e Alvarenga (2015), fatores como circunstâncias de vida (menor idade, não ter tido nenhum filho, ter um parceiro), associação positiva entre motivação para o autocuidado e pensar em ter filhos norteiam as decisões reprodutivas de mulheres, frente a uma situação de saúde de risco, sinalizando que não é uma decisão objetiva. Ao contrário, se apresenta com uma dimensão complexa com desafios teórico-práticos para o campo da saúde pública.

Outros autores corroboram que explorar a tomada de decisão de uma gravidez perpassa por um conjunto amplo, multidimensional, que está ligado ao contexto social, expectativas de vivenciar a maternidade/paternidade, ao comportamento pró ou contraceptivo, preparação (medidas físicas e emocionais tomadas) e ideias sobre planejamento, que, por sua vez, está diretamente vinculado ao nível de escolaridade, influência do (a) parceiro (a) e objetivos de vida (KENDALL *et al.*, 2005; LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004; BARRETT; SMITH; WEELINGS, 2004).

A interface entre saúde e sexualidade ancora-se nas ciências sociais, trazendo aspectos relevantes na compreensão da antropologia médica. Dentre eles, está a religiosidade. Nessa discussão, descortinam-se alguns pontos que mostram que as transformações da religião refletem sobre a família, ao mesmo tempo em que as mudanças ocorridas no âmbito familiar incidem em vários campos sociais, sendo um deles a religião (SANCHES *et al.*, 2018; COUTO, 2001).

A tradição sexual cristã foi marcada, até meados do século XX, por uma percepção negativa da sexualidade associada a uma procriação não planejada e subordinação sexual da mulher ao homem - o “cabeça” da família (COUTO, 2001).

A Reforma Protestante trouxe grandes transformações, e com ela, houve certa liberalização dos métodos artificiais de contracepção, deixando de ser visto como algo ilícito ou pecaminoso e sendo tratado como algo médico, familiar. Por volta dos anos 60, com o surgimento das pílulas anticoncepcionais, isso se tornou

mais acessível ainda. Para o catolicismo, essas questões ainda se tornam uma barreira, a orientação é voltada para a parentalidade responsável e planejamento familiar sem dar ênfase a métodos artificiais de contracepção, e sim, ao método natural (SANCHES *et al.*, 2018).

Estudos anteriores mostram que nessa relação de sexualidade e reprodução, os cuidados com contracepção e gravidez são desempenhados por mulheres como se fossem aptidões próprias da natureza feminina. Logo, o homem se torna coadjuvante nessa função. É visto, ainda, que há uma preocupação com a satisfação sexual do parceiro/homem, sendo relacionada à sexualidade da mulher à sexualidade do companheiro. Isso mostra o quão importante e necessário é inserir a figura do homem nas pesquisas e discussões sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar, uma vez que a influência masculina repercute fortemente na autonomia dessa mulher sobre as decisões inerentes a esses aspectos (COUTO, 2001).

1.6 O planejamento familiar no Brasil

O planejamento familiar é definido como direito de todo cidadão, de acordo com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1996). Entende-se como planejamento familiar o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, sendo um instrumento da assistência materno-infantil. É parte integrante de um processo de informações e educação familiar sobre reprodução, incluindo a mulher, homem ou casal e sobre as repercussões disso na comunidade (SANTOS; FREITAS, 2011).

A realização do planejamento familiar faz parte de um conjunto de ações prioritárias de proteção à mulher/família, em uma visão integral à saúde, de maneira que a pessoa/casal define com autonomia quando e quantos filhos quer ter, a fim de oferecer condições de cuidado apropriado. Ademais, evoluiu, ao longo do tempo, para a abordagem da contracepção como prevenção de uma gravidez não planejada e doenças de transmissão sexual. Ressalta-se que há uma lacuna em que mostra a necessidade de ampliar a discussão para a perspectiva da mulher e não só da figura materna (CORTEZ; ZAGONEL, 2011).

Também chamado de planejamento reprodutivo, essa estratégia visa uma atenção global em todas as fases do ciclo de vida, como atividade básica e,

portanto, da assistência à concepção e contracepção, no controle das doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Desta forma, abrange também os direitos sexuais (BRASIL, 2002). Apesar de contemplar os elementos de prevenção à saúde, ainda é um olhar focado apenas na saúde da mulher e no controle do número de filhos. O envolvimento masculino é bem reduzido nessas estratégias (SANTOS; FREITAS, 2011).

O binômio mulher/mãe traz repercussões importantes para ela, como nos estudos, na carreira profissional e no mercado de trabalho. Alguns estudos abordam relatos de mulheres com dificuldades na adesão do planejamento familiar por motivos variados como a distância da unidade de saúde, o desejo não concreto de ter filhos, a decisão pactuada do casal para terem filhos, falta de apoio do companheiro, não compreensão e não regularidade no uso de contraceptivos (CORTEZ; ZAGONEL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde estima que há mais de 120 milhões de mulheres no mundo todo que desejam evitar a gravidez, porém nem elas nem seus parceiros estão fazendo uso dos métodos contraceptivos por uma multiplicidade de razões. Serviços e insumos ainda não estão disponíveis em todos os lugares ou as opções são limitadas. Falta conhecimento sobre as opções de contracepção e seu uso, restrição na abrangência de todos os aspectos à saúde da mulher, entre outros. Portanto, a tarefa do planejamento familiar permanece inacabada, apesar do grande progresso ao longo das últimas décadas, e nunca estará terminada (REGO *et al.*, 2014).

Apesar de o Brasil apresentar elevada queda de fecundidade nas últimas décadas, as diferenças sociodemográficas ainda impactam diretamente no acesso ao planejamento reprodutivo no território. Pesquisa sobre dinâmica e fecundidade populacional no país revela que as mulheres que planejam suas gestações têm, em sua maioria, mais de 35 anos de idade, maior nível de instrução escolar, são brancas e estão em um relacionamento estável. Mulheres com critérios socioeconômicos que as colocam em posição de vulnerabilidade estão mais propensas a não usar métodos contraceptivos e, conseqüentemente, ter uma gestação não planejada. Isto fortalece o fator socioeconômico como determinante de saúde quanto à assistência à saúde da mulher (TRINDADE *et al.*, 2019).

Sobre o uso dos métodos contraceptivos em padrões regionais, na Europa e na África são mais utilizados métodos reversíveis de curto prazo. Na Ásia e

na América do Norte, prevalece o uso dos métodos de longo prazo. Já na América Latina e Caribe, destaca-se uma combinação de diferentes métodos relacionados a fatores como a idade. Durante a adolescência são utilizados, com maior frequência, o preservativo masculino e o contraceptivo oral. Entre 20 e 29 anos, há uma prevalência dos métodos reversíveis de média e de longa duração (injetáveis, implantes e dispositivo intrauterino). A partir dos 30 anos, verifica-se um aumento da esterilização feminina e masculina (FARIAS *et al.*, 2016).

O cuidado com a saúde da mulher necessita de uma adesão concreta da usuária, o que, muitas vezes, pode constituir-se em um dos maiores fatores limitantes desta assistência. De acordo com Gonçalves *et al.* (2019), os métodos mais utilizados entre brasileiras em idade reprodutiva são a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina, seguidos do uso do preservativo masculino. Embora o Ministério da Saúde preconize a dupla proteção, destaca-se uma baixa adesão das mulheres.

Esses dados sugerem um longo caminho para uma assistência integral e empoderada da mulher sobre a saúde reprodutiva e sexual, demonstrando que o planejamento reprodutivo no Brasil está comprometido de forma bilateral, tanto por parte da mulher quanto pelo poder governamental. A qualidade, os recursos disponíveis e a tecnologia dos métodos contraceptivos revelam, ainda, uma desigualdade ao acesso consciente e um planejamento familiar adequado (GONÇALVES *et al.*, 2019; TRINDADE *et al.*, 2019; VIELLAS *et al.*, 2014).

Em relação à epidemia de Zika, Marteleto *et al.* (2017) apontaram que mulheres com maior escolaridade tiveram um maior controle à procriação e maior acesso a contraceptivos e cuidados de saúde de qualidade durante o surto epidêmico, assim como foram capazes de utilizar estratégias de prevenção ao vírus, por exemplo, o uso de repelentes. Enquanto o baixo nível de escolaridade levou a mais casos de gravidez indesejada, menor acesso e menor uso de preservativo.

1.7 O que alguns estudos qualitativos têm abordado sobre a temática “atitude e percepção feminina sobre a gravidez em contextos epidêmicos”

Foi realizada uma revisão de literatura de artigos científicos completos publicados em revistas indexadas disponíveis nas bases de dados *online* como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine National*

Institutes of Health (PUBMED), utilizando-se os descritores: “Zika Vírus”, “gravidez”, “saúde reprodutiva” e a combinação de palavras “Zika e gravidez” e “Zika e contracepção”, incluindo estudos nos idiomas inglês e português, publicados entre 2014 e 2021. A partir disso, foi feita uma leitura dos títulos e resumos para checar se respondiam à questão norteadora e seguiam uma abordagem qualitativa. A questão norteadora foi: O que influencia a decisão feminina de engravidar em um contexto de epidemia?

No quadro 1 estão descritos, em síntese, os estudos qualitativos selecionados que possuem adesão à temática investigada e/ou abordagem semelhante a esse estudo.

Quadro 1 - Síntese de estudos qualitativos em temática e/ou abordagem semelhante a esta pesquisa.

(continua)

Autores/Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados
MARTELETO, L. J. et al., 2017.	Analisar as intenções de gravidez e comportamentos de mulheres durante a epidemia.	Grupos Focais: Nordeste x Sudeste do Brasil Baixo Nível Sócio-econômico (BNS) Alto nível sócio-econômico (ANS)	-Algumas mulheres decidiram adiar uma possível gravidez devido à epidemia; -Mulheres De BNS não queriam mais filhos porque já tinham a quantidade, que consideravam ser suficiente; -Mulheres de idade mais avançada e que ainda não tinham filhos mantiveram a decisão de ter filhos tomando precauções de proteção como o uso de repelente; -Algumas mulheres que não pretendiam engravidar passaram a usar de forma consistente os métodos contraceptivos.

Quadro 2 - Síntese de estudos qualitativos em temática e/ou abordagem semelhante a esta pesquisa.

(continuação)

Autores/Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados
WELDON, C. T. <i>et al.</i> , 2018.	Analisar conhecimentos e atitudes relacionadas ao risco de Zika.	7 grupos focais com 46 mulheres em idade reprodutiva no Peru.	-Desconhecimento da transmissão sexual do vírus; -Baixa adesão a métodos contraceptivos durante a epidemia;
LINDE, A. R.; SIQUEIRA, C. E., 2018.	Compreender as percepções emocionais e psicológicas do impacto de Zika nas suas decisões sobre comportamento sexual e reprodutivo.	Entrevistas com 18 mulheres entre brasileiras, latino-americanas e norte-americanas.	-Algumas mulheres adiaram a gravidez devido à Zika; -Sentimentos de culpa, angústia pelo desconhecimento; -Aumento do isolamento social e diminuição de relações com o parceiro pelo medo; -Impacto na auto-estima feminina.
SOUSA, C. A. <i>et al.</i> , 2018.	Compreender os conhecimentos, percepções e práticas de cuidados de mulheres que contraíram o Zika Vírus na gestação.	Entrevistas com 10 mulheres infectadas por Zika no Estado do Mato Grosso – Brasil.	-Conhecimento limitado acerca de Zika; -As mulheres relataram medo, preocupação caso acontecesse de ter o filho com algum comprometimento; -Frustração por ter seguido as recomendações como uso do repelente e mesmo assim ter sido infectada.
AUGUST, E. M. <i>et al.</i> , 2019.	Investigar sobre uso de contracepção e decisão sobre gravidez.	Grupos Focais com mulheres e homens entre 18 e 49 anos em Porto Rico em 2016.	-A epidemia não trouxe preocupações; -O que preocupava mais era outras comorbidades associadas à gestação; -Questões financeiras eram um fator importante;

Quadro 3 - Síntese de estudos qualitativos em temática e/ou abordagem semelhante a esta pesquisa.

(continuação)

Autores/Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados
OLIVEIRA, T. G. <i>et al.</i> , 2020.	Compreender os conhecimentos, os sentimentos e a rede de apoio social de gestantes sob suspeita e diagnóstico positivo de Zika vírus.	Entrevistas semiestruturadas com 10 gestantes (com suspeita ou confirmação de infecção por Zika) em Manaus.	<ul style="list-style-type: none"> -Os entrevistados consideravam as mensagens confusas com foco em instalar um medo; -Importante a decisão de engravidar deve ser compartilhada com o companheiro (a). -Déficit de conhecimento sobre Zika na gestação e o sobre o quadro clínico; -Sentimentos como medo, desespero aparecem frente à possível achado fetal de microcefalia; -Apoio da família, crença religiosa e o cuidado multiprofissional são considerados rede de apoio para enfrentar a doença.
ANDERSON, E. J. <i>et al.</i> , 2020	Identificar as barreiras ao acesso e conhecimento da saúde sobre Zika em Fortaleza-CE.	Entrevistas estruturadas com 37 mulheres em 2016 em um bairro de alta renda e baixa renda em Fortaleza, Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> -As mulheres referiram a falta de serviços para apoiar o controle do mosquito transmissor; -Pouco conhecimento sobre os riscos e desfechos maternos devido à epidemia; -Desconexão entre as recomendações de saúde pública e o que as mulheres entendem sobre seu controle reprodutivo.
STOLOW, J. <i>et al.</i> , 2020.	Investigar as percepções de	Entrevistas semi estruturadas com 35	-As recomendações de prevenção não

Quadro 4 - Síntese de estudos qualitativos em temática e/ou abordagem semelhante a esta pesquisa.

(conclusão)

Autores/Ano de publicação	Objetivo	Método	Resultados
	mulheres sobre Zika Vírus, as recomendações de prevenção das autoridades e a viabilidade e utilidade dessas recomendações na cidade de Fortaleza, Ceará.	mulheres entre 18 e 39 anos.	representam melhores práticas de cuidados; -Essas recomendações não consideram aspectos culturais, socioeconômicos ou ambientais. -Barreiras de prevenção como restrições financeiras, medo das reações do parceiro, estigma, julgamento dos membros da comunidade, sentimento de que a prevenção estava fora de seu controle; -Risco alto de contrair a doença: exposição inevitável, não colaboração coletiva, falha no serviço público de controle do mosquito.
DINIZ, D. <i>et al.</i> , 2020.	Investigar as barreiras enfrentadas por mulheres jovens no acesso aos serviços, relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva e seu comportamento diante disso.	Entrevistas semiestruturadas com 22 mulheres em regiões afetadas pela Zika no Nordeste do Brasil.	-Desconhecimento sobre transmissão sexual de Zika; -Déficit no conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais; -Informações equivocadas sobre os efeitos adversos dos métodos.

Fonte: elaboração própria (2020).

2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Mesmo após o declínio da curva epidêmica, em 2017, há uma preocupação constante sobre o impacto real da Zika na população, visto que existe a possibilidade de reemergência do vírus em áreas em que haja a circulação de vetores, apontando desafios para a prevenção e o controle das suas consequências (VOUGA *et al.*, 2018).

Desde 2014, o Zika Vírus gera impactos que ainda se desdobram em um cenário desconhecido e pelos efeitos fetais que só serão revelados a longo prazo. O impacto dessa epidemia criou uma demanda pública para uma resposta no controle de mosquitos e uma recomendação voltada à saúde reprodutiva: adiamento de gravidez e contracepção necessária de mulheres em idade fértil.

Os desfechos pela infecção de ZIKV geram dúvidas e incertezas para o sistema de saúde e famílias, necessitando de investigações que fortaleçam alternativas eficazes de cuidado frente a esse cenário, como uma preparação para resposta a surtos de vírus. Além disso, permanecem algumas lacunas referentes às ações de planejamento familiar e atenção materno-infantil.

No período de 2015 a 2016, houve um declínio da taxa de natalidade no Brasil (CASTRO *et al.*, 2018; MARTELETO *et al.*, 2017; DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2017), levando a uma possível relação com a epidemia de Zika, tanto no adiamento de gravidez, quanto no uso eficiente e consistente de contraceptivos.

Poucos estudos têm sido realizados visando explorar os aspectos relacionados à intenção de planejar, engravidar ou não devido a Zika, identificando como esses fatores influenciam nesse contexto. Embora haja nos últimos anos significativas publicações relacionadas à epidemia, são escassas as que exploram em profundidade de que forma ela influenciou a decisão desse público-alvo, o que justifica a necessidade de compreender como a recomendação do Ministério da Saúde é percebida e respondida.

Consequentemente, há um desconhecimento sobre os aspectos que envolvem a intenção de engravidar e o uso de contracepção de mulheres em idade fértil nesse cenário epidêmico. Em contato com mulheres desse perfil, observou-se empiricamente que outros fatores influenciavam na decisão de engravidar, pressupondo que: (1) a doença não seria um dos principais motivos que impactava diretamente nessa decisão e (2) a epidemia não modificou de forma consistente o

conhecimento e o uso de contraceptivos como uma estratégia preventiva à doença. Nesse contexto, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: De que forma a epidemia de Zika afetou no comportamento sexual e reprodutivo de mulheres em idade fértil?

A indagação vai para além de compreender somente se a epidemia influenciou ou não a intenção de mulheres em engravidar, mas diante da complexidade desse objeto, adentra na compreensão do que permeia ou rodeia essa decisão e como a mulher se comporta diante disso.

Portanto, estudos como esse são necessários para identificar fragilidades e necessidades da população estudada, fornecendo subsídio para discussão das políticas públicas de saúde, assim como de estratégias e recomendações que são lançadas nesse contexto. Compreender as consequências reprodutivas é fundamental devido às suas implicações na saúde da mulher, fertilidade e nascimentos.

A presente pesquisa tem um enfoque inovador e relevante para a saúde pública, pois, com as informações levantadas a partir da experiência dos sujeitos envolvidos, é possível apreender de maneira significativa o impacto social da epidemia e oferecer um panorama direcionado à implementação de estratégias e elaboração de políticas direcionadas em resposta ao problema de saúde, capazes de suprir as demandas levantadas, não só para um possível surto de Zika, mas de outras epidemias.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a decisão de engravidar das mulheres em contexto de epidemia Zika vírus (ZIKV) frente às recomendações das autoridades de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar de que forma a Zika influenciou a decisão de engravidar e que fatores interferem nesse contexto;
- b) Investigar o conhecimento das mulheres sobre o uso de métodos contraceptivos no cenário de Zika.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse estudo está inserido em uma pesquisa maior denominada “Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos” (ZIF, CNPq: 440778/2016-6, Profa. Ligia Kerr, IP), que tem como propósito investigar a prevalência e a incidência da infecção pelo vírus Zika, saúde sexual e reprodutiva, gravidez e comportamento relacionado à fertilidade e planejamento familiar. A coorte foi desenvolvida com uma amostra de aproximadamente 1.700 mulheres.

Nesta pesquisa, há um componente biológico e epidemiológico com aplicação de instrumento quantitativo que aborda, dentre muitos aspectos, a saúde sexual e reprodutiva, incluindo condições de fertilidade, contracepção, prática ou desejo de aborto em caso de gravidez; as preferências dos parceiros sobre contracepção e comportamentos relacionados à fertilidade ou ao planejamento familiar; exposição, interpretação e reconhecimento de materiais de educação em saúde utilizados em Fortaleza voltados à Zika; conhecimento e preocupação com a Zika, o conhecimento das potenciais consequências da infecção por Zika; e comportamentos relacionados a transmissão sexual da doença. São investigados também condições de habitação, conhecimento e comportamento relacionados aos mosquitos e o acesso aos serviços de saúde.

O recorte qualitativo da pesquisa explorou em profundidade as decisões de gravidez e planejamento familiar de mulheres sexualmente ativas sob a influência da Zika, considerando aspectos individuais, influências sociais em relação a doença e suas consequências; interpretação do conteúdo e as estratégias de mudanças comportamentais, recomendações e educação em saúde voltados para a epidemia. Esse desenho qualitativo precedeu o início da coorte, trazendo informações e resultados que complementaram e auxiliaram no escopo e desenvolvimento do projeto.

Ao longo do tempo, o projeto resultou em trabalhos científicos apresentados e publicados, alguns citados de autoria e coautoria em revista científica (APÊNDICE A).

A descrição desse percurso seguiu conforme com as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), um *checklist* que auxilia na elaboração de estudos qualitativos (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) (ANEXO A).

4.1 Tipo de pesquisa

Dada à natureza do objeto desta pesquisa apontado neste estudo, houve um direcionamento crítico-interpretativo para uma abordagem qualitativa, por considerá-la a mais adequada para uma aproximação a objetos complexos. Essa abordagem baseou-se na ação de explorar uma realidade, permitindo que em todo o processo emergissem novos aspectos referentes à questão investigada que se transformam ao longo da experiência, se constituindo conforme as percepções dos agentes sociais e as possibilidades de representação presentes no contexto das relações sociais (BOSI *et al.* 2011; BERNARD, 2006; TURATO, 2005; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A pesquisa qualitativa acontece da noção de uma construção social da realidade e nas perspectivas dos atores envolvidos, nas práticas e no conhecimento do dia a dia. Não visa somente fazer descobertas, mas também deseja mudar a questão em estudo ou produzir conhecimento relevante em termos práticos (LAKATOS; MARCONI, 2010; FLICK, 2009; BERNARD, 2006).

Sob uma análise narrativa, esse desenho interpretativo enfatiza a complexidade da realidade, por meio das crenças, visões, valores, sentimentos, motivações, atitudes, ideologia dos indivíduos, por meio das suas respostas, de como eles percebem o processo. É útil para apreensão de características situacionais e significados que acontecem em um cenário natural, em uma compreensão mais completa, no que diz respeito à experiência humana, caracterizada pela subjetividade, tempo histórico e contexto social (TURATO, 2005; THORNE, 2000).

Esse tipo de desenho tem como características: a incorporação do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos; investigação em profundidade, sem a necessidade de uma pesquisa com um grande número de participantes; impossibilidade de realizar generalizações; presença de reflexos da impregnação de pré-conceitos do pesquisador, diante da aproximação com o objeto; e complexidade no aprofundamento e interpretação para além do texto, o que exige treinamento e apropriação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

4.2 Referencial metodológico

Esse estudo baseou-se na Avaliação Etnográfica Rápida (REA) que consiste em um método de pesquisa qualitativa que tem se mostrado útil para uma investigação de situações de saúde emergenciais, focado na informação para a ação e orientado a partir de dados relevantes, inicialmente identificados, e uma coleta de informações utilizadas para compreender um determinado problema em curto espaço de tempo, como semanas ou meses. Essas características o diferem de uma pesquisa etnográfica tradicional, na qual requer um maior aprofundamento e percepção (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Na perspectiva do ator social (que está inserido na realidade local) e com base na antropologia e na etnografia, a REA é abrangente para a compreensão de vulnerabilidades potenciais de diagnóstico situacional rápido. Foi concebida para atender necessidades práticas de conhecimentos de profissionais da educação, ciências sociais, ciências da saúde para compreenderem como crenças, valores e/ou relações dificultam ou facilitam a prevenção de doenças, promoção social, em contextos étnicos. É aplicada para extrair ricas descrições sobre o contexto, processos, sistemas, motivações e avaliar uma variedade de questões sociais e estruturais complexas, objetivando melhorar políticas e programas que impactam populações vulneráveis (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Utiliza-se a REA sob várias perspectivas baseadas na realidade local para dar uma resposta rápida a uma situação, como na saúde pública, principalmente sobre situações recentes e que não sejam claramente definidas. Esse tipo de processo envolve análise frequente, monitoramento e avaliação contínua dos resultados, sendo útil, inclusive, para desenho de pesquisas adicionais (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; STELLMACH *et al.*, 2018; MCMULLEN *et al.*, 2011).

Sob uma sistemática operacional, em pesquisas com períodos curtos, utilizam-se técnicas mistas, complementando observações diretas do campo e informações quantitativas, podendo ser usado como pesquisa preliminar para estabelecer uma compreensão de como proceder em um estudo mais aprofundado ou longo (STELLMACH *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2017; KENDALL *et al.*, 2008; PERES, 2003; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

As pesquisas baseadas em REA são conduzidas por meio de alguns princípios-chave (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020):

- a) rápida coleta e disseminação das informações úteis para programas e/ou tomadores de decisão;
- b) atuação de equipes multidisciplinares de avaliação;
- c) triangulação entre várias fontes de coleta e/ou métodos, como entrevistas e grupos focais, observações estruturais e pesquisas curtas.

Sua aplicação pode ser útil quando é necessário conhecer mais sobre um determinado problema e desenvolver um maior conhecimento sobre ele; aprofundar ou conhecer uma população ou situação pouco explorada; e quando é necessário fazer um ajuste no desenvolvimento de um programa, plano de ação, por exemplo (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

O estudo aconteceu em um percurso que partiu de um fenômeno central, com análise comparativa simultânea à coleta de dados, desdobrando-se categorias relacionadas às causas, ações e contexto, reformulando-se o retorno ao campo para refinar e ajustar, com vistas a buscar um ponto de saturação das informações que produza um conteúdo consistente com uma série de proposições e hipóteses para uma situação (PINTO; SANTOS, 2012; CRESWELL; POTH 2007; THORNE, 2000).

4.3 Local da pesquisa

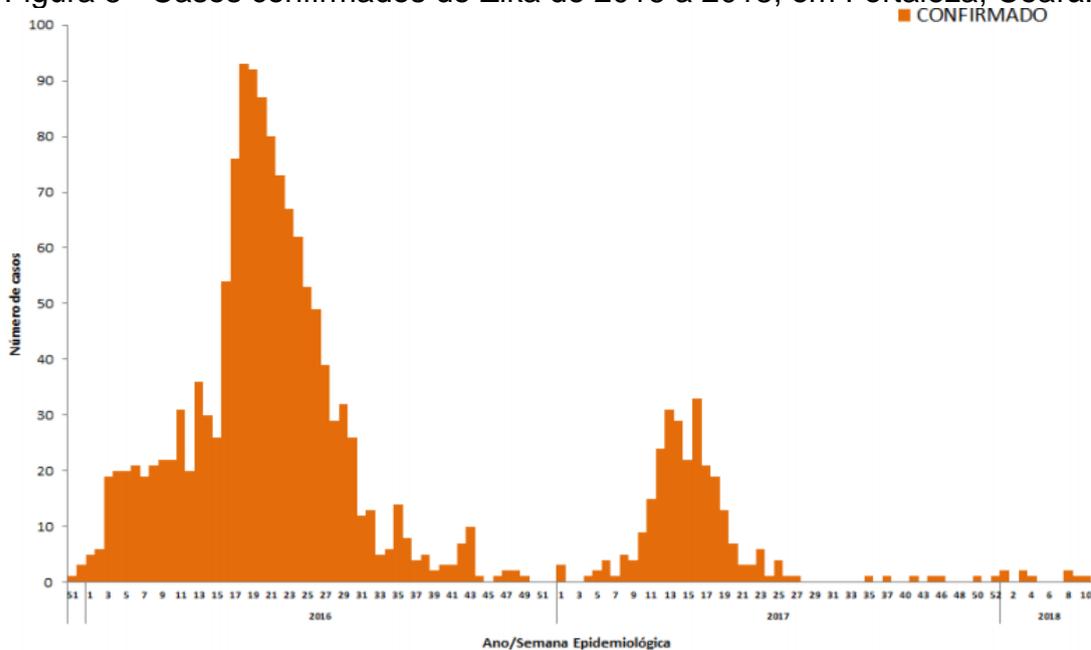
A pesquisa foi desenvolvida no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. A cidade de Fortaleza apresenta densidade populacional de 7.786,4 habitantes/km², tem aproximadamente 2.600.000 habitantes e cerca de 55% população é feminina. É a 5ª capital mais populosa do país. O município está localizado no litoral norte do estado com área territorial de 315km². Limita-se ao norte e ao leste com o oceano Atlântico e com os municípios do Eusébio e Aquiraz; ao Sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga; e, a Oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (IBGE, 2018).

A cidade de Fortaleza apresenta características climáticas com elevadas temperaturas durante todo o ano, média de aproximadamente 27º, marcada pela alta umidade relativa do ar e intensa precipitação pluviométrica no período de janeiro a maio, o que favorece a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti* e evidencia a

sazonalidade anual das doenças transmitidas por ele (MAGALHÃES; ZANELLA, 2015). Além disso, a cidade apresenta constante presença do principal vetor da dengue, com quatro sorotipos circulantes, somada à circulação simultânea de outros arbovírus, o que propicia epidemias potencialmente mais graves e desafios à saúde pública local (OLIVEIRA; ARAUJO; CAVALCANTI, 2018).

Em Fortaleza, foram confirmados 1.611 casos de Zika nos anos de 2016 a 2018, nos quais 82,5% (1.329) foram em 2016, 6,7% (268) em 2017 e 0,8% (13) no ano de 2018, conforme a figura 5 (FORTALEZA, 2019).

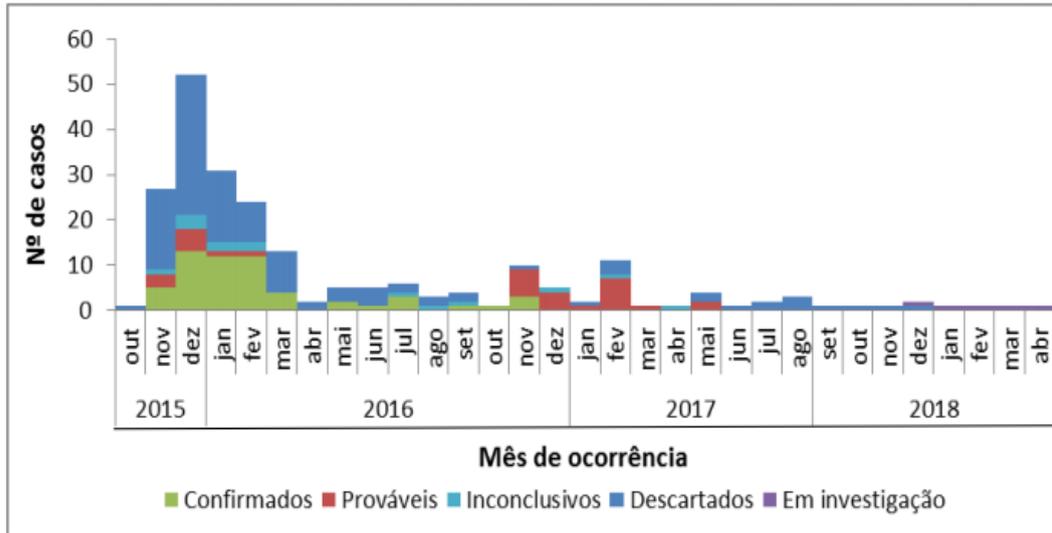
Figura 5 - Casos confirmados de Zika de 2016 a 2018, em Fortaleza, Ceará.



Fonte: Célula de Vigilância Epidemiológica - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (2019).

Em relação à suspeita de Síndrome Congênita por Zika, 222 bebês foram notificados, em Fortaleza, nos anos de 2015 a 2018 (figura 6), dos quais 35,6% (79) ocorreram em 2015; 49,1% (109) em 2016; 11,2% (25) no ano de 2017 e 4,1% (09) das notificações em 2018 (FORTALEZA, 2019).

Figura 6 - Notificação de casos suspeitos de Síndrome Congênita por Zika, em Fortaleza, Ceará, entre 2015 e 2018.

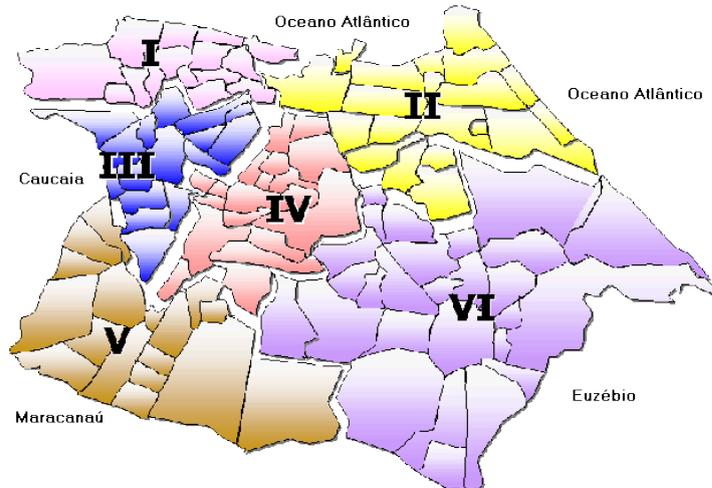


Fonte: Célula de Vigilância Epidemiológica - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2019.

Fortaleza possui uma área total de 314.930 km² e estava dividida administrativamente em sete Secretarias Executivas Regionais: Regional I a VI mais a Regional do Centro e tinha 96 unidades de atenção primária à saúde (UAPS), durante o período da pesquisa. A regional II é a unidade administrativa com a maior renda média pessoal e a regional V a unidade com a menor renda média pessoal (IBGE, 2018) (figura 7).

A pesquisa iniciou-se por meio das UAPS, pois essas geralmente são portas de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram selecionadas 5 unidades a partir de regiões com o maior número de suspeitas de infecção por arboviroses registradas em 2016: 3 pertencentes à Regional I, localizadas nos bairros Barra do Ceará e Pirambu; 1 pertencente à regional III no bairro Rodolfo Teófilo; e 1 pertencente à Regional V localizada no bairro Mondubim, que é o bairro mais populoso do município de Fortaleza (FORTALEZA, 2019).

Figura 7 - Distribuição das regionais de saúde do município de Fortaleza, Ceará.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2016.

Inicialmente, a pesquisa aconteceu nessas 5 UAPS. Após a análise e discussão dos primeiros achados, a equipe considerou pertinente ampliar a amostra, buscando mulheres que tivessem acesso à rede privada de saúde. Dessa forma, o acesso a essas mulheres se deu por meio de uma clínica da rede privada de saúde de um dos pesquisadores colaboradores da pesquisa. A clínica situava-se no bairro Dionísio Torres, pertencente à Regional II.

4.4 Participantes da pesquisa

As participantes do estudo foram mulheres usuárias dos serviços nas unidades de saúde selecionadas, que estivessem em idade fértil (15 a 39 anos), gestantes ou não, com vida sexual ativa (pelo menos um relacionamento sexual nos últimos 12 meses); que não tivessem realizado laqueadura tubária ou não apresentassem nenhum problema de saúde que impedisse uma possível gravidez e que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa.

Na rede pública de saúde, foi organizada uma lista de visitas às UAPS, considerando o horário de funcionamento e o volume de atendimento diário. Esses locais foram visitados para abordagem das participantes e a realização das entrevistas das informantes-chave, relacionando os atributos essenciais pré-definidos que definiam o conjunto de características essenciais da amostra.

As participantes foram abordadas pessoalmente pelas pesquisadoras de

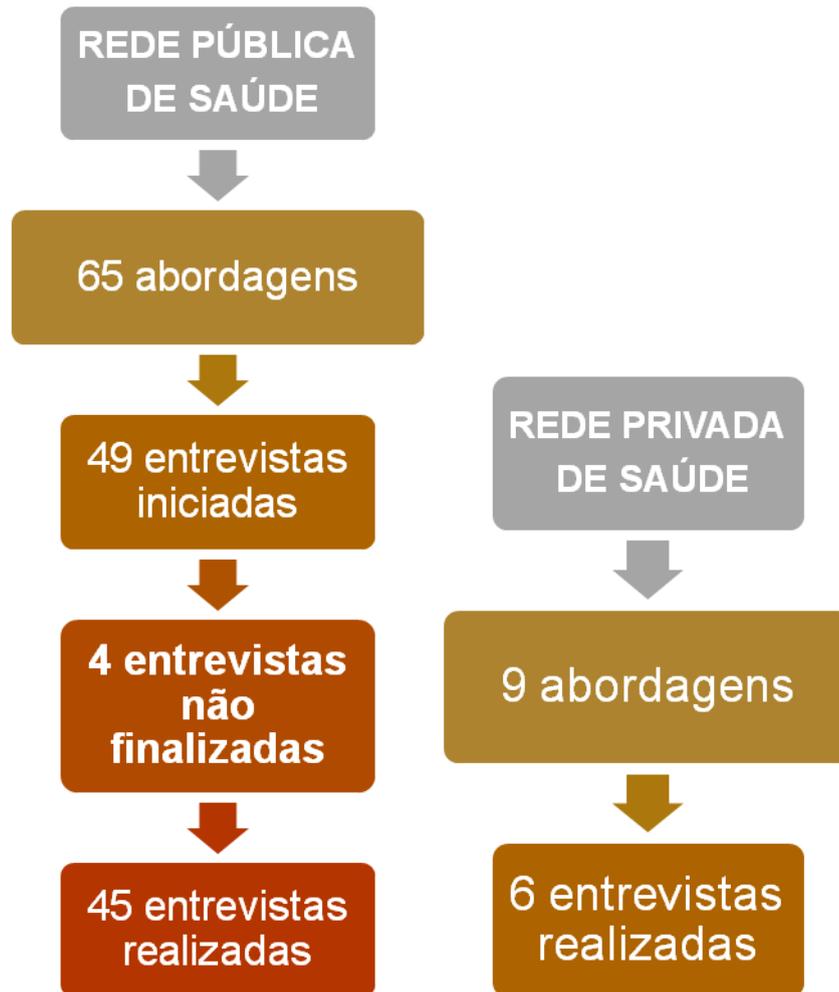
campo, sendo estas três alunas de doutorado em saúde coletiva, com o suporte de uma aluna de pós-doutorado. As pesquisadoras participaram não só da coleta de dados, como também do desenvolvimento do instrumento, por exemplo, realizando a modificação, adaptação de vocabulário e abordagem necessária para uma melhor compreensão da entrevistada, mediante treinamento prévio para a aplicação do mesmo.

As participantes foram abordadas e convidadas a participar do estudo quando se encontravam na sala de espera das unidades de saúde, enquanto aguardavam as consultas. Foram realizadas por volta de 65 abordagens, de acordo com os critérios de inclusão. A partir destas, iniciaram-se 49 entrevistas, porém 4 não foram concluídas, por interrupção, devido a entrevistada ter sido chamada para a consulta e/ou não ter interesse em continuar a responder às perguntas, sendo realizadas ao final 45 entrevistas (figura 8).

O início do contato se dava com a apresentação e a explanação da pesquisa e, logo em seguida, após esclarecimento e consentimento, era feito o convite para participação na coleta de informações no mesmo local, que era viável devido ao tempo longo de espera.

Na rede particular, utilizou-se a técnica da bola de neve para a obtenção da amostra (VINUTO, 2014), abordando-se a primeira informante-chave, que era acompanhada em uma clínica particular no município de Fortaleza que atendia prioritariamente mulheres. A partir de então, a informante possibilitou o acesso à sua rede social de mulheres, que estivessem sendo acompanhadas ou tivessem sido acompanhadas na mesma clínica de 2015 a 2018. As entrevistas foram realizadas em locais previamente estabelecidos entre a pesquisadora e a entrevistada, sendo predominantemente locais de trabalho e residências. Foram abordadas 9 mulheres, de acordo com os critérios de inclusão, porém apenas 6 entrevistas foram realizadas por se enquadrarem no perfil esperado (figura 8).

Figura 8 - Realização das entrevistas do estudo na rede pública e privada de saúde em Fortaleza.



Fonte: elaboração própria (2020).

A amostragem foi intencional (KENDALL *et al.*, 2008; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Na REA, foca-se em incluir uma variedade de participantes que tenham o conhecimento e a experiência na problemática estudada para se alcançar o objetivo esperado. Os participantes devem representar uma gama de perspectivas encontradas nas áreas-alvo como um todo, isso permite uma análise aprofundada e multifacetária de conceitos, ideias e comportamentos (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Os estudos de REA usam geralmente amostragem intencional e em bola de neve que, algumas vezes, são utilizadas de forma conjunta. A amostra intencional envolve a identificação e seleção de indivíduos, comunidades ou organizações que possivelmente têm um perfil que vai ao encontro do fenômeno de interesse. A amostragem em bola de neve é uma técnica adequada quando se busca investigar

populações-alvo mais restritas e/ou quando se pretende compreender relações interpessoais em um contexto (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

O quantitativo de informantes foi determinado pelo princípio da saturação teórica (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020), que se compreende quando os dados obtidos apresentam, sob a ótica do pesquisador, uma repetição ou redundância e quando se tem o alcance da suficiência de significados sobre o objeto estudado, não sendo relevante continuar a coleta de dados. O foco não está na quantidade de entrevistas, mas quando se considera que foi possível apreender um fenômeno em que não há informações novas adicionais (FONTANELLA *et al.*, 2011; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados (juntamente com a análise dados) foi realizada de julho de 2017 a janeiro de 2019, utilizando-se um diário de campo para registro de observações do estudo e entrevistas semiestruturadas baseadas em um guia (APÊNDICE B), desenvolvido com base na literatura científica sobre as temáticas abordadas e nas experiências dos pesquisadores em projetos anteriores (AFABLE-MUNSUZ *et al.*, 2006; IULIANO *et al.*, 2006; KENDALL *et al.*, 2005).

As notas de campo registradas no diário foram feitas desde a chegada no local da entrevista até a finalização das mesmas. Elas são úteis para auxiliar na organização e nas observações relacionadas às respostas, uma comunicação não verbal que sinaliza impressões e reflexões imediatas à medida que ocorrem e, assim, levam a uma compreensão holística. Elas fornecem descrições que dão um maior significado e ampliam a compreensão do fenômeno estudado, podendo registrar o ambiente físico e o contexto social em que ocorre a investigação (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008). Assim, observávamos o comportamento das mulheres no momento da abordagem e convite à entrevista, a expressão delas ao responderem algumas perguntas, entre outros aspectos.

As entrevistas semiestruturadas são um método em que existem algumas questões previamente estruturadas para orientar a conversa, mas permite uma discussão desestruturada (mas direcionada às questões relevantes) entre o entrevistador e os participantes (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020). Por ser

flexível, permite incluir novas questões levantadas provocadas pelas narrativas das vivências dos entrevistados que sejam relevantes para os objetivos da pesquisa. O entrevistado fala mais livremente sobre o assunto e o pesquisador realiza apenas perguntas que direcionem o discurso em busca de maior profundidade (MINAYO; COSTA, 2018; GASKELL, 2008; BOSI; MERCADO, 2007; BERNARD, 2006).

O guia continha seções relacionadas ao perfil sociodemográfico; conhecimento das mulheres sobre o mosquito, Zika e microcefalia; propósitos reprodutivos e Zika; planejamento familiar; aborto e utilização dos serviços e educação em saúde.

Os dados sociodemográficos captados foram: idade; estado civil; número de filhos; naturalidade; classe social; raça; religião; ocupação; escolaridade. Foram relevantes para a compreensão do contexto das mulheres. Ressalta-se que as informações foram autodeclaradas pelas entrevistadas.

O foco desse estudo recai sobre as questões relacionadas à compreensão de como a epidemia de Zika influenciou tanto as intenções de gravidez e o planejamento familiar, incluindo o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE B) foi adaptado pelas pesquisadoras após a realização de 8 entrevistas piloto (que foram descartadas) realizadas em novembro de 2016 e fevereiro de 2017 com mulheres que correspondiam ao perfil da pesquisa. A cada entrevista, as informações coletadas foram transcritas, juntamente com as anotações de campo, e analisadas pelos pesquisadores, a fim de identificar aspectos importantes para o objetivo da pesquisa até a versão final do instrumento.

As entrevistas foram realizadas individualmente com duração média de 35-40 minutos após a abordagem, esclarecimento e consentimento da participante. As mulheres não foram abordadas por idade, raça, estado civil ou estado fértil.

Na rede pública, as entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde, em um espaço mais afastado/reservado, enquanto as mulheres aguardavam a consulta (mas dentro da própria unidade de saúde), somente com a entrevistadora e a participante (exceto quando a mesma estava só com criança), para que não houvesse interferência nas respostas das entrevistadas. As pesquisadoras de campo ocasionalmente observaram as mulheres que aparentavam apresentar o perfil da pesquisa e, desta forma, abordaram-nas. Ressalta-se que a entrevista

poderia ser interrompida a qualquer momento, quando a usuária fosse chamada para seu atendimento e, após finalizada a consulta, seria continuada, caso ela se disponibilizasse.

Na rede particular, devido ao tempo, foi agendado um horário de acordo com a disponibilidade de cada entrevistada, na residência ou local de trabalho delas.

Como as entrevistas foram realizadas após o pico da epidemia, as mulheres foram questionadas sobre seus comportamentos atuais e comportamentos durante o pico epidêmico entre 2015 e 2016. As entrevistas foram gravadas com uso de um gravador de áudio do grupo disponibilizado para a pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Considerando os estudos de REA, seguimos as etapas descritas no método (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020) como os componentes essenciais da análise dos dados, sintetizados no quadro 2:

Quadro 5 - Componentes de análise de dados de estudos de REA.

COMPONENTES DE ANÁLISE DE DADOS DE ESTUDOS DE REA	
Debriefing	Processo de análise contínua das informações até então coletadas para primeiras significações e ajustes.
Redução dos dados	Etapla na qual é feita a codificação, imersão e um memorando dos dados para obter uma percepção dos principais aspectos reflexivos do material encontrado. Podem ser usados softwares mais básicos, como <i>Microsoft Office Excel</i> .
Interpretação dos dados	Quando os assuntos são explorados e assim se desdobram em categorias ou blocos de dados semelhantes ou controversos e delas desdobram-se os temas que respondem à pergunta principal do estudo.
Representação dos dados	Expressão ou demonstração dos resultados encontrados. Em uma estrutura narrativa, utilizam-se de variadas ferramentas, quando for o caso, como fotografias, por exemplo, para responder o objetivo buscado.

Fonte: elaboração própria (2020).

As informações coletadas foram submetidas à leitura juntamente com as notas do diário de campo, a fim de reunir aspectos importantes ao objetivo (BERNARD, 2006). À medida em que ocorriam as entrevistas, cada uma delas era transcrita e analisada, possibilitando a redefinição e reformulação da profundidade da investigação. As transcrições não foram devolvidas aos participantes e nenhuma entrevista foi repetida. Cada entrevista foi nomeada com as iniciais da pesquisadora e numerada em consonância com a ordem da coleta. A fim de preservar o anonimato, a identificação das entrevistadas nos resultados foi feita pela seguinte codificação: entrevistada (E), seguido de numeral cardinal (E1, E2, E3... E5).

Após a reunião e a ordenação dos dados, houve a leitura do material, avaliação de sua qualidade e análise para as primeiras unidades de significação. Um banco de dados foi criado para arquivar as entrevistas. As notas de campo foram revisadas e adicionadas ao mesmo. Em seguida, iniciou-se um processo de compreensão do fenômeno, síntese, discussão das causas, relações, recontextualizando em novos conhecimentos (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; MINAYO; COSTA, 2018; THORNE, 2000).

Periodicamente, foram realizados encontros entre as pesquisadoras para discussão relacionada aos domínios de pesquisa do guia e aos temas emergentes, a fim de um alinhamento das informações. Estas foram ilustradas com citações das entrevistas, caracterizando os principais aspectos compartilhados entre as mulheres (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008; KENDALL *et al.*, 2005).

Poderia-se chamar isso de esquema circular de análise, o qual possibilita uma retroalimentação permanente com análise inicial dos primeiros dados e conclusões prévias que reorientam a obtenção de novos dados, sejam aqueles adicionais ou um aprofundamento de aspectos confusos ou contraditórios (BOSI; MERCADO, 2007).

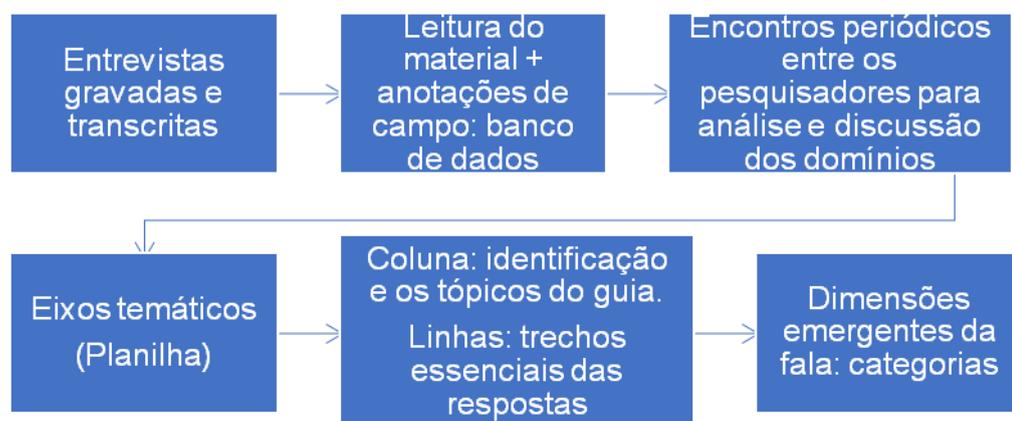
No método de REA, nomeia-se como *Debriefing*, o processo essencial pelo qual os pesquisadores se reúnem regularmente durante o trabalho de campo para compartilhar os aprendizados e determinar a direção da coleta de dados subsequentes. Esse momento ajuda no compartilhamento de várias perspectivas e informações trianguladas entre os membros da equipe, fontes dos dados e métodos. Isto ajuda a identificar tópicos e pontos relevantes para acompanhamento em que

seja necessário uma sondagem adicional e o rastreamento de outros contextos e ajustes relacionados ao trabalho de campo (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Os temas explorados basearam-se em um acordo entre os pesquisadores de campo, do projeto e coordenadores da pesquisa. Foram identificados e agrupados eixos temáticos, organizados em uma planilha, utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel*®. Essa planilha foi estruturada em colunas, nas quais constavam a identificação e os tópicos do guia e em linhas, que foram preenchidas com os trechos essenciais das respostas das entrevistadas para rastrear as características sociodemográficas da amostra. As respostas do guia nos permitiu verificar a frequência de determinadas respostas e explorar as associações entre elas. Compilaram-se as diversas dimensões emergentes das falas que, baseadas na literatura, evidenciaram as categorias deste estudo explanadas a seguir nos resultados (KENDALL *et al.*, 2008; FEREDAY; MUIR-COCHRANE, 2006).

Em síntese, a análise dos dados seguiu as etapas descritas abaixo (figura 9).

Figura 9 - Síntese das etapas de análise dos dados



Fonte: elaboração própria (2020).

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à plataforma Brasil no 1º trimestre de 2017 para análise dos aspectos éticos da pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer de nº 2.108.291 (ANEXO B). A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre

as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assim como os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Todo o processo de coleta de dados foi pactuado previamente nas unidades de saúde, entre os coordenadores das mesmas e as pesquisadoras do estudo, por meio de visitas em campo para apresentação da pesquisa e verificação da disponibilidade dos mesmos em aderirem à proposta. Após o consentimento, foram agendadas as datas para a realização das entrevistas, de acordo com o funcionamento da unidade. As participantes, quando abordadas, foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Após o esclarecimento de possíveis dúvidas e concordância, assinaram o termo, assim como a pesquisadora e testemunhas, garantindo a preservação dos aspectos éticos de pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados na formatação de dois artigos científicos intitulados: “Fatores que influenciam a decisão de engravidar em contexto de epidemia de Zika: considerações de resultados de um estudo qualitativo sobre Zika no Brasil” (submetido) e “Conhecimento sobre o uso de contraceptivos em contexto de epidemia de Zika no Brasil” que está em processo de ajustes para a submissão.

Estes artigos estão dispostos a seguir, a partir dos seus resultados. As versões na íntegra encontram-se nos Apêndices D e E.

5.1 Quem são essas mulheres?

As participantes do estudo (tabela 1) estavam predominantemente na faixa etária de 20 a 29 anos (45%), nascidas no município de Fortaleza (68,6%) e pertenciam à classe social baixa (84,4%).

A maioria das entrevistadas classificou-se como de raça parda (50,9%); eram casadas (60,7%); com média de $1,7 \pm 0,7$ filhos e desenvolviam alguma atividade remunerada (43,1%). Quanto à escolaridade, 31,3% concluíram o ensino médio; e relacionado à religião, foi igualmente dividida entre católica (31,3%) e evangélica (31,3%). As respostas foram autodeclaradas e espontâneas.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, Fortaleza, Ce.

Característica	N (51)	Frequência %
(continua)		
Faixa Etária		
16-19 anos	8	15,6
20-29 anos	23	45,0
30-39 anos	20	39,2
Classe Social		
Baixa	43	84,4
Média	8	15,6

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, Fortaleza, Ce.

Característica	N (51)	Frequência %
(continuação)		
Estado Civil		
Casada	31	60,7
Solteira	13	25,4
Divorciada	1	1,9
Não informou	6	11,7
Filhos		
Sem filhos	9	17,6
Gestantes sem filhos	6	11,7
Gestante com filhos	2	3,9
Com filhos (não gestante)	33	67,3
Não informou	1	1,9
Raça		
Branca	10	18,8
Parda	26	50,9
Negra	10	19,6
Não informou	5	9,8
Religião		
Católica	16	31,3
Evangélica	16	31,3
Santos dos últimos dias (mórmons)	5	9,8
Sem religião	9	16,9
Não informou	5	9,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	3,9
Ensino Fundamental Completo	2	3,9
Ensino Médio Incompleto	13	25,4
Ensino Médio Completo	16	31,3
Ensino Superior Incompleto	8	15,6
Ensino Superior Completo	7	13,7

Tabela 3 - Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, Fortaleza, Ce.

Característica	N (51)	Frequência %
Não informou	3	5,8
(conclusão)		
Nascida em		
Fortaleza (Ceará)	35	68,6
Interior do Estado do Ceará	8	15,6
Outro Estado	4	7,8
Não Informou	4	7,8
Ocupação		
Atividade remunerada	22	43,1
Atividade não remunerada	19	37,2
Estudantes	6	11,7
Não informou	4	7,8

Fonte: elaboração própria (2020).

5.2 Artigo 1: Fatores que influenciam a decisão de engravidar em contexto de epidemia de Zika: considerações de resultados de um estudo qualitativo sobre Zika no Brasil

Título: Fatores que influenciam a decisão de engravidar em contexto de epidemia de Zika: considerações de resultados de um estudo qualitativo sobre Zika no Brasil.

Objetivos:

- a) explorar as recomendações e resposta do sistema de saúde à infecção pelo ZIKV;
- b) analisar a percepção da população feminina à infecção pelo ZIKV por meio de um enfoque na decisão de engravidar durante a epidemia de Zika.

As entrevistas: no geral, das 51 mulheres que foram entrevistadas, 4 (7,8%) disseram que adiaram gravidez principalmente por causa da infecção do Zika Vírus, 20 (39,2%) não planejavam engravidar, 18 (35,2%) estavam tentando engravidar e 9 (17,6%) tiveram gravidez não planejada.

As principais categorias que emergiram a partir da análise dos dados foram: 1) A Zika não influenciou sobre a intenção/decisão de engravidar e 2) Motivos de adiamento da gravidez durante a epidemia de Zika. As categorias são apresentadas a seguir, exemplificadas por citações das falas das mulheres entrevistadas, utilizando como identificação o código da entrevista e a característica de idade e quantidade de filhos.

Categoria 1: A Zika não influenciou a intenção/decisão de engravidar.

Quando questionadas se o surgimento da doença influenciou na intenção de engravidar, a maioria das entrevistadas (n=47, 92,1%) assinalou que a decisão de engravidar não foi transpassada pela emergência da Zika. A negação da influência da epidemia não dizimou o receio e o medo das consequências do adoecimento: “Não. Mas eu ficaria receosa, com um pouco de medo” (E47 - 29 anos, sem filhos).

O não pensar sobre o assunto de decisão de engravidar na época da epidemia coincidiu com a decisão de não desejar ter filho: “Não, acho que não [que Zika influenciou essa decisão]. Eu nunca parei para pensar o quanto o Zika atrapalha, acredito que até porque não quero mais ter filho” (E51- 33 anos, 1 filho).

Houve mulheres que já vivenciavam a gravidez quando os casos de Zika e suas complicações surgiram, não restando a opção de pensar se adiar ou seguir o plano de engravidar influenciado pela epidemia. No entanto estimulou o seguimento das recomendações de prevenção do agravo; a adoção de medidas de controle vetorial no domicílio e de proteção individual marcou as práticas de autocuidado para o seguimento de algumas gestações: “Quando engravidei da minha filha mais nova foi na época da doença. Tive medo, mas eu queria ter mais um filho, então busquei orientação pra me cuidar bem e me prevenir de adoecer” (E4 – 25 anos, 3 filhos). “Quando estouraram mesmo as notícias sobre a doença, eu já estava grávida, então eu tentei ficar tranquila, tentei só ficar atenta aos cuidados, não tinha mais o que se fazer” (E17 – 29 anos, 1 filho).

Outro grupo de mulheres relatou não ter adiado ou interrompido uma possível gravidez devido ao Zika vírus. Afirmaram ter medo das consequências e tinham a intenção de adiar a gravidez, mas não conseguiram. Estando grávidas, decidiram dar continuidade a gravidez, buscando seguir as recomendações em saúde, como demonstra esta citação: “Eu engravidei na época da epidemia, não era

uma gravidez planejada, mas depois segui todas as recomendações, como evitar água parada, usar repelente, para prevenir a doença” (E27 - 31 anos, 1 filho).

Embora haja a ameaça da infecção pelo vírus de Zika, o desejo pela maternidade supera o risco. Esta mulher fala de uma decisão conjunta de gravidez e que o desejo não interfere em ter um filho com alguma doença ou não. Há uma citação novamente de um “cuidado certo”:

Então... a gente fica com medo porque você quer engravidar, existe um risco, então você toma os cuidados certos. Acho que vai depender da pessoa, do casal, porque se você tem o sonho de ser mãe, aí você não se importa em ter um bebê doente ou não. (E13 - 21 anos, gestante).

Embora esta mãe tenha expressado falta de preocupação com o Zika: "Nunca pensei em Zika, queria engravidar porque era a minha vida" (E2 - 29 anos, 2 filhos).

Descobrimos uma linha de argumentação sobre a tomada de decisão sobre fertilidade que conciliava o desejo pela maternidade, idade e estágio da vida e carreira profissional. Essa tríade reúne fatores que parecem afetar essa decisão. A escolaridade/carreira profissional foi o incentivo para esta mulher adiar a gravidez: "Não pretendo ter um filho agora, não é por causa dessa doença. Quero me concentrar nas coisas pessoais, terminar a faculdade" (E 47 - 29 anos, sem filhos).

A decisão anterior desse casal sobre quando engravidar, com histórico de perda de uma gravidez e o avanço da idade da mulher, parecia ser decisiva. Ela também mencionou o cuidado preventivo:

Eu e meu marido temos muita vontade de ter filhos, há 1 ano eu já perdi um bebê na barriga e minha idade está avançando, não dá para esperar passar isso, é muito difícil, prefiro ter todos os cuidados que devemos ter e seguir. (E8- 37 anos, sem filhos).

Não adiar a gravidez por causa da epidemia e seguir as recomendações para prevenção do Zika como medida de proteção foi considerado como fator de favorecimento a viver uma gravidez segura, sem sentimento do medo de adoecer:

Em nenhum momento sentimos medo ou paramos de tentar engravidar por causa da doença, tomamos os cuidados necessários como o uso de repelente. Decidimos que se caso algum de nós (casal) fosse infectado por Zika, adiaríamos cerca de 6 meses para engravidar até passar o que é chamado de tempo viral no organismo. (E16 - 30 anos, gestante).

Embora não abordando o que aconteceria se a infecção acontecesse durante a gravidez, essa mulher também alegou eficácia do uso de repelente para evitar a infecção pelo ZIKV. Junto com outros elementos do cuidado, o conhecimento dessas medidas era incompleto, assim como as próprias recomendações. Por exemplo, quando questionadas sobre o uso de repelente, as mulheres relataram que só usariam repelente quando saíssem de casa e / ou não cobrissem toda a pele com qualquer tipo de pano.

Este uso esporádico, embora improvável de prevenir a infecção, foi justificativa suficiente para muitas mulheres continuarem a conceber ou continuar com uma gravidez. O repelente acabou se tornando uma parte adicional dos cuidados necessários durante a gravidez.

Em 2015, quando apareceu a doença, como engravidar fazia parte dos meus planos, mas não exatamente naquele momento, eu tinha medo de adoecer porque sabia que se adoecesse teria que esperar pelo menos 1 ano para ficar grávida. Fiquei atenta ao usar roupas com mangas ao sair de casa, por exemplo, principalmente em lugares arborizados; agora estando grávida, usava direto o repelente, [embora] mais no início [da gravidez]. Nem sempre me lembrava por que você já tem que ter tanto cuidado com tanto durante a gravidez, então era mais uma coisa para lembrar. (E15 -31 anos, gestante).

Manter um plano para engravidar independente da doença teve como justificativa a possibilidade de contrair a doença não ser um risco iminente. Por considerar a doença como desconhecida e por ponderar a possibilidade de adoecer ou não, de infectar ou não o conceito, levou algumas mulheres a desconsiderarem a ocorrência do adoecimento por Zika para decisão de engravidar: “Em nenhum momento parei de engravidar por medo de ficar doente porque tudo é desconhecido, pode acontecer ou não que você adoença e passe algo para o seu filho” (E1 - 19 anos, 1 filho e gestante).

O surgimento de uma doença caminha lado a lado com a construção do conhecimento popular sobre sua definição, características, respostas e outras características. No caso do Zika, algumas mulheres consideraram que a falta de conteúdo consistente sobre o Zika e seus efeitos e a recomendação destacada para adiar a gravidez não eram convincentes em face das intenções de engravidar:

Eu já estava grávida quando surgiu a notícia sobre o Zika. Isso não me assustou ou me influenciou a desistir ou adiar a gravidez, mas era tudo tão novo e sem conteúdo consistente. Não considero eficaz a recomendação de

adiar a gravidez porque você está lidando com a vida e os sonhos de uma pessoa, de um casal e não é assim que se resolve. (E17 - 29 anos, 1 filho).

Quando levantado o contexto de educação em saúde e recomendações sobre o Zika, as mulheres relataram não saber muito sobre a doença, mas também evitaram o conhecimento do Zika para não se preocupar. “Eu via umas coisas na televisão, conversava algumas coisas com minhas amigas, mas bem superficial para não me preocupar. Se não fosse minha idade acho que teria esperado passar mais esse alarde todo da doença” (E14 – 32 anos, gestante).

O conhecimento popular também influenciou as mães. A ocorrência esporádica de casos foi considerada um sinal de redução do risco. Esta mãe também demonstra certa resignação sobre os resultados do nascimento:

Eu não pretendo ter filho agora, mas acho que a doença não influencia muito, porque é difícil, você mal escuta aqui ou acolá um caso de Zika, que a criança fique realmente doente. Acho que quando é para acontecer, acontece. (E32 -26 anos, sem filhos).

Categoria 2: Motivos de adiamento da gravidez durante a epidemia de Zika.

Quatro (4) participantes do estudo (7,8%) referiram adiar gravidez devido ao medo do adoecimento e os riscos que Zika poderia trazer.

Quando fiquei sabendo dessa doença, pensei em engravidar de novo, mas resolvi adiar até passar esse momento da epidemia, para não correr o risco de ter Zika e meu filho ser prejudicado, de nascer com problemas de saúde. (E22 - 34 anos, 1 filho).

Na época da epidemia, eu estava casada e até pensando em engravidar, mas preferi deixar para lá... tinha medo da transmissão da doença, de chegar ao ponto de ter o adoecimento e correr o risco de o bebê nascer com a doença [microcefalia], tinha mais cuidado para não engravidar por causa disso. (E23 - 30 anos, sem filhos).

Quando questionadas sobre quanto tempo iriam adiar a gestação, as mulheres não responderam com precisão, mas mencionaram o período de chuvas na região de Fortaleza, que pode durar até 6 meses.

A intenção de evitar ou adiar a gravidez nem sempre teve relação direta com a epidemia de Zika. Ter um companheiro e a disponibilidade de recursos para manter a vida da criança foi importante na decisão:

Minha decisão de não querer ter filhos não tem nada a ver diretamente com a epidemia de Zika. Já tenho dois filhos, me separei do pai deles, as

condições não são tão boas para ter filhos, ainda mais com essa doença, de ter filho doente, então é melhor evitar (gravidez). (E19 - 31 anos, 2 filhos).

A decisão de evitar ou adiar também expressa a preocupação financeira que era mais relevante do que a possibilidade de doença: “A minha decisão de engravidar ou não, não tem relação com a epidemia de Zika. Nenhuma influência. Não queremos engravidar é por conta das condições para criar um filho” (E21 - 26 anos, 1 filho).

Esta mãe está preocupada com as implicações de ter um filho com alguma doença em relação à dinâmica familiar:

Quando eu vi sobre essa doença, pensava em engravidar de novo, mas resolvi adiar, ficar só com um filho por enquanto, pra não ter perigo de ter Zika e meu filho ser prejudicado porque a gente não tem muitas condições financeiras e ainda mais ter um filho correndo esses riscos iria ser muito difícil. (E03 – 34 anos, 1 filho).

A dependência financeira que algumas mulheres tinham do companheiro como único provedor da família também estava entre os motivos para não engravidar:

Não tem relação eu não querer mais filhos por conta da doença, é por conta das condições financeiras e eu já tenho 2 filhos e na minha casa só meu esposo que trabalha. Eu não posso trabalhar porque tenho que cuidar dos meus filhos que são muito pequenos. (E36 - 19 anos, 2 filhos).

Discussão: nossos resultados apresentam uma ampla gama de respostas a perguntas sobre a influência da epidemia de Zika na tomada de decisão sobre fertilidade. Não é surpreendente que nossas descobertas, o resultado de entrevistas que exploram vários aspectos da tomada de decisão sobre fertilidade em casais jovens, identifiquem uma complexidade de justificativas. A decisão de ter filhos, dependente de muitos fatores, incluiu o risco de Zika, como uma nova doença, sendo apenas um dos fatores.

Conhecer projetos de vida, desejos e ambições, frente ao cenário de vulnerabilidade aponta para a problematização que cerca o domínio feminino sobre seus planos de maternidade. Na tomada de decisão diante de situações de saúde e epidêmicas, devem ser considerados os elementos sociais e culturais envolvendo o cuidado integral e auxiliando em suas decisões sexuais e reprodutivas (BRANDÃO; CABRAL, 2017; NUNES; PIMENTA, 2016).

Ao falar em evitar ou adiar a gravidez, as mulheres levantaram os motivos econômicos que estavam como um dos principais fatores, que se tornou relevante em um momento de crise econômica que o Brasil estava passando principalmente de recessão e desemprego (MARTELETO *et al.*, 2020). A queda relatada nas taxas de natalidade no período epidêmico pode estar relacionada tanto a questões econômicas quanto epidemiológicas.

Ao mesmo tempo, as razões para engravidar durante o período do Zika lançam uma luz sobre a disposição das participantes em acreditar no valor de "cuidado", uma palavra que era usada para representar opções preventivas em um modo de aceitar e seguir essas intervenções insuficientes como eliminar criadouros ao redor de suas casas, usando repelente quando saíam de casa ou, ocasionalmente, usando calças e camisas de manga comprida. Praticar essas recomendações traz uma percepção de gravidez segura (NUNES *et al.*, 2016).

Um estudo sobre a tomada de decisão na gravidez com mulheres soropositivas no Brasil em um momento de transmissão vertical substancial relatou que embora as mulheres se preocupassem com a transmissão da doença para o bebê, elas eram suficientemente motivadas pela fé e pela promessa de bons cuidados clínicos para prosseguir com a gravidez (LOBO *et al.*, 2018).

A associação do Zika à microcefalia foi o maior alerta no cenário epidêmico. Situações conflitantes que geraram um medo que repercutiu no modo da população feminina lidar com isso. O período da gravidez, por si só, gera maiores necessidades de suporte para a mulher. Uma adequada orientação e cuidado favoreceria um melhor acompanhamento clínico, maior apoio psicossocial para mulheres infectadas e um significativo fortalecimento bilateral entre o sistema de saúde e a comunidade (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Seguir recomendações de Zika, mesmo sob o risco de adoecimento, traz um peso de responsabilidade sobre a mulher, assim como outros cuidados já estabelecidos para qualquer gravidez. Em um estudo com mulheres em idade reprodutiva sobre seguir a recomendação de adiar uma possível gravidez, as entrevistadas consideraram essa orientação como algo que tirava a autonomia e controle da mulher sobre esse desejo (STOLOW *et al.*, 2020).

Ademais, referiram ser impossível definir o tempo certo para uma gravidez, principalmente para aquelas que já tinham 30 anos ou mais, devido ao seu cronograma reprodutivo (STOLOW *et al.*, 2020).

As recomendações do governo aconselham que as pessoas esperem pelo menos 3 meses para planejar e/ou tentar a gravidez após o início dos sintomas do Zika. No entanto, uma vez que 80% dos casos de Zika são assintomáticos e não há recomendações para testar mulheres que estavam tentando engravidar, a recomendação é claramente inadequada (POLEN *et al.*, 2018; BORGES *et al.*, 2017).

Em muitas entrevistas, os riscos de gravidez foram minimizados e a adequação das recomendações exaltada. Além das limitações das recomendações, percebe-se uma confusão sobre as implicações de Zika na gravidez, podendo justificar a não adesão efetiva às recomendações ou não influência de forma significativa da doença (SOUSA *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2015).

Ao mesmo tempo, muitos fatores como relacionamentos, experiências negativas de parto anteriores, ausência de apoio familiar e circunstâncias financeiras estão entre os motivos apontados pelas mulheres da amostra para não engravidar (LEVANDOWSKI *et al.*, 2014).

Conforme mencionado anteriormente, durante a epidemia de Zika, o Brasil estava começando a vivenciar a atual instabilidade financeira e o aumento da taxa de desemprego discutido pelas mulheres em nossa amostra como motivo para evitar a gravidez. Também aqui, as circunstâncias socioeconômicas afetam a gravidez. Mulheres mais pobres tendem a se sentir mais limitadas e têm mais dificuldade em planejar a quantidade e quando ter filhos (MARTELETO *et al.*, 2017).

Embora poucas mulheres em nossa amostra tenham relatado evitar ou adiar a gravidez devido ao Zika, 20 participantes não pretendiam engravidar. Nove mulheres haviam engravidado sem planejar, elas também não pretendiam. É perceptível que a maioria das mulheres em nossa amostra não pretendia engravidar. Ainda assim, 35% das mães entrevistadas pretendiam engravidar. O planejamento de ter um bebê durante uma epidemia como o Zika foi justificado de várias maneiras que a recomendação de adiar não abordou.

Para essas mulheres, as recomendações pareciam inadequadas, fornecendo, por um lado, justificativa por meio de recomendações mal pensadas, resultando em problemas como o uso intermitente de repelente e, por outro, não envolvendo seriamente as mulheres nas circunstâncias da tomada de decisão sobre fertilidade. Essa abordagem baseada em informações básicas foi bem criticada por

pesquisadores brasileiros para o Zika e para a Dengue (SOUSA *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2015).

A alta taxa de gravidezes não planejadas no Brasil pode favorecer que Zika influencie pouco ou não tenha nenhum efeito no adiamento de gravidez, portanto na taxa de natalidade e fertilidade (MARTELETO *et al.*, 2020)

A percepção de risco da doença possivelmente influencia o comportamento, as crenças e a resposta de saúde das pessoas. O fato de o Zika ser assintomático pode ser uma barreira para essa percepção. Além disso, quanto melhor a compreensão sobre uma doença, mais fácil será seguir suas orientações de cuidado. Quando isso não é bem compreendido, não será facilmente bem-vindo ou seguido (ALI *et al.*, 2017).

Uns dos nossos achados são consistentes com um estudo sobre a percepção de mulheres sobre a saúde feminina frente à epidemia de Zika, realizado em 2016, na cidade de Fortaleza. O estudo sinaliza que as entrevistadas demonstraram pouco conhecimento sobre Zika e suas possíveis consequências para mulheres em idade fértil, sendo mais direcionado às mulheres grávidas e não a mulheres e homens no geral (ANDERSON *et al.*, 2020).

A fertilidade diminuiu durante a epidemia (e continua diminuindo), mas não influenciada diretamente por Zika. A intenção de engravidar, mesmo considerando o cenário do Zika, é multidimensional, evidenciando a dificuldade de se afirmar que a epidemia influenciou diretamente nessa decisão.

Além disso, a inadequação das recomendações promulgadas é também o que mais pode ser aprendido com nosso estudo. Colocado no contexto da pandemia da COVID-19, muitos paralelos são visíveis. Em primeiro lugar, muitos comportamentos preventivos propostos simplesmente não são viáveis para muitos. Em segundo lugar, a epidemiologia das doenças infecciosas é mal compreendida e ainda mais, mal explicada para o público.

Ademais, as disparidades sociais caracterizam um ambiente propício para doenças infecciosas virais transmitidas por vetores, como *Aedes aegypti*. Não considerar essas questões favorece novas epidemias.

Mesmo enquanto tentamos abordar o SARS-coV-2, os efeitos da infecção pelo vírus Zika e a resposta do sistema de saúde, especialmente nas crianças afetadas, ainda são incertos, criando uma demanda por um sistema de saúde bem

amparado e com equipe adequada para cobrir as existentes e novas ameaças à saúde. Atualmente, isso parece improvável no Brasil.

Os resultados encontrados apontam para aspectos de um panorama que requer estratégias mais efetivas para a realidade contextual, que fortaleçam alternativas de cuidado, considerando não só o cenário do Zika, mas também outras situações epidêmicas que impliquem na saúde reprodutiva e no planejamento familiar.

5.3 Artigo 2: Conhecimento sobre o uso de contraceptivos no contexto da epidemia de Zika vírus no Brasil

Título: Conhecimento sobre o uso de contraceptivos no contexto da epidemia de Zika vírus no Brasil.

Objetivo: verificar o conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos durante o período de epidemia de Zika por mulheres em idade fértil.

As entrevistas: as principais categorias que emergiram a partir da análise dos dados foram: 1) Conhecimento dos métodos contraceptivos e 2) Uso dos métodos contraceptivos. As categorias são apresentadas a seguir exemplificadas por citações das falas das mulheres entrevistadas, utilizando como identificação o código da entrevista.

Categoria 1: Conhecimento feminino sobre os métodos contraceptivos.

Um dos questionamentos feitos às mulheres entrevistadas foi sobre a recomendação do uso de contraceptivos (isolados ou combinados) para evitar transmissão sexual do vírus e a gravidez durante a epidemia. Nenhuma mulher referiu conhecer essa orientação, como também não sabiam da transmissão sexual do vírus.

Os métodos mais citados de conhecimento das entrevistadas foram o preservativo masculino – camisinha, o anticoncepcional oral e injeção hormonal mensal ou trimestral.

Os comprimidos anticoncepcionais é um bom método porque evita gravidez, mas engorda, incha a pessoa. Injeção é bastante utilizada, você toma mensalmente e evita a gravidez e não tem nenhum malefício. A camisinha é muito utilizada porque evita de engravidar e previne de pegar doenças também e não tem nenhum malefício. (E11, 19 anos).

“Eu conheço a maioria dos métodos. Apesar de eu não usar o mais vantajoso deles é a camisinha que ela evita as doenças e engravidar” (E32, 26 anos).

A injeção é muito comum, muito usada, pode ser de 3 em 3 meses ou todo mês; evita a gravidez, mas não é totalmente confiável. A pílula é muito usada, mas tem que tomar todo dia e mesmo horário para realmente ter efeito. A camisinha é muito usada e previne mais porque além da gravidez, previne doenças, mas pode dar alergia. (E1, 19 anos).

Quando questionadas sobre o conhecimento de outros, métodos algumas mulheres afirmavam que não sabiam quase nenhuma informação sobre eles, como, por exemplo, em relação ao dispositivo intrauterino (DIU). “Tem o DIU também, o que eu sei é que é bem usado, mas não é totalmente confiável e pode causar dor e inflamação no útero” (E6, 23 anos). “O DIU não sei muito. Vi na internet que é um objeto estranho que coloca no corpo e assim impede de engravidar, mas não é muito recomendado, pode dar inflamação” (E09, 35 anos).

Dos métodos que conheciam, as participantes referiram receber informações e orientações em consultas ginecológicas e/ou eventualmente na mídia ou rede social, mas não houve, segundo elas, uma abordagem específica devido à epidemia, nem sobre a necessidade no planejamento ou aconselhamento reprodutivo no período do surto.

As respostas das entrevistas sinalizam uma ênfase dessas mulheres sobre os malefícios dos métodos contraceptivos, sendo possivelmente um importante fator decisivo na escolha do método. “Tem uma injeção que se toma a cada 3 meses, muito usada pra evitar gravidez, mas vai criando uma massa no útero que pode atrapalhar uma gravidez futura” (E6, 26 anos). “Esses métodos como comprimidos, injeções evitam uma gravidez, mas tem muito hormônio e por isso podem causar cisto no corpo, massa no útero” (E13, 21 anos).

O anticoncepcional (oral) é muito usado. Não interfere no prazer, você fica protegido o mês inteiro e é um método barato. O problema é que pode causar problemas circulatórios como trombose e ultimamente tem-se falado até em câncer. (E17, 29 anos).

Categoria 2: Sobre o uso dos métodos contraceptivos.

As entrevistadas que afirmaram que não pretendiam engravidar (n=20, 39,2%) durante o período da epidemia, por diversos motivos, utilizavam métodos

contraceptivos hormonais (injeção mensal ou trimestral) ou de barreira (preservativo masculino). Não houve citação por parte delas sobre mudança de método por causa da doença de forma a garantir uma proteção mais segura.

Nas entrevistas, foi observada a ocorrência frequente de gravidezes não planejadas no período da epidemia, justificado pela falha do uso do contraceptivo, pelo uso irregular do método e, em alguns casos, na mudança de contraceptivo. A maior parte dos casos ocorreu com mulheres que já tinham pelo menos 1 filho. Quanto à idade delas, não houve predominância de faixa etária, embora os casos tenham sido com mulheres até 29 anos.

Quando fiquei grávida ficamos (eu e o meu namorado) felizes, mas assustados. Conteí e ele (namorado) ficou feliz assustado, porque a gente não estava esperando. A gente não queria agora não, mas aconteceu. A gente se prevenia, mas aconteceu. Não sei o que aconteceu com a camisinha. (E38, 16 anos).

Foram citados diversos métodos contraceptivos, sendo o mais frequente o uso do preservativo masculino, que é um contraceptivo de barreira: “A camisinha é bastante usada. É o que eu uso. Ela é boa porque você tá 99% protegida de tudo, de engravidar, de pegar doença. Os riscos é de estourar na hora da relação, de machucar, mas pra mim é o método mais seguro” (E15, 31 anos).

O acesso aos contraceptivos se dava por meio da Unidade de Saúde, o que tinha disponível, ou compra do anticoncepcional oral, que é de baixo custo: “Eu uso o anticoncepcional oral porque é que a gente consegue no posto” (E34, 26 anos).

De acordo com as mulheres que citaram o uso do preservativo masculino, utilizavam-no como o único método contraceptivo. Apenas uma mulher citou a sua utilização com outro método que considerava mais eficaz, o anticoncepcional oral.

Os demais métodos relatados pelas entrevistadas foram o anticoncepcional oral e 2 delas utilizavam método natural (coito interrompido e *Billings*). O uso de outros métodos contraceptivos, como preservativo feminino e DIU, que são de fácil acesso e até mesmo disponibilizados na rede pública, não foram citados pelas entrevistadas. “A camisinha é bastante usada, pois além de proteger de engravidar, protege de doenças, mas tem os riscos de estourar e machucar, mas é o método mais seguro” (E8, 37 anos).

Algumas participantes pretendiam engravidar na época da epidemia, mas adiaram esse desejo por causa da epidemia de Zika (n=4, 7,8%). Por isso, citaram utilizar método hormonal e/ou de barreira para contracepção, como preservativo masculino, mas não houve citação de método de longo prazo.

Na época da epidemia eu estava casada e estava até pensando em engravidar, mas preferi deixar para lá... tinha medo da transmissão da doença, tinha mais cuidado para não engravidar por causa disso, eu usava anticoncepcional oral e preservativo (masculino). (E22, 30 anos).

É válido ressaltar que o uso de contraceptivos, algumas vezes, está relacionado ao desejo ou vontade do ato sexual.

Utilizamos método contraceptivo, mas tem período que eu não quero usar, nem ele (companheiro). Teve meses que eu esquecia de tomar a injeção e a gente ficava usando a camisinha. Sei que não é totalmente confiável, eu já tive uma gravidez não planejada, mas perdi. (E31, 22 anos).

Uma das entrevistadas relatou que a opção de uso por um método contraceptivo de barreira (camisinha) ocorria por ela não reagir bem ao uso de contraceptivos hormonais pela presença de comorbidades: “Uso preservativo porque sou hipertensa e sei que não posso usar outro método” (E43, 35 anos).

Em relação ao preservativo masculino, esse desejo também está atrelado à decisão do parceiro em usá-lo, pois é uma responsabilidade dele. “Engravidar e ter filhos é mais uma decisão da mulher, homem não se importa com isso. Já o sexo e se vai usar ou não o preservativo é mais o homem porque ele pensa mais nisso” (E6, 23 anos). “Geralmente a mulher toma as decisões sobre gravidez, porque o homem não se importa com isso. Quem decide sobre usar o preservativo é mais o homem” (E7, 20 anos).

Discussão: nossos resultados mostraram que a epidemia de Zika não interferiu em um maior conhecimento sobre contracepção ou um melhor planejamento, tampouco em um comportamento efetivo de prevenção durante o período do surto. Informações equivocadas e confusas permeiam esse procedimento.

Os resultados obtidos corroboram com o estudo de Diniz *et al.* (2020), com 22 mulheres jovens nas áreas afetadas, sobre saúde sexual e reprodutiva. Elas relataram ter pouca confiança em alguns métodos anticoncepcionais. Informações inadequadas sobre eles e o risco de uma gravidez indesejada levam a uma adesão inadequada às recomendações de planejamento. Ademais, as histórias que ouviam,

algumas compartilhadas na sua comunidade como, doenças geradas pelo uso de contraceptivos levam ao receio dessas mulheres em utilizá-los.

Assim como no nosso estudo, as 22 respondentes da pesquisa de Diniz *et al.* (2020), não sabiam sobre a transmissão sexual do Zika ou recomendação para uso de preservativo como prevenção desse risco.

O estudo realizado no município de Fortaleza-Ceará, Brasil, que abordava a percepção de mulheres sobre as recomendações de Zika apontou que assim como nossos achados, as participantes não tinham ciência da possibilidade de transmissão sexual do vírus, mostrando uma falha na comunicação em saúde. Consideraram, ainda, a necessidade de o público masculino ser também informado de forma clara, sobre recomendações quanto a gravidez e os riscos de transmissão sexual, pois o homem também tem um papel importante nisso (STOLOW *et al.*, 2020).

Um estudo sobre a percepção de mulheres em relação à saúde feminina frente à epidemia de Zika, realizado em 2016, na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, mostrou que embora 7 participantes relatassem usar regularmente o preservativo para prevenção da transmissão sexual da doença, não houve citação pela maioria das participantes sobre o uso de quais quer outros anticoncepcionais de qualquer tipo como estratégias de proteção. O conhecimento limitado sobre uma doença não é satisfatório para mudar a percepção de risco e o comportamento preventivo (ANDERSON *et al.*, 2020).

Diniz *et al.*, (2019), em seu estudo com 81 mulheres no nordeste do Brasil, para investigar as necessidades sexuais e reprodutiva e desafios no acesso aos serviços de saúde revelou déficit de conhecimento dessas mulheres sobre métodos anticoncepcionais, conceitos errados sobre seus efeitos e eficácia e falhas na comunicação em saúde em um fornecimento de informações limitadas e insuficientes.

Estudos mostram que múltiplos fatores podem influenciar na escolha e utilização de método anticoncepcional. Informações corretas e adequadas não são suficientes para efetivar o comportamento contraceptivo, mas as motivações pessoais, como a história de vida, o acesso, o custo, as crenças sobre a concepção e a interação e/ou abertura de comunicação que se tem com o parceiro implicam na maior adesão ou não aos métodos. Isso também foi observado no nosso estudo (DELATORRE; DIAS, 2015; PATIAS; DIAS, 2014).

Esse contexto ressalta a dimensão social de uma doença, na qual as informações adquiridas não produzem mudanças comportamentais consistentes, enfatizando a relevância desses fatores pessoais como determinantes do uso ou não de contraceptivos (BRUM; CARRARA, 2012).

Uma pesquisa realizada com adolescentes no nordeste brasileiro sobre conhecimento do Zika vírus e contraceptivos mostrou um maior conhecimento e uso dos seguintes métodos: preservativo masculino, preservativo feminino e anticoncepcional oral de emergência. Verifica-se também, especialmente dos métodos DIU, implante subcutâneo, adesivo e diafragma (ARAGÃO *et al.*, 2019).

Divergindo dos nossos resultados, um estudo com mulheres brasileiras no período do surto de Zika apontou que as mesmas passaram a usar algum método contraceptivo ou aquelas que já usavam, começaram a usar de forma regular. Mulheres com baixo nível socioeconômico referiram acesso a menos opções de contracepção que considerassem eficazes; utilizavam injeções, pílulas ou preservativo que eram os recursos mais econômicos e/ou disponibilizados nas unidades de saúde (MARTELETO *et al.*, 2017).

Além disso, relataram que embora tivessem medo de contrair ZIKV e não desejarem ter mais filhos, frequentemente falhavam no uso do método considerando o fato de não se sentirem 100% seguras com quaisquer deles e a dificuldade de negociação com o parceiro (MARTELETO *et al.*, 2017).

Pesquisas mostram que cerca de 25% de mulheres residentes em países em desenvolvimento que evitam engravidar não têm acesso a métodos anticoncepcionais modernos, reversíveis e de longo prazo. Há uma oferta limitada dos métodos, um acesso restrito aos serviços de planejamento familiar (enfrentada principalmente por mulheres pobres, jovens e solteiras), trazendo uma problemática multidimensional (FERREIRA; SOUZA, 2018). Portanto, é válido considerar esse contexto ao abordarmos essa situação, em que não é possível compreender com clareza.

Os resultados de um estudo em Fortaleza, Ceará, com 35 mulheres em idade reprodutiva, sinalizaram também que o acesso aos contraceptivos se dava pelo que era obtido na unidade de saúde. O uso predominante do preservativo masculino possivelmente justifica-se pela facilidade do acesso, obtenção e custo baixo. Contudo, ressalta-se a resistência e a dificuldade de negociação com o parceiro, pois pode levar a uma má interpretação dele em relação a suspeitar de

infidelidade ou de doença sexualmente transmissível (DST) e isso ter outras consequências físicas ou afetivas (STOLOW *et al.*, 2020).

Experiências contraceptivas negativas anteriores, restrições culturais, religiosas e políticas, o receio dos efeitos colaterais são fatores que influenciam no planejamento da gravidez, acarretando em consequências socioeconômicas e ambientais, gravidez não planejada, escassez de educação e acesso à contracepção, abortos, mortalidade materna, etc. (FERREIRA; SOUZA, 2018).

Destaca-se ainda a compreensão cultural que é permeada por valores, crenças, emoções, incertezas e é vinculada a uma série de decisões complexas emaranhadas com as representações sociais de contracepção, maternidade, família e sexualidade. Isso evidencia a problematização do domínio feminino sobre a contracepção focado apenas no aspecto técnico (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

No cenário epidêmico, seja por Zika ou outra situação, o acesso às orientações e o uso de métodos anticoncepcionais eficazes são essenciais. São necessários esforços para uma orientação adequada para que não haja uma operação limitada, sem impacto. As mulheres em grande parte das Américas têm um acesso limitado e enfrentam barreiras no planejamento familiar. A epidemia de Zika evidenciou essa fragilidade do sistema de saúde que desalinha com as recomendações dadas no período do surto (DARNEY; AIKEN; KÜNG, 2017).

Melo *et al.*, (2020), em seus estudos com mulheres, em Pernambuco, no ano de 2016, que tiveram filhos com síndrome congênita de Zika mostra, assim como no nosso estudo, uma ocorrência frequente de gravidezes não planejadas. Os autores destacam a falta de orientação adequada relacionada às intenções reprodutivas das mulheres e falhas na política de planejamento familiar e acesso, que é basicamente centrado na prescrição de métodos anticoncepcionais, ignorando o contexto social em que essa mulher está inserida.

A gestação não planejada tem implicações ambientais e socioeconômicas significativas. O crescimento populacional desorganizado leva à escassez e desigualdade na locação de recursos, educação e acesso à contracepção, além de resultar em aumento de abortos inseguros, mortes maternas em parto e, até mesmo abandono dos filhos e empobrecimento das famílias (FERREIRA; SOUZA, 2018).

No Brasil, mais de 50% dos nascimentos ocorridos entre 2011-2015 foram de gravidezes não planejadas. Este percentual está acima da média mundial de 40% de gestações não planejadas. Esse cenário é considerado um problema de saúde

pública, pois além de estar associado à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), mostra uma falha no controle do processo reprodutivo, principalmente entre mulheres jovens e mulheres já com filhos (BONATTI *et al.*, 2018; TABORDA *et al.*, 2014).

Marteleto *et al.*, (2020) pontuam que essa situação de alta taxa de gravidez não planejada no Brasil pode se tornar uma barreira à compreensão do comportamento contraceptivo diante de Zika.

Ali *et al.*, (2017) afirmam que o insucesso da resposta à recomendação de adiar a gravidez, seja devido ao acesso limitado a anticoncepcionais; falha na educação em saúde; alta taxa de gravidezes não planejadas na América Latina e de violência sexual, favorece também a transmissão sexual do vírus e a ocorrência de abortos.

Estudos mostram que o uso ou não de alguns contraceptivos se dão pelo benefício ou malefícios. Em relação ao uso do preservativo masculino, por exemplo, o desconforto ou influência no prazer sexual se configura como um fator para o não uso do método, prevalecendo o prazer imediato em detrimento da possibilidade de se contrair uma DST ou o uso da camisinha como objetivo de prevenir gravidez (HARPER *et al.*, 2016).

Sobre a discussão do papel da mulher na decisão de contracepção ou gravidez, alguns autores retratam a problemática no contexto de Zika em que, por exemplo, as autoridades de saúde recomendaram que mulheres em áreas de risco evitassem engravidar ou ter relações sexuais, mas de forma geral ignoram o papel do homem nessa situação e até na transmissão da doença (LESSER; KITRON, 2016).

O preservativo masculino não é visto como um recurso satisfatório para os homens, que referem não se sentir à vontade em usá-los. Geralmente, se dá quando outro método contraceptivo hormonal não pode ser usado ou acessado pela mulher, reforçando a solitária responsabilidade dela sobre sua vida reprodutiva e consequentemente uma desigualdade de gênero nesse contexto (COUTO, 2001).

O contexto do relacionamento se configura como um importante elemento na prática contraceptiva. Permanecem ainda de forma resistente as questões de diferença de gênero e a contracepção nas quais evidenciam a vulnerabilidade feminina à dominância masculina: onde é preciso atender à necessidade e desejo do homem; algumas situações de má interpretação do parceiro quando a mulher

preocupa-se em proteger-se; negociação entre o casal do uso do contraceptivo; se há uma rotina sexual ou conjugal instaurada ou não, quando algumas mulheres têm relações interrompidas, levando à descontinuidade do uso do método; recaídas com relacionamentos anteriores, gerando, em algumas ocasiões uma imprevisibilidade dos encontros sexuais sem a devida proteção, etc. (PATIAS; DIAS, 2014; BRANDÃO, 2009).

A epidemia de Zika teve um foco em recomendações governamentais associadas ao planejamento familiar, como adiamento da gravidez e uso de contraceptivos durante o período do surto epidêmico.

Entretanto, percebe-se uma fragilidade nessa abordagem em que o conhecimento e, principalmente, o uso desses métodos de contracepção, favorecem uma conduta e respostas não efetivas ao que se propunha.

É fundamental a compreensão dos fatores intrínsecos por parte das autoridades de saúde, tais como valores, crenças, percepções, motivações que podem influenciar a conduta/comportamento sexual e o modo de utilização correto e adequado dos contraceptivos que podem influenciar as percepções e atitudes dessas mulheres.

As recomendações feitas durante a epidemia de Zika buscavam influenciar a mudança de comportamento de mulheres em idade reprodutiva, mas isso foi feito utilizando mensagens insuficientes e não contextualizada, que podem levar à baixa adesão ou baixo conhecimento sobre as mesmas. Em situações parecidas, como a atual pandemia de COVID-19 (sarbecovírus, com transmissão entre humanos) e/ou possíveis epidemias futuras de arboviroses (transmissão por mosquito), como a Zika, se faz necessário que as autoridades em saúde busquem estratégias que envolvam o contexto comunitário para uma abordagem mais eficaz de processos epidêmicos emergenciais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta à grave epidemia de Zika, em 2015-2016, essa tese revela aspectos relacionados à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar tão enfatizados naquele período. Este estudo sobre a decisão de engravidar no contexto da epidemia de Zika ajudou a entender sobre esse controle de reprodução, trazendo algumas reflexões. O surto da doença foi objeto de discussão para diversos atores, grupos e áreas. Isso foi se delineando, principalmente, quando surgiram os primeiros casos de microcefalia relacionando-os à infecção de gestantes pelo vírus e assim uma possível transmissão vertical.

Observamos que a epidemia pode ter, em algum momento, influenciado, mas não de forma direta, a intenção de engravidar, o que não necessariamente interfere na mudança de um comportamento preventivo.

Investigamos, então, como essas mulheres agiam para se cuidar e até evitar uma possível infecção por via sexual. Aquelas que não pretendiam engravidar como de fato se preveniam ou caso até tivessem uma mudança de desejo, o que elas faziam a partir disso, buscando, antes de tudo, saber o que elas conheciam sobre contracepção.

Os resultados mostraram que embora houvesse um conhecimento já ampliado sobre alguns métodos contraceptivos, ressalta-se, mais uma vez, a inconsistência e a fragilidade nas informações (por vezes controversas), no acesso a esses contraceptivos e que, embora os conheçam, há uma irregularidade no uso permeada por fatores culturais, afetivos, etc. e que Zika não mudou esse cenário, evidenciou o que já era visto no cenário brasileiro, mulheres vivendo gravidezes não planejadas, dificuldade de pactuação e apoio do companheiro, entre outros.

Não foi fácil a imersão nessa pesquisa. A começar pela apropriação de um método de pesquisa ainda não explorado, baseado na etnografia. Contudo foi uma válida experiência de aprendizado e amadurecimento na pesquisa em outra perspectiva. Reconheço a longa jornada e necessidade de aperfeiçoamento desse raciocínio. No percurso, a cada entrevista realizada, saltavam aos ouvidos, algumas expressões dos desejos implícitos daquelas mulheres, da negação, da desestima frente a epidemia, mostrando a dimensão da complexidade dessa temática.

Ao fazer essa referência, lembro-me bem em uma das entrevistas quando a respondente me disse (não só com palavras, mas era perceptível na sua

expressão facial, nos seus olhos): “eu e meu marido queremos muito ter um filho, eu já perdi um, eu não posso mais esperar [devido à idade]”. Poucas palavras expressavam ali um sonho, o que seria a Zika diante disso?

Perceberam-se as diferentes formas e nuances que uma epidemia como a de Zika pode ter quando se refere ao planejamento familiar. Não cabe uma orientação formatada e restrita, não é possível analisar se de fato uma recomendação foi efetiva, sem considerar o contexto, local e fatores.

Apreender de que forma as mulheres recebem essas orientações, com informações adequadas, oportunas, contextualizadas possivelmente influenciem na maneira como aceitem e respondam a essa situação.

Naquele momento, uma recomendação emergencial de adiamento de gravidez, por vezes muito desejada, em meio às notícias que apareciam, pareceu talvez a melhor alternativa, mas o fato é que isso feria no sentido bioético, a autonomia e liberdade de decisão dessas mulheres em decidir sobre sua reprodução.

Uma situação é uma recomendação como essa para uma mulher de 20 anos, outra é para uma mulher com mais de 35, quase 40 anos. Qual a garantia que tínhamos de que tal epidemia iria passar em breve ou não? Por isso, a necessidade de ampliar discussões e questionamentos sobre o momento de engravidar, como algo pessoal, complexo e individualizado.

Ademais, é necessária uma orientação adequada de planejamento familiar pelo serviço de saúde em relação à prevenção e riscos inerentes à infecção. Aqui temos uma lacuna em relação à habilidade do profissional diante de algo inesperado. Os profissionais antes de tudo precisavam ser sensibilizados e capacitados a um acompanhamento adequado nesse planejamento, contracepção, desenvolvendo educação em saúde que promovam autocuidado e empoderamento, assim como sinalizem a situação da epidemia e seus riscos em um acolhimento atento não só às mulheres gestantes, mas a todas em idade reprodutiva.

Um tema que tem muitas dimensões traz à tona vários desafios que ainda deixam algumas questões em aberto como a educação e comunicação em saúde, estratégias de ação de políticas de saúde no enfrentamento de emergências e no cuidado de suas consequências. É preciso aprender e compreender os impactos que se mesclam com as fragilidades do sistema.

Nessa perspectiva, quatro anos após a epidemia de Zika temos a pandemia da COVID-19 em 2020. E algumas lacunas como essas permanecem. Ambas mostram o potencial da saúde (e ciência) brasileira em responder de forma rápida a uma causa, mas expõe também a debilidade das estratégias, como por exemplo, a falha de comunicação em não ser somente um repasse de informações, que marginaliza a autonomia do sujeito e que seja ancorada na articulação dos diversos fatores no enfrentamento do risco. É preciso pensar como uma sociedade pode responder a isso, sendo co-responsável nesse processo e aumentando assim as ferramentas de resposta.

Ressalta-se um aspecto de percepção de risco, a ser discutido, em que um ator não se enxerga nesse cenário, talvez não siga as recomendações governamentais. Na nossa pesquisa, mulheres que desconheciam de fato as orientações, a possibilidade de transmissão sexual, consideravam inconsistentes as notícias sobre Zika e por não pretenderem engravidar naquele momento possivelmente responderam de forma diferente. Hoje, na discussão de COVID-19, da mesma maneira. Aqueles que se consideram como grupo de risco, são mais compreensivos, respondem e seguem as orientações.

A adoção pelo conselho governamental de uma medida de adiamento de gravidez, uso de contraceptivos ignora a possível realidade de que algumas mulheres vivem em não poderem exercer controle sobre a maneira de prevenção e o momento de engravidarabrindo dessa forma um espaço para violência intrafamiliar, dentre elas a sexual. Nesse paralelo, o que estudos futuros podem explorar, temos a pandemia de Covid-19 abrindo discussão também para a maior exposição desse público a esse tipo de violência.

Frente ao exposto, é preciso criar condições que ampliem a visibilidade do problema de que não seja só a mulher o foco de intervenções. As falas repercutem a urgência de se discutir a figura masculina na contracepção, na decisão de engravidar e no acompanhamento gestacional, uma vez que se percebe a forte influência que o homem exerce sobre isso.

Algumas limitações desse estudo são associadas à amostra limitada da pesquisa qualitativa; questões que poderiam ser mais aprofundadas, como por exemplo, termos que são amplamente divulgados, mas pouco conhecidos pelas mulheres como planejamento familiar; a condição das mulheres na rede pública em serem entrevistadas enquanto aguardavam consulta em alguns momentos dificultou

ou não permitiu uma melhor condução na entrevista e conseqüentemente uma debilidade em algumas respostas; o contato pontual entre pesquisador e respondente em que não teve um vínculo pré-estabelecido pode influenciar na profundidade e abertura dada pela entrevistada; a abordagem ser feita somente com as mulheres sem aprofundar o papel e/ou a perspectiva masculina nisso não permitiu desbravar outras interfaces importantes à essa compreensão.

O estudo alcançou seu objetivo e seu delineamento deu maior exposição ao problema, sensibilizando e provocando inquietações que contribuem para orientação nas questões relativas ao enfrentamento e à dinâmica familiar além de colaborar na construção e efetivação de políticas públicas. Foi possível fornecer informações aprofundadas úteis para o desenvolvimento da pesquisa maior e para o aperfeiçoamento de estratégias de saúde e programas voltados para esse público-alvo.

REFERÊNCIAS

- AFABLE-MUNSUZ, A. *et al.* A positive orientation toward early motherhood is associated with unintended pregnancy among New Orleans youth. **Matern Child Health J**, v. 10, n. 3, p. 265-276, 2006.
- AIKEN, A. RA *et al.* The impact of Northern Ireland's abortion laws on women's abortion decision-making and experiences. **BMJ Sex Reprod Health**, v. 45, n. 1, p. 3-9, 2019.
- ALBUQUERQUE, M. F. P. M. *et al.* Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, p. e00069018, 2018.
- ALI, S. *et al.* Environmental and social change drive the explosive emergence of Zika virus in the Americas. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 11, n. 2, p. 1-16, 2017.
- ALSPAUGH, A. *et al.* Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes: an integrative review of qualitative research. **J Midwifery Womens Health**, v. 65, n. 1, p. 64-84, 2020.
- ANDERSON, E. J. *et al.* Women's health perceptions and beliefs related to Zika Virus exposure during the 2016 outbreak in northern Brazil. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 102, n. 3, p. 629-633, 2020.
- ARAGÃO, H. *et al.* Conhecimento sobre Zika vírus e métodos contraceptivos: Ensaio randomizado com adolescentes no Nordeste brasileiro. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 21-32, 2019.
- AUGUST, E. M. *et al.* Community understanding of contraception during the Zika Virus outbreak in Puerto Rico. **Health Promot Practice**, v. 21, n. 1, p. 133-141, 2020.
- BAHAMONDES, L. *et al.* Stagnant contraceptive sales after the Zika epidemic in Brazil. **Eur J Contracep Repr**, v. 22, n. 5, p. 381-383, 2017.
- BARRETT, G.; SMITH, S. C.; WELLINGS, K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. **J Epidemiol Community Health**, v. 58, n. 5, p. 426-433, 2004.
- BAUM, P. *et al.* Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. e00064416, 2016.
- BELTRAME, G. R.; DONELLI, T. M. S. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 206-217, 2012.
- BERNARD, R. H. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. 4. ed. Altamira Press, 2006.

BERNARDI, D. O adiamento do projeto parental na contemporaneidade. **Mudanças, Psicol. Saúde**, v. 26, n. 1, p. 59-64, jan./jun. 2018.

BERTAGNOLI, M. S. F. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. Gestantes soropositivas ao HIV: maternidade, relações conjugais e ações da psicologia. **Psicol., Cienc. Prof.**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 981-994, dez. 2017.

BORGES, A. L. V. *et al.* Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, n. 4, p. 749-756, out./dez. 2017.

BORGES, A. L. V. *et al.* Women's reproductive health knowledge, attitudes and practices in relation to the Zika virus outbreak in northeast Brazil. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. e0190024, jan. 2018.

BOSI, M. L. M. *et al.* O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1287-1296, 2011.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BRAGA, R. C.; MIRANDA, L. H. A.; CORREIO, J. P. C. Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. **Pretextos**, v. 3, n. 6, p. 523-540, jul./dez. 2018.

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

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. e00211216, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00211216. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n2/e00211216/>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

BRITO, M. B.; FRASER, I. S. Zika Virus outbreak and the poor Brazilian family planning program. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 38, n. 12, p. 583-584, 2016.

BROGUEIRA, P.; MIRANDA, A. C. Vírus Zika: emergência de um velho conhecido. **Med. Inter**, v. 24, n. 2, p. 146-153, 2017.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 29, Supl. 1, p. 689-697, dez. 2012.

CARNEIRO, R.; FLEISCHER, S.R. “Eu não esperava por isso. Foi um susto”: conceber, gestar e parir em tempos de Zika à luz das mulheres de Recife, PE, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 709-719, 2018.

CASTRO, M. C. *et al.* Implications of Zika virus and congenital Zika syndrome for the number of live births in Brazil. **PNAS**, v. 115, n. 24, p. 6177-6182, 2018.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do estudo. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CORDOVA, F. P. *et al.* Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 97-102, 2013.

CORREIA, F. G. S. **Soroprevalência de infecção por Chikungunya e Zika e fatores epidemiológicos associados à infecção por Chikungunya em mulheres de 15 a 39 anos em Fortaleza, Brasil 2018.** 2020. 373f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

CORTEZ, E. M. F.; ZAGONEL, I. P. S. Implicações culturais no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher/família e a teoria de Leininger. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 296-302, abr./jun. 2011.

COUTO, M. T. Religiosity, reproduction and health among underprivileged urban families. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 5, n. 8, p. 27-44, 2001.

CRESWELL, J. W.; POTTH, C. N. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches.** Sage Publications, 2. ed. 2007.

CUNHA, R. V. *et al.* **Zika:** abordagem clínica na atenção básica. Mato Grosso do Sul: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2016. 72 p.

DARNEY, B. G.; AIKEN, A. R. A.; KÜNG, S. Access to contraception in the context of Zika: health system challenges and responses. **Obstet Gynecol**, v. 129, n. 4, p. 638-642, abr. 2017.

DELATORRE, M. Z.; DIAS, A. C. G. Conhecimentos e práticas sobre métodos

contraceptivos em estudantes universitários. **Rev SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 60-73, 2015.

DINIZ, D. *et al.* Understanding the sexual and reproductive health needs in Brazil's Zika-affected region: placing women at the center of the discussion. **Int J Gynecol Obstet**, n. 147, p. 269-272, 2019.

DINIZ, D. *et al.* Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in Zika affected regions: a qualitative study in northeastern Brazil. **Reprod Health**, v. 17, n. 1, 2020.

DINIZ, D. **Zika**: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Brazilian women avoiding pregnancy during Zika epidemic. **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 43, n. 1, 2017.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n.1, p. 283-285, jan./mar. 2015.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R.; VON ZUBEN, A. P. B. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 30, 2017.

EICKMANN, S. H. *et al.* Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.

ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* Microcefalia e alterações do sistema nervoso central relacionadas à infecção congênita pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas no estado do Rio de Janeiro: estudo transversal, 2015 a 2017. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, 2020.

FARIAS, M. R. *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, Supl. 2, 2016.

FELDMAN, M. S. **Strategies for interpreting qualitative data** (Qualitative research methods, v. 33). Sage Publications, 1995.

FEREDAY, J.; MUIR-COCHRANE, E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. **Int. J. Qual. Meth.**, v. 5, n. 1, p. 80-92, 2006.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Unmet contraceptive demand. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.**, v. 18, n. 4, p. 691-692, out./dez. 2018.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre, Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.

27, n. 2, p. 388-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. Dengue, Chikungunya e Zika: cenário epidemiológico no Município de Fortaleza até a 8ª Semana de 2019. **Informe Semanal**, 8ª Semana Epidemiológica, 2019.

FRANÇA, G. V. A. *et al.* Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em nascidos vivos no Brasil: descrição da distribuição dos casos notificados e confirmados em 2015-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2, e2017473, 2018.

GARCIA, L. P. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento. **Texto para discussão 2368**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): Brasília, 2018. 62 p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKLELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GONÇALVES, R. P. *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 578-93, jun. 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200578&lng=pt&tlng=pt.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**. v. 53, n. 28, p. 2019.

HAMAD, G. B. N. Z.; SOUZA, K. V. Síndrome congênita do zika vírus: conhecimento e forma da comunicação do diagnóstico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 29, 2020.

HARPER, G. W. *et al.* Drugs, sex, and condoms: identification and interpretation of race-specific cultural messages influencing black gay and bisexual young men living with HIV. **Am J Community Psychol**, v. 58, n. 3-4, p. 463-476, 2016.

HEUKELBACH, J. *et al.* ZIKA virus outbreak in Brazil. **J Infect Dev Ctries**, v.10, n. 2, p. 116-120, 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área territorial oficial**. Fortaleza: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em 21 mai. 2018.

IULIANO, D. A. *et al.* Reasons for contraceptive nonuse at first sex and unintended pregnancy. **Am J Health Behav.**, v. 30, n. 1, p. 92-102, 2006.

KENDALL, C. *et al.* An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS Behav.**, v. 12, p. 97-104, 2008.

KENDALL, C. *et al.* Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans – results of qualitative research. **Soc. Sci. Med.**, v. 60, p. 297-311, 2005.

KENDALL, C. The construction of risk in AIDS control programs: theoretical bases and popular responses. *In*: Parker, R. G.; Gagnon, J. H. (ed.). **Conceiving sexuality: approaches to sex research in a postmodern world.** New York: Routledge, 1995.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos De Metodologia Científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 474-481, mar./abr. 2004.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do Zika no Brasil. **Estud. Av.**, v. 30, n. 88, p. 167-175, 2016.

LEVANDOWSKI, D. C. *et al.* Experiência da gravidez em situação de soropositividade para o VIH: revisão da literatura brasileira. **Anál. Psicol.**, v. 32, n. 3, p. 259-277, jan. 2014. DOI: 10.14417/ap.575. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/44938>. Acesso em: 20 mai. 2021.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 50, n. 36, 2016.

LINDE, A. R.; SIQUEIRA, C. E. Women's lives in times of zika: mosquito-controlled lives? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

LÔBO, A. L. S. F. *et al.* Representações sociais de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana e desejam engravidar. **Texto Context Enferm.**, v. 27, n. 3, set. 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018004440016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300334&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em 20 mai. 2021.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 5, n. 3, p. 55-64, set. 2014.

MADARIAGA, M.; TICONAB, E.; RESURRECION, C. Chikungunya: bending over the Americas and the rest of the world. **Braz J Infect Dis.**, v. 20, n. 1, p. 91-98, 2016.

MAGALHÃES, G. B.; ZANELLA, M. E. A variabilidade climática e a frequência de dengue em Fortaleza, Ce, Brasil. **Revista REDE (PRODEMA)**, Fortaleza, Brasil, v. 9, n. 1, p. 35-50, jan./jun. 2015.

MARCONDES, C. B.; XIMENES, M. F. F. M. Zika vírus no Brasil e o perigo de infestação pelo mosquito Aedes (Stegomyia). **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 49, n. 1, p. 4-10, fev. 2016.

MARTELETO, L. J. *et al.* Live births and fertility amid the zika epidemic in Brazil. **Demography**, v. 57, n. 1, p. 843-872, 2020.

MARTELETO, L. J. *et al.* Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. **Popul. Dev. Rev.**, v. 43, n. 2, p. 199-227, jun. 2017.

MCMULLEN, C. K. *et al.* Rapid assessment of clinical information systems in the healthcare setting. **Methods Inf Med.**, v. 50, n. 4, p. 299-307, jan. 2011. DOI: 10.3414/EM10-01-0042. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.3414/ME10-01-0042>. Acesso em 20 mai. 2021.

MELO, A. P. L. *et al.* "Life is taking me where i need to go": biographical disruption and new arrangements in the lives of female family carers of children with congenital Zika syndrome in Pernambuco, Brazil. **Viruses**, n. 12, p. 1410, 2020.

MINAMISAVA, R. *et al.* Epidemia do vírus Zika: a mais nova emergência internacional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 18, 2016.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 02-11, 2011.

MINAYO, M. C. S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colect**, v. 6, n. 3, p. 251-261, set./dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas da investigação qualitativa. **Rev Lusófona Educ.**, v. 40, n. 40, p.139-153, 2018.

MOREIRA, M. C. N.; MENDES, C. H. F., NASCIMENTO, M. Zika, women's prominent role and care: rehearsing contact zones. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 697-708, 2018.

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. A epidemia de zika e os limites da saúde global. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 21-46, ago. 2016.

NUNES, M. L. *et al.* Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **J Pediatr (Rio J)**, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016. DOI: 10.1016/j.jpedp.2016.04.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361630012X>. Acesso em 20 mai. 2021.

OLIVEIRA, R. M. A. B.; ARAUJO, F. M. C.; CAVALCANTI, L. P. G. Aspectos entomológicos e epidemiológicos das epidemias de dengue em Fortaleza, Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, 2018.

OLIVEIRA, T. G. *et al.* Zika Vírus: conhecimentos, sentimentos e rede de apoio social de gestantes. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 10, p. 1-19, 2020.

OLIVEIRA, W. A. Zika Vírus: histórico, epidemiologia e possibilidades no Brasil. **Rev Med Saude Brasília**, v. 6, n.1, p. 93-107, 2017.

PARDO-TURRIAGO, R. Zika. Uma pandemia em andamento e um desafio epidemiológico. **Rev. Colomb. Anestesiol.**, v. 44, n. 2, p. 86-88, abr. 2016.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 13-22, 2014.

PERES, F. Os desafios da construção de uma abordagem metodológica de diagnóstico rápido da percepção de risco no trabalho. *In*: PERES, F.; MOREIRA, J. C. (org.). **É veneno ou é remédio?:** agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 251- 279. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sg3mt/pdf/peres-9788575413173-13.pdf>. Acesso em 21 mai. 2021.

PETERSEN, E. E. *et al.* Update: interim guidance for health care providers caring for women of reproductive age with possible Zika virus exposure - United States, 2016. **Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 65, n. 12, p. 315-322, 2016.

PIRES, R. *et al.* Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: um estudo caracterizador da realidade portuguesa. **Anál. Psicol.**, v. 33, n. 1, p. 19-38, 2015.

POLEN, K.D. *et al.* Update: interim guidance for preconception counseling and prevention of sexual transmission of Zika Virus for men with possible Zika Virus exposure - **Morb Mortal Wkly Rep.**, United States, v. 67, n. 31, p. 868-871, ago. 2018. DOI: 10.15585 / mmwr.mm6731e2. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6731e2.htm?s_cid=mm6731e2_w#sugstedcitation. Acesso em 20 mai. 2021.

REGO, A. G. F. A. *et al.* O uso dos anticoncepcionais no planejamento familiar. **INTESA**, v. 8, n. 1, p. 44 - 53, jan./dez. 2014.

RIBEIRO, G. S.; KITRON, U. Zika virus pandemic: a human and public health. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 49, n. 1, p. 1-3, jan./fev. 2016.

ROCHA, A. F. *et al.* Intenção de engravidar e amamentação: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-10, jun. 2018. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6960/pdf_1. Acesso em 20 mai. 2021.

SANCHES, M. A. *et al.* Influência católica no planejamento familiar: estudo sobre

parentalidade responsável. **REVER**, v. 18, n. 2, mai./ago. 2018.

SANGARAMOORTHY, T.; KROEGER, K. A. **Rapid Ethnographic Assessments: a practical approach and toolkit for collaborative community research.**Routledge, 2020.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, mar. 2011.

SILVA, F. F. D.; FULGENCIO, L. O fenômeno social no entorno da epidemia de zika como potencial complicador à constituição psíquica do bebê. **Estilos Clin.**, v. 24, n. 2, p. 276-290, 2019.

SOUSA, C. A. *et al.* Zika vírus: conhecimentos, percepções, e práticas de cuidados de gestantes infectadas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018.

SOUSA, R. M. R. B. *et al.* Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 423-428, 2017.

STELLMACH, D. *et al.* Anthropology in public health emergencies: what is anthropoogy good for? **BMJ Glob Health.** v. 3, 2018.

STOLOW, J. *et al.* Women’s perceptions of Zika Virus prevention recommendations in Fortaleza, Brazil. **JPHP SAGE**, v. 1, n. 2, p. 288-314, dez. 2020.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, set. 2010.

TABORDA, J. A. *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

TEIXEIRA, S. G. *et al.* Women living with HIV: the decision to become pregnant. **R. Pesq.: Cuid Fundam Online.** v. 5, n. 1, p. 3159-3167, jan. 2013. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3159. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1869/pdf_672. Acesso em: 21 mai. 2021.

THORNE, S. Data analysis in qualitative research. **Evid. Based Nurs.**, v. 3, p. 68-70, 2000.

TONG, A.; SAINSBURY, P. F.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, set. 2007.

TRINDADE, R. E. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciê. Saúde Colet.**, out. 2019. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e->

desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372. Acesso em: 21 mai. 2021.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

VARGAS, A. *et al.* Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na região metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 691-700, 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000400003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2016.v25n4/691-700/>. Acesso em: 21 mai. 2021.

VENTURA, M.; CAMARGO, T. M. C. R. Direitos reprodutivos e o aborto: as mulheres na epidemia de Zika. **Rev. Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 15, p. 622-651, 2016.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl. 1, p. S85-S100, 2014.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

VOUGA, M. *et al.* Updated zika virus recommendations are needed. *Lancet*, v. 392, n. 10150, p. 818-819, 2018.

WELDON, C. T. *et al.* "Zika is everywhere": a qualitative exploration of knowledge, attitudes and practices towards Zika Virus among women of reproductive age in Iquitos, Peru. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 12, n. 8, 2018.

ZILHMANN, K. F.; ALVARENGA, A. T. Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV/Aids sob o olhar da psicanálise. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 633-645, 2015.

**APÊNDICE A - SÍNTESE DOS TRABALHOS APRESENTADOS E PUBLICADOS
EM AUTORIA E CO-AUTORIA ATÉ 2021**

TIPO	ARTIGO CIENTÍFICO
TÍTULO	<i>Women's Perceptions of Zika Virus Prevention Recommendations in Fortaleza, Brazil</i>
AUTORES	Jeni Stollow Carl Kendall Francisco Marto Leal Pinheiro Mariana Campos da Rocha Feitosa Kelly Alves de Almeida Furtado Adriano Ferreira Martins Mayara Paz Albino dos Santos Ana Ecilda Lima Ellery Livia Dias Ivana Cristina de Holanda Barreto Lina Moses Arachu Castro Christopher Dunn Ligia Kerr
EDIÇÃO	<i>Journal of Prevention and Health Promotion v1, n.2</i> p.1-27, 2020
RESUMO	<i>As a response to the rise in microcephaly cases in 2015, Brazilian health authorities recommended a number of Zika virus (ZIKV) prevention behaviors. This study explores the contrast between the Brazilian health authorities' health promotion response to the epidemic and the context in which the epidemic unfolded. Rapid Anthropological Assessment was used to assess how women in Fortaleza, Brazil, perceive ZIKV, ZIKV prevention recommendations, and the feasibility of adhering to these recommendations. Semi-structured interviews, informational interviews,</i>

	<p><i>and observations were used. The ZIKV recommendations and prevention did not represent best practices in health communication and promotion and failed to achieve their goals. Prevention recommendations were delivered without actionable steps and without considering cultural, socioeconomic, or environmental contexts. It is imperative to take advantage of this interepidemic period to apply best practices in health communication, education, and promotion to ensure populations at risk have adequate awareness, information, and resources to prevent infection.</i></p> <p><i>Keywords public health, international, prevention, qualitative methods, health promotion.</i></p>
--	--

TIPO	APRESENTAÇÃO DE TRABALHO
TÍTULO	COMO PREVENIR ARBOVIROSES?
AUTORES	Mariana Campos da Rocha Feitosa Carl Kendall Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr Ana Zaira da Silva Mayara Paz Albino dos Santos Kelly Alves de Almeida Furtado Ana Ecilda Lima Ellery
EDIÇÃO	Vol 1, 2019 – 122098 - Comunicação Breve Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Campinas: Galóa, 2019 in: 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2019.

EMENTA	Esse estudo teve como objetivo analisar a percepção de mulheres em idade fértil acerca da importância da responsabilidade individual e da coletividade, profissionais da saúde e gestores, frente a práticas preventivas de controle das arboviroses. Concluiu-se que as mulheres reconhecem a importância do trabalho individual e da coletividade na prevenção e controle das arboviroses, ressaltando a importância da prática do ACS, com ações voltadas primordialmente a educação em saúde e visitas domiciliares, buscando ensinar e incentivar atitudes protetivas em relação ao vetor. Recomenda-se a elaboração de ações educativas que despertem o interesse e o envolvimento da comunidade.
---------------	---

TIPO	APRESENTAÇÃO DE TRABALHO
TÍTULO	CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO ACERCA DA ZIKA: REVISÃO INTEGRATIVA
AUTORES	Mayara Paz Albino dos Santos Carl Kendall Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr Mariana Campos da Rocha Feitosa Kelly Alves de Almeida Furtado Ana Ecilda Lima Ellery
EDIÇÃO	X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017, Florianópolis. Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017. Eixo temático: Uso de métodos qualitativos em estudos epidemiológicos.
SÍNTESE	Esse estudo teve como objetivo analisar os estudos disponíveis na literatura científica que abordem o conhecimento da população sobre Zika. Os estudos

	<p>selecionados abordam predominantemente recomendações governamentais e cuidados preventivos para o público alvo: mulheres em idade reprodutiva. Não foram encontrados materiais que configurassem a compreensão de atores sociais sobre o evento estudado e assim permitisse o conhecimento da situação de saúde da população.</p>
--	--

APÊNDICE B - GUIA PARA LEVANTAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Este Guia pode ser impresso como uma folha de perguntas para levar com você para as entrevistas, como um lembrete. Use um caderno para acompanhar a entrevista. Quando você transpor suas notas de campo, logo após a entrevista, e for digitar suas anotações em seu computador, organize as mesmas usando este guia como um modelo. Faça suas respostas tão completas e "ricas" quanto possível e apropriado.

Nome da entrevistadora: _____

Entrevista: Nº. _____ Data: _____ Horário: _____ Duração: _____

SEÇÃO 1. INFORMAÇÕES PESSOAIS SOBRE O ENTREVISTADO

1.1 Nome: _____

1.2 Como é conhecida? _____

1.2 Idade: _____

1.3 Grau de instrução: _____

1.4 Raça: _____

1.5 Religião: _____

1.6 Ocupação/classe social: _____

1.7 Cidade onde nasceu (caso não seja de Fortaleza, explore o tempo que reside aqui, onde nasceu - se zona urbana ou rural; se ainda tem relação com local de sua origem...)

1.8 Você pode engravidar?

() 1. Sim

() 2. Não - Em caso negativo, por que não pode engravidar? (ligou as trompa, tirou o útero, infertilidade...)

SEÇÃO 2. CONHECIMENTO SOBRE ZIKA VIRUS, MOSQUITO E MICROCEFALIA

2.1 Conhecimento sobre Zika Virus (O que você sabe sobre zika?) (quem afeta, sintomas, como você sabe se é zika, como é transmitida, tratamento, qual a diferença da dengue e chikungunya) (e como isso afeta a gravidez e o bebê)? Você fez algo diferente nesta gravidez. O que? Você tomou algumas precauções (não

pergunte: roupas, telas de repelente, janelas e portas) Existe alguma dúvida se você teve Zika mais tarde ou mais cedo na gravidez? Zika pode afetar seu bebê recém-nascido?

2.1.1 Você viu/escutou alguma informação sobre Zika? Onde? de que tipo? Como reage ou reagiu a estas mensagens? Sente-se vulnerável à esta doença?

2.1.2. O que dizem as autoridades de saúde sobre Zika?

(Para cada recomendação do MS, pergunte o que cada recomendação significa, como é importante e porque as autoridades estão dizendo isso.)

2.1.3. As recomendações seguintes, serão usadas para complementar o nível de informação da questão anterior. Após ela ter comentado sobre o que sabe, explore outras recomendações não citadas pela entrevistada, como: usar mangas, uso repelente, telas nas janelas, uso de mosquiteiro...)

Nota - na consolidação das entrevistas, não misture as recomendações referidas pela entrevistada e as que você acrescentou depois.

2.2. Conhecimento sobre o mosquito que transmite a doença

Como os mosquitos transmitem Zika? Eles podem transmitir Zika a você apenas com uma picada? Quantas vezes você precisa ser picado? Você sabe o nome do mosquito que transmite Zika? De onde vem este mosquito (onde ele se reproduz?) As autoridades dizem que o mosquito que transmite Zika pica o tempo todo, não apenas à noite, o que você acha disso? Às vezes, as picadas deste mosquito são tão leves que você não conseguimos senti-las. Você acha que isso é verdade? Por que há ameaça de Zika apenas em alguns meses do ano? Quando? O que você pode fazer para evitar ser picado? Você pode realmente evitá-lo? O que pode ser feito para controlar mosquitos e reduzir o risco de Zika?

2.3 O Que é microcefalia? (sintomas, a quem afeta, causas.....)

SEÇÃO 3. GRAVIDEZ, PROPÓSITOS REPRODUTIVOS E ZIKA VIRUS

História reprodutiva da entrevistada:

- Nº gravidez: _____

- Perdeu algum bebê? _____ (Se for positivo, explore como e quando)
- Nº partos: _____

3.1. Gravidez

3.1.1 Você está grávida? Sim ____ Não ____ Pode ser _____

3.1.2 Se não está grávida, explore se a epidemia de Zika do ano passado influenciou de alguma forma a decisão de adiar a gestação.

3.1.3 Quantos dias sua menstruação está atrasada? _____

3.1.4 Você pretendia ficar grávida? (Estavam tentando, parou de se prevenir)

3.1.5 Você contou ao seu marido ou namorado assim que descobriu? Quanto tempo você esperou para dizer a ele? Como ele reagiu?

3.1.6 Como você se sente em relação a sua gravidez com a epidemia da ZikV?
Se você foi a unidade básica de saúde, o médico ou a enfermeira lhe disseram algo sobre Zika? O que?

3.2. Propósitos reprodutivos e Zika vírus

3.2.1 Durante os últimos 12 meses, você ou seu parceiro queriam ter um bebê? (anote sua preferência e a preferência do parceiro, caso seja diferente)

3.2.2 Se você não queria um bebê, o que você fez para evitar a gravidez?

3.2.3 Você pensou a qualquer momento no último ano que você poderia estar grávida? O que aconteceu?

3.2.4 Você e seu companheiro foram a unidade básica de saúde para fazer o teste? Se você fez o teste, você recebeu algum conselho? Qual foi o conselho?

3.2.5 O que este conselho ou orientação repercutiu em você? Fez sentido?

3.2.6 Se não mencionou dizer que algumas autoridades estão aconselhando as

mulheres a não ter relações sexuais ou engravidar por um ano ou mais. O que você acha disso?

3.2.7 (Faça esta pergunta se ela não surgiu anteriormente na entrevista). Como o vírus Zika pode ser transmitido através do sexo, as autoridades de saúde recomendam o uso de contraceptivos, isolados ou combinados ou o que você acha?

3.3. Influência do zika virus nos propósitos reprodutivos de suas amigas

3.3.1 Você conhece alguém que foi influenciado por zika sobre a decisão em ficar grávida? Não engravidou?

3.3.2 Você conhece alguém que regulou a menstruação recentemente? Por causa de zika? O que elas fizeram?

3.3.3 Você conhece alguém que teve zika durante a gravidez? O que aconteceu?

3.3.4 Suas amigas e você falam muito sobre gravidez e Zika? Não. Do que elas falam?

3.3.5 Você já falou sobre o momento ideal para engravidar? Quando será? Sobre o número ideal de filhos? O que é isso? O que você planeja fazer com a ameaça de Zika ...

3.3.6 Alguma de suas amigas quer ter um bebê agora? Por quê?

3.3.7 Quando é o momento ideal (em sua vida) para ter um bebê? Por que esse é o momento ideal? Como Zika afetou isso?

3.3.8 Quando uma de suas amigas fica grávida, ela sempre quer o bebê? Se não, por quê? O que ela pode fazer sobre isso? Zika afetou isso?

Lembre seus entrevistados: Estas perguntas se aplicam ao homem parceiro de suas amigas:

3.3.9 Esses meninos já falam sobre bebês ou ser pai?

3.3.10 Quando eles dizem que querem ter filhos?

3.3.11 Zika mudou ou afetou as intenções de ser pai destes homens?

3.3.12 Como você acha que eles se comportariam se tivessem uma namorada grávida?

3.3.13 O que uma menina pode fazer se seu parceiro quer que ela fique grávida e ela não?

3.3.14 Em geral, quem decide (Pergunte por que e como isso funciona):

a) Quando engravidar? Homem, mulher, ambos, nenhum

b) Quer ou não usar algo para evitar engravidar? Homem, mulher, ambos, nenhum

c) Quer ou não usar um preservativo? Homem, mulher, ambos, nenhum

d) Quer fazer ou não sexo? Homem, mulher, ambos, nenhum

e) O que uma mulher pode fazer se seu marido / namorado quiser fazer sexo e ela não?

SEÇÃO 4. PLANEJAMENTO FAMILIAR

4.1 Você e seu namorado falam muito sobreter filhos (a contracepção)? Por que ou por que não? O que você e eles dizem?

4.2 Liste todas as palavras que você e seu namorado usam para falar sobre anticoncepção ou planejamento familiar (como método natural, preservativo, borracha, pílula...)

4.3 Para cada método de planejamento familiar, pergunte: Se é comum, como constantemente é usado, quais são os benefícios do uso, os incomodos do uso, você já usou?

4.4 Lista livre: Quais são as boas razões para usar métodos contraceptivos?

4.5 Lista livre: Quais são as boas razões para parar com o uso de métodos contraceptivos?

SEÇÃO 5. CENÁRIOS

Vamos ler o seguinte cenário (cenas). Depois de cada parte, por favor, diga-nos o

que você pensa sobre a mulher e sua decisão.

5.1 Maria tem 28 anos, vive em Boa Jardim em uma pequena casa perto de sua mãe, é casada com Jaime há cinco anos e nunca teve um bebê. Embora Maria esteja usando planejamento familiar, ela acabou de engravidar. O que ela deveria fazer?

5.2 Maria e Jaime falam sobre riscos do Zika virus para a criança. James está realmente preocupado com Zika e o bebê. Ele quer que Maria faça um aborto. O que ela deveria fazer?

5.3 Maria decide manter o bebê, mas pede a Jaime para ajudar limpando o quintal e consertando a casa para reduzir mosquitos, prometendo usar mangas compridas e calças compridas e usando repelente, e usando preservativos enquanto ela está grávida. James zomba das decisões de Maria, mas oferece ajuda para limpar a casa. Ele não quer usar preservativos. O que você acha disso?

5.4 Maria fica com febre, vai para a unidade básica de saúde e descobre que tem Zika. O que ela deveria fazer? (Se não estiver coberto no cenário anterior.) Maria não tem certeza se quer o bebê ou não. Ela acha que não quer, e planeja acabar com a gravidez. O que você acha daquilo?

5.5 Maria decide manter o bebê? O que você acha disso?

5.6 Maria vai a unidade básica de saúde e faz um ultra-som. O ultra-som mostra que o bebê é afetado por Zika. O que ela deveria fazer?

SEÇÃO 6. UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

6.1 Qual unidade básica de saúde você usa regularmente?

6.2 Quando você começou a buscar atendimento nesta unidade básica de saúde?

6.3 Como você normalmente chega à unidade básica de saúde?

6.4 Quanto tempo leva?

6.5 Quantas vezes por mês você vai a esta unidade básica de saúde?

6.6 Por que você escolheu esta unidade básica de saúde?

6.7 Alguém falou com você sobre Zika e gravidez aqui (unidade básica de saúde)?

6.8 Se você tivesse Zika ou apresentasse febre, você iria a unidade básica de saúde? Por quê? Quando iria?

6.9 Uma febre e uma erupção cutânea? Quando? Por que ou por que não?

6.10 Antes de você ir para a unidade básica de saúde, com quem você falaria sobre Zika? Se você pensou que tinha isso? Você pensou que tivesse com Zika e falou com alguém sobre isso? Essa pessoa pensou que você estava com Zika e falou algo sobre?

6.11 Você se sente confortável perguntando sobre zika, gravidez, controle de natalidade ou relações sexuais? Por que ou por que não?

6.12 Quão satisfeito você está com o tipo de atendimento que os médicos ou enfermeiros lhe dão? Muito satisfeito / satisfeito / não tão satisfeito / insatisfeito. Por quê?

6.13 Você já teve algum problema no passado quando atendido nessa unidade básica de saúde? Qual problemas?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM SAÚDE
COLETIVA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar -Fortaleza-CE - Tel/fax:85-
3366.8045

e-mail: dscoletiva@ufc.br

Pesquisa: “Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO A SER UTILIZADO NO COMPONENTE QUALITATIVO DA PESQUISA COM AS MULHERES E SEUS PARCEIROS

A Zika é uma doença que pode afetar seriamente bebês nascidos de mulheres que tenham esta doença durante a gravidez. Por isto, você está sendo convidado (a) pela Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr para participar de uma pesquisa sobre Zika. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa será realizada em Fortaleza, entre mulheres entre 15 e 39 anos de idade, usuárias dos Serviços de Atenção Primária à Saúde da cidade Fortaleza, que tenham vida sexual ativa¹ e que não seja laqueada. Os parceiros destas mulheres também participarão da pesquisa. Os objetivos principais deste estudo são: calcular quantas mulheres na sua comunidade já tiveram Zika ou estão com o vírus da Zika neste momento e caracterizar como elas e seus parceiros têm sido influenciados pela epidemia de Zika em relação às recomendações médicas, à

¹ Entender vida sexual ativa como ter tido pelo menos uma relação sexual vaginal e penetrativa com um homem nos últimos 12 meses.

exposição à educação em saúde e ao uso dela para prevenção da Zika e ao planejamento familiar.

Para participar do estudo você deve responder a uma entrevista e participar de um Grupo Focal, onde vamos fazer perguntas sobre sua visão de quais são os riscos de uma pessoa ter a infecção por Zika, e como você se comporta em relação à exposição e à probabilidade de infecção. Serão explorados, também, seus conhecimentos sobre a doença: transmissão, formas de evitar a doença Zika Vírus, proliferação dos mosquitos, controle dos mosquitos, etc. E, em seguida, iremos analisar os meios de comunicação e materiais de educação em saúde impressos quanto à exposição aos mesmos, seu reconhecimento e interpretação. Gostaríamos de saber qual a sua compreensão quanto ao conteúdo destes materiais educativos. Todos esses grupos focais serão gravados e posteriormente transcritos.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Nenhuma informação será discutida com outras pessoas que não do quadro de pesquisadores e profissionais da saúde envolvidos na sua assistência e na pesquisa. A entrevista e o grupo focal não oferecerão riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e pode parar de participar do estudo a qualquer momento que desejar e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas, de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: R: Prof. Costa Mendes, 1608 - 5o. andar - Rodolfo Teófilo - CEP: 60.430-140 - Fortaleza - CE - Brasil

Telefones para contato: (85) 3366-8645

Eu, abaixo assinado _____, ____ anos,
RG: _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que:

Concordo em participar do estudo.

Concordo em fazer os testes imunológicos e genéticos para Zika e outras doenças transmitidas pelo mesmo mosquito em diferentes momentos no decorrer do estudo.

Concordo que as amostras de sangue colhidas possam ser armazenadas para exames genéticos e/ou imunológicos para arboviroses e outros testes relacionados a estas doenças que possam ser desenvolvidos no futuro.

Concordo que exames para outras doenças relacionadas possam ser realizados nas amostras armazenadas.

Concordo em fazer os exames de ultrassom e outros recomendados para o seguimento de gestantes com suspeita de infecção pelo ZIKV.

Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Nome do Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/____

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via Voluntária)

APÊNDICE D - ARTIGO 1

Artigo Original

Fatores que influenciam a decisão de engravidar no contexto de epidemia de Zika: considerações de resultados de um estudo sobre Zika no Brasil

Mayara Paz Albino dos Santos¹

Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr²

Mariana Campos da Rocha Feitosa³

Kelly Alves de Almeida Furtado⁴

Adriano Ferreira Martins⁵

Kellyanne Abreu Silva⁶

Ana Ecilda Lima Ellery⁷

Carl Kendall⁸

¹ Doutoranda em Saúde Pública, Programa de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, e-mail: mayarapazasantos@gmail.com
0000-0002-8313-3583

² Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - Ceará, Brasil, e-mail: ligiakerr@gmail.com
0000-0003-4941-408X

³ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil, e-mail: marianafeitosa.ufc@gmail.com
0000-0001-7734-0175

⁴ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil, e-mail: kellyalves28@yahoo.com.br
<https://orcid.org/0000-0001-6899-8813>

⁵ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil, e-mail: adrianoenfobr@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1299-659X>

⁶ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil, e-mail: kellyanneabreu@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1413-8137>

⁷Universidade Federal do Ceará, e-mail: ana.ellery@gmail.com
0000-0001-8350-464X

⁸ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – Ceará, Brasil, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Department of Global Community Health and Behavioral Sciences, New Orleans Louisiana USA. E-mail: carl.kendall@gmail.com
0000-0002-0794-4333

RESUMO

Este estudo explorou os fatores que influenciaram a decisão de engravidar no contexto da epidemia de Zika. Trata-se de um estudo qualitativo com base na Avaliação Etnográfica Rápida, realizado entre julho de 2017 e janeiro de 2019 em Fortaleza, Ceará. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 51 mulheres em idade fértil atendidas em unidades de saúde públicas e privadas. As entrevistas foram transcritas e revisadas para resumir as respostas e identificar temas emergentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC (nº 2.108.291). O perfil médio de nossa amostra foi de mulheres de 20 a 29 anos, nascidas no município de Fortaleza, com ensino médio completo, categoria racial/cor parda, casadas, com filhos e com algum tipo de atividade remunerada. As entrevistas exploraram como a epidemia influenciou ou pode ter influenciado sua intenção de engravidar e outros fatores potencialmente relacionados a essa decisão. Os resultados demonstram o caráter multidimensional da tomada de decisão sobre fertilidade, bem como a complexidade de medir como o Zika influenciou essa intenção. Identificamos aspectos relacionados ao adiamento ou prevenção da

gravidez e os motivos relacionados ao não adiamento da gravidez. De acordo com os resultados, a epidemia de Zika não afetou intencionalmente a decisão de gravidez, em contradição com as evidências demográficas nacionais mais amplas. A intenção de engravidar é complexa. A recomendação unidimensional declarativa para evitar a gravidez parece improvável de abordar essa decisão complexa. A inadequação da resposta do sistema de saúde à prevenção destaca a necessidade de um desenvolvimento cuidadoso de intervenções integradas e abrangentes, além de um planejamento cuidadoso para a implementação, não apenas para o Zika, mas também para outras epidemias, bem como o COVID-19.

Palavras-chave: Zika Virus; Planejamento familiar; Saúde reprodutiva.

INTRODUÇÃO

Em 2015, o vírus da Zika (ZIKV) foi associado a complicações fetais (GARCIA, 2018). A epidemia no Brasil, uma emergência internacional de saúde pública, tendo como epicentro, o Norte e Nordeste do Brasil, trouxe foco às mulheres em idade fértil, preconizando o adiamento da gravidez.

As gestantes com Zika integram o grupo de risco devido à possibilidade de desencadear Síndrome Congênita pelo Zika Vírus (TEIXEIRA *et al.*, 2020), definida como um conjunto de sinais e sintomas devido à infecção congênita do ZIKV pela transmissão vertical mãe-conceito e/ou durante o parto, incluindo alguns efeitos neonatais graves (CHARLIER *et al.*, 2017).

Tendo em vista tais riscos potenciais, foram realizadas recomendações às mulheres quanto à necessidade de repensar suas intenções e reverem o melhor momento de engravidar (PETERSEN *et al.*, 2016). Esta decisão que outrora já apresentava desafios à assistência reprodutiva, por dificuldades de acesso continuado ao planejamento familiar e à contracepção, em especial, a de emergência, agora está repercutindo em grandes desafios ao sistema público de saúde, bem como para as mulheres e suas famílias (LEAL *et al.*, 2018).

É relevante atentar que alguns estudos apontaram para uma queda na taxa de natalidade no Brasil entre 2015 e 2016, 119.095 partos a menos do que o esperado, sendo uma das possíveis causas a decisão de adiar a gravidez de mulheres em idade fértil devido ao Zika. Além disso, um estudo feito com 2002

mulheres brasileiras entre 18 e 39 anos mostrou que 56% delas adiaram a gravidez por causa da epidemia (CASTRO *et al.*, 2018; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; LINDE; SIQUEIRA, 2018).

Observações empíricas com algumas mulheres no cotidiano sinalizavam que Zika não possuía influência sobre a intenção de engravidar. Contradições como estas, conhecimento pessoal e intenção versus achados demográficos, suscitaram este estudo. Explorar essa diferença levanta questões como: A epidemia de Zika foi considerada por mulheres na decisão de adiar a gravidez? Quais fatores da epidemia de Zika não influenciaram a decisão de mulheres sobre a gravidez?

A Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde tem como linha de pesquisa prioritária o eixo das doenças transmissíveis, em que consta analisar os impactos sobre mulheres, famílias e indivíduos afetados pela infecção (DUARTE; GARCIA, 2016), para que possamos compreender como as mulheres refletiram em suas vidas esta decisão de engravidar (ANDRADE *et al.*, 2018; PITANGUY, 2016) e nos prepararmos para uma possível continuidade da epidemia e outros efeitos nas mulheres e crianças.

O objetivo do presente estudo foi explorar as recomendações e a resposta do sistema de saúde e da população à infecção pelo ZIKV, por meio de um enfoque na decisão de engravidar durante a epidemia de Zika.

MÉTODOS

O estudo, com ênfase qualitativa, faz parte da pesquisa intitulada “Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos” (ZIF, CNPq: 440778 / 2016-6), que relata a prevalência e incidência da infecção pelo vírus Zika, saúde sexual e reprodutiva, gravidez e comportamento relacionado à fertilidade e ao planejamento familiar. Esse recorte qualitativo precedeu o início da coorte, trazendo informações e resultados que auxiliaram no desenvolvimento do projeto.

A presente pesquisa se baseou na Avaliação Etnográfica Rápida (REA) (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020) que consiste em uma investigação focada e orientada, partindo de dados inicialmente identificados seguida por coleta de informações, a fim de compreender rapidamente um determinado problema em curto espaço de tempo. Com algumas características da pesquisa etnográfica, utiliza várias perspectivas no contexto local para avaliar uma variedade de questões sociais

e estruturais complexas para melhorar políticas e programas que impactam populações vulneráveis e a saúde pública, principalmente sobre situações recentes e que não sejam claramente definidas. Esse tipo de processo envolve análise frequente, monitoramento e avaliação contínua dos resultados, sendo úteis inclusive para desenho de pesquisas formativas (STELLMACH *et al.*, 2018; MCMULLEN *et al.*, 2011).

Entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, um guia para entrevista passou por várias versões e foi testado em oito entrevistas. Ele foi desenvolvido após revisão da literatura e com base na experiência de pesquisadores em projetos anteriores (AFABLE-MNSUZ *et al.*, 2006; IULIANO *et al.*, 2006; KENDALL *et al.* 2005). Como as entrevistas foram realizadas após o pico da epidemia, as mulheres foram questionadas sobre comportamentos atuais e no auge da epidemia entre 2015 e 2016.

As participantes do estudo foram mulheres usuárias dos serviços nessas unidades, que estivessem em idade fértil com vida sexual ativa (pelo menos um relacionamento sexual nos últimos 12 meses), não tivessem realizado laqueadura tubária ou que não tivessem problema de saúde que influenciasse a possibilidade de gravidez, e que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa.

As entrevistadoras foram três alunas de doutorado em Saúde Coletiva com o suporte de uma aluna de pós-doutorado. As pesquisadoras foram previamente treinadas quanto ao uso do instrumento de coleta e colaboraram na versão final do mesmo.

Entrevistas e análise dos dados foram conduzidas interativamente entre Julho de 2017 e Janeiro de 2019 na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. A longa duração do trabalho de campo foi uma resposta às perguntas contínuas que surgiram da revisão e análise iniciais. As entrevistas foram realizadas na rede privada de saúde e na rede pública em cinco unidades de saúde de três das regiões de saúde mais precárias do município de Fortaleza. Essas regiões relataram a maior incidência de infecção por arbovírus em 2017 e através da.

Foram conduzidas um total de 51 entrevistas individuais. Na rede pública, foram abordadas cerca de 74 mulheres. Destas, 49 atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram ser entrevistadas. Em quatro casos, as entrevistas não foram concluídas porque as mulheres não queriam dar continuidade ou foram chamadas para consulta e não queriam continuar a entrevista, sendo realizadas ao final 45

entrevistas, por meio de uma amostra intencional. Para adicionar a perspectiva de mulheres de status econômico mais elevado, seis mulheres que usavam a rede privada de serviços de saúde foram recrutadas por meio de amostragem em bola de neve (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

As entrevistas nas unidades públicas de saúde ocorreram em um espaço privativo. As entrevistas com mulheres da rede privada foram agendadas de acordo com a disponibilidade dessas mulheres em sua casa ou local de trabalho. A duração média das entrevistas foi de 35 a 40 minutos.

As entrevistas continuaram até a saturação das respostas aos tópicos (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008). A fim de preservar o anonimato a identificação das entrevistadas foi aplicada a seguinte codificação: entrevistada (E), seguido de numeral cardinal (E1, E2, E3... E51).

Foram coletadas informações como idade, estado civil, escolaridade, quantidade de filhos, entre outras, para traçar o perfil das mulheres entrevistadas. As entrevistas foram gravadas em áudio, a partir da permissão verbal e escrita das entrevistadas, e transcritas pelas quatro entrevistadoras. Notas de campo foram feitas no momento da entrevista para auxiliar a organização e as observações relacionadas às respostas. Elas fornecem descrições de comportamento, impressões que dão um maior significado e compreensão quanto ao fenômeno estudado (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC sob o parecer de nº 2.108.291 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). As mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos dados

Seguindo o método de avaliação rápida adotado pela equipe, as entrevistas transcritas foram lidas e compartilhadas pela equipe do estudo. Seções do guia foram resumidas e temas emergentes identificados^{21,22}. À medida que as entrevistas foram adicionadas ao conjunto de dados, foram realizadas análises e revisões regulares (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008; BOSI; MERCADO, 2007). Para auxiliar no gerenciamento e análise dos dados, foi utilizada uma planilha para resumir cada entrevista. Cada linha continha informações

sociodemográficas básicas sobre cada participante e características ou respostas identificadas na análise como importantes, foram codificadas para cada entrevista por coluna. Uma coluna final foi reservada para notas ou comentários sobre cada entrevista (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

A planilha facilitou a frequência de certas características e respostas, permitindo explorar as associações entre elas. A planilha, os resumos e as discussões dos resultados levaram a premissas iniciais que poderiam ser exploradas nos textos das entrevistas, ou na realização de entrevistas adicionais, levando aos resultados que relatamos a seguir (KENDALL *et al.*, 2008; BERNARD, 2006; FEREDAY; MUIR-COCHRANE, 2006).

O artigo seguiu os critérios consolidados para relato qualitativo pesquisa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

RESULTADOS

Perfil das participantes

As participantes do estudo (tabela 1) estavam predominantemente na faixa etária de 20 a 29 anos (45%), tinham nascido no município de Fortaleza (68,6%) e pertenciam à classe social baixa (84,4%).

A maioria das entrevistadas se classificou como de raça parda (50,9%); respondeu ser casada (60,7%); com média de $1,7 \pm 0,7$ filhos e desenvolviam alguma atividade remunerada (43,1%). Quanto à escolaridade, a maioria concluiu o ensino médio (31,3%) e relacionado à religião, foi igualmente dividida entre católica (31,3%) e evangélica (31,3%). As respostas foram autodeclaradas e espontâneas.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico das mulheres participantes do estudo

Característica	N (51)	%
Faixa Etária		
16-19 anos	8	15,6
20-29 anos	23	45,0
30-39 anos	20	39,2
Classe Social		

Baixa	43	84,4
Média	8	15,6
Estado Civil		
Casada	31	60,7
Solteira	13	25,4
Divorciada	1	1,9
Não informou	6	11,7
Filhos		
Sem filhos	9	17,6
Gestantes sem filhos	6	11,7
Gestante com filhos	2	3,9
Com filhos (não gestante)	33	67,3
Não informou	1	1,9
Raça		
Branca	10	18,8
Parda	26	50,9
Negra	10	19,6
Não informou	5	9,8
Religião		
Católica	16	31,3
Evangélica	16	31,3
Santos dos últimos dias(mórmons)	5	9,8
Sem religião	9	16,9
Não informou	5	9,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	3,9
Ensino Fundamental Completo	2	3,9
Ensino Médio Incompleto	13	25,4
Ensino Médio Completo	16	31,3
Ensino Superior Incompleto	8	15,6
Ensino Superior Completo	7	13,7
Não informou	3	5,8
Nascida em		

Fortaleza (Ceará)	35	68,6
Interior do Estado do Ceará	8	15,6
Outro Estado	4	7,8
Não Informou	4	7,8
Ocupação		
Atividade remunerada	22	43,1
Atividade não remunerada	19	37,2
Estudantes	6	11,7
Não informou	4	7,8

As entrevistadas

No geral, das 51 mulheres que foram entrevistadas: 4 (7,8%) mulheres disseram que adiaram gravidez principalmente por causa da infecção do Zika Vírus. Das demais, 20 (39,2%) não planejavam engravidar; 18 (35,2%) estavam tentando engravidar e 9 (17,6%) tiveram gravidez não planejada.

As principais categorias que emergiram a partir da análise dos dados foram: 1) Por que Zika não influenciou sobre a intenção/decisão de engravidar? e 2) Motivos para o adiamento de gravidez durante epidemia de Zika. As categorias são apresentadas a seguir exemplificados por citações das falas das mulheres entrevistadas, utilizando como identificação o código da entrevista, a característica de idade e a quantidade de filhos.

Por que Zika não influenciou sobre a intenção/decisão de engravidar?

Quando questionadas se o surgimento da doença influenciou na intenção de engravidar, a maioria das entrevistadas (n=47, 92,1%) assinalou que a decisão de engravidar não foi transpassada pela emergência da Zika. A negação da influência da epidemia não dizimou o receio e o medo das consequências do adoecimento:

“Não. Mas eu ficaria receosa, com um pouco de medo.” (E47 - 29 anos, sem filhos).

O não pensar sobre o assunto de decisão de engravidar na época da epidemia coincidiu com a decisão de não desejar ter filho:

“Não, acho que não [que Zika influenciou essa decisão]. Eu nunca parei para pensar o quanto o Zika atrapalha, acredito que até porque não quero mais ter filho.” (E51 - 33 anos, 1 filho).

Tiveram mulheres quem já vivenciavam a gravidez quando os casos de Zika e suas complicações surgiram, não restando a opção de pensar se adiar ou seguir o plano de engravidar influenciado pela epidemia. No entanto, estimulou o seguimento das recomendações de prevenção do agravo, a adoção de medidas de controle vetorial no domicílio e de proteção individual marcaram as práticas de autocuidado para o seguimento de algumas gestações:

“Quando engravidei da minha filha mais nova foi na época da doença. Tive medo, mas eu queria ter mais um filho, então busquei orientação pra me cuidar bem e me prevenir de adoecer.” (E4 – 25 anos, 3 filhos).

“Quando estouraram mesmo as notícias sobre a doença, eu já estava grávida, então eu tentei ficar tranquila, tentei só ficar atenta aos cuidados, não tinha mais o que se fazer.” (E17 – 29 anos, 1 filho).

Outro grupo de mulheres relatou não ter adiado ou interrompido uma possível gravidez devido ao Zika vírus, estava com medo das consequências e tinha a intenção de adiar a gravidez, mas não conseguiu. Quando estavam grávidas, ao invés de interromper a gravidez, procuraram seguir as recomendações, como demonstra esta citação:

“Eu engravidei na época da epidemia, não era uma gravidez planejada, mas depois segui todas as recomendações, como evitar água parada, usar repelente, para prevenir a doença.” (E27 - 31 anos, 1 filho).

Embora haja a ameaça da infecção pelo vírus de Zika, o desejo pela maternidade supera o risco. Esta mulher fala de uma decisão conjunta de gravidez e

que o desejo não interfere em ter um filho com alguma doença ou não. Há uma citação novamente de um “cuidado certo”:

“Então... a gente fica com medo porque você quer engravidar, existe um risco, então você toma os cuidados certos. Acho que vai depender da pessoa, do casal, porque se você tem o sonho de ser mãe, aí você não se importa em ter um bebê doente ou não.” (E13 - 21 anos, gestante).

Contudo, uma das mulheres expressou a falta de preocupação com o Zika:

“Nunca pensei em Zika, queria engravidar porque era a minha vida.” (E2 - 29 anos, 2 filhos).

Descobrimos uma linha de argumentação sobre a tomada de decisão sobre fertilidade que conciliava o desejo pela maternidade, idade, estágio da vida e carreira profissional. Essa tríade reuniu fatores que pareceram afetar a tomada de decisões sobre fertilidade. A escolaridade e a carreira profissional foram incentivos para esta mulher adiar a gravidez.

“Não pretendo ter um filho agora, não é por causa dessa doença. Quero me concentrar nas coisas pessoais, terminar a faculdade.” (E 47 - 29 anos, sem filhos).

A decisão anterior dessa mulher sobre quando engravidar, com histórico de perda de uma gravidez e o avanço da idade, parecia ser decisiva. A entrevistada também mencionou o cuidado preventivo.

“Eu e meu marido temos muita vontade de ter filhos, há 1 ano eu já perdi um bebê na barriga e minha idade está avançando, não dá para esperar passar isso, é muito difícil, prefiro ter todos os cuidados que devemos ter e seguir.” (E8 - 37 anos, sem filhos).

A intenção de engravidar, mesmo considerando o cenário do Zika, é multidimensional, evidenciando a dificuldade de se afirmar que a epidemia influenciou diretamente nessa decisão.

Não adiar a gravidez por causa da epidemia e seguir as recomendações para prevenção do Zika como medida de proteção foi considerado como fator de favorecimento a viver uma gravidez segura, sem sentimento de medo de adoecer.

“Em nenhum momento sentimos medo ou paramos de tentar engravidar por causa da doença, tomamos os cuidados necessários como o uso de repelente. Decidimos que se caso algum de nós (casal) fosse infectado por Zika, adiaríamos cerca de 6 meses para engravidar até passar o que é chamado de tempo viral no organismo.” (E16 - 30 anos, gestante).

Embora não abordando o que aconteceria se a infecção acontecesse durante a gravidez, essa mulher também alegou eficácia do uso de repelente para evitar a infecção pelo ZIKV. Junto com outros elementos do cuidado, o conhecimento dessas medidas era incompleto, assim como as próprias recomendações. Por exemplo, quando questionadas sobre o uso de repelente, as mulheres relataram que só usariam repelente quando saíssem de casa e/ou não cobrissem toda a pele com qualquer tipo de pano.

Este uso esporádico, embora improvável de prevenir a infecção, foi justificativa suficiente para muitas mulheres continuarem a conceber ou continuar com uma gravidez. O repelente acabou se tornando uma parte adicional dos cuidados necessários durante a gravidez.

“Em 2015, quando apareceu a doença, como engravidar fazia parte dos meus planos, mas não exatamente naquele momento, eu tinha medo de adoecer porque sabia que se adoecesse teria que esperar pelo menos 1 ano para ficar grávida. Fiquei atenta ao usar roupas com mangas ao sair de casa, por exemplo, principalmente em lugares arborizados; agora estando grávida, usava direto o repelente, [embora] mais no início [da gravidez]. Nem sempre me lembrava por que você já tem que ter tanto cuidado com tanto durante a gravidez, então era mais uma coisa para lembrar.” (E15 - 31 anos, gestante).

Manter um plano para engravidar independentemente da doença teve como justificativa a possibilidade de contrair a doença não ser um risco iminente. Por considerar a doença como desconhecida, e por ponderar a possibilidade de adoecer

ou não, de infectar ou não o conceito, levou algumas mulheres a desconsiderarem a ocorrência do adoecimento por Zika para a decisão de engravidar:

“Em nenhum momento parei de engravidar por medo de ficar doente porque tudo é desconhecido, pode acontecer ou não que você adoença e passe algo para o seu filho.” (E1 - 19 anos, 1 filho e gestante).

O surgimento de uma doença caminha lado a lado com a construção do conhecimento popular sobre sua definição, características, respostas e outras características. No caso do Zika, algumas mulheres consideraram que a falta de conteúdo consistente sobre o vírus, seus efeitos e a recomendação destacada para adiar a gravidez não eram convincentes em face das intenções de engravidar.

“Eu já estava grávida quando surgiu a notícia sobre o Zika. Isso não me assustou ou me influenciou a desistir ou adiar a gravidez, mas era tudo tão novo e sem conteúdo consistente. Não considero eficaz a recomendação de adiar a gravidez porque você está lidando com a vida e os sonhos de uma pessoa, de um casal e não é assim que se resolve.” (E17 - 29 anos, 1 filho).

Com referência à educação em saúde e recomendações sobre o Zika, as mulheres relataram não saber muito sobre a doença, mas também evitaram o conhecimento do Zika para não se preocupar.

“Eu via umas coisas na televisão, conversava algumas coisas com minhas amigas, mas bem superficial para não me preocupar. Se não fosse minha idade acho que teria esperado passar mais esse alarde todo da doença.” (E14 – 32 anos, gestante).

O conhecimento popular também influenciou as mães. A ocorrência esporádica de casos foi considerada um sinal de redução do risco. Esta mãe também demonstra certa resignação sobre os resultados do nascimento:

“Eu não pretendo ter filho agora, mas acho que a doença não influencia muito, porque é difícil, você mal escuta aqui ou acolá um caso de Zika, que a criança fique

realmente doente. Acho que quando é para acontecer, acontece.” (E32 - 26 anos, sem filhos).

Motivos de adiamento da gravidez durante a epidemia de Zika

Quatro participantes do estudo (7,8%) referiram adiar gravidez devido ao medo do adoecimento e os riscos que Zika poderia trazer.

“Quando fiquei sabendo dessa doença, pensei em engravidar de novo, mas resolvi adiar até passar esse momento da epidemia, para não correr o risco de ter Zika e meu filho ser prejudicado, de nascer com problemas de saúde.” (E22 - 34 anos, 1 filho).

“Na época da epidemia eu estava casada e até pensando em engravidar, mas preferi deixar para lá... tinha medo da transmissão da doença, de chegar ao ponto de ter o adoecimento e correr o risco de o bebê nascer com a doença [microcefalia], tinha mais cuidado para não engravidar por causa disso.” (E23 - 30 anos, sem filhos).

Quando questionadas sobre quanto tempo iriam adiar, as mulheres não responderam com precisão, mas mencionaram o período de chuvas na região, que pode durar seis meses.

A intenção de evitar ou adiar a gravidez nem sempre teve relação direta com a epidemia de Zika. Ter um companheiro e a disponibilidade de recursos para manter a vida da criança foram importantes na decisão:

“Minha decisão de não querer ter filhos não tem nada a ver diretamente com a epidemia de Zika. Já tenho dois filhos, me separei do pai deles, as condições não são tão boas para ter filhos, ainda mais com essa doença, de ter filho doente, então é melhor evitar (gravidez).” (E19 - 31 anos, 2 filhos).

A decisão de evitar ou adiar também expressa a preocupação financeira que era mais relevante do que a possibilidade de doença:

“A minha decisão de engravidar ou não, não tem relação com a epidemia de Zika. Nenhuma influência. Não queremos engravidar é por conta das condições para criar um filho.” (E21 - 26 anos, 1 filho).

Esta mãe está preocupada com as implicações de ter um filho com alguma doença em relação à dinâmica familiar:

“Quando eu vi sobre essa doença, pensava em engravidar de novo, mas resolvi adiar, ficar só com um filho por enquanto, pra não ter perigo de ter Zika e meu filho ser prejudicado porque a gente não tem muitas condições financeiras e ainda mais ter um filho correndo esses riscos iria ser muito difícil.” (E03 - 34 anos, 1 filho).

A dependência financeira que algumas mulheres tinham do companheiro como único provedor da família também estava entre os motivos para não engravidar:

“Não tem relação eu não querer mais filhos por conta da doença, é por conta das condições financeiras e eu já tenho 2 filhos e na minha casa só meu esposo que trabalha. Eu não posso trabalhar porque tenho que cuidar dos meus filhos que são muito pequenos.” (E36 - 19 anos, 2 filhos).

DISCUSSÃO

Nossos resultados apresentam uma ampla gama de respostas a perguntas sobre a influência da epidemia de Zika na tomada de decisão sobre fertilidade. Não é surpreendente que o resultado de entrevistas que exploram vários aspectos da tomada de decisão sobre fertilidade em casais jovens, identifiquem uma complexidade de justificativas. A decisão de ter filhos, dependente de muitos fatores, incluiu o risco de Zika, como uma nova doença, ser apenas um dos fatores.

Conhecer projetos de vida, desejos e ambições frente ao cenário de vulnerabilidade, aponta para a problematização que cerca o domínio feminino sobre seus planos de maternidade. Na tomada de decisão diante de situações de saúde e epidêmicas, devem ser considerados os elementos sociais e culturais, envolvendo o

cuidado integral e auxiliando em suas decisões sexuais e reprodutivas (BRANDÃO; CABRAL, 2017; NUNES; PIMENTA, 2016).

Ao falar em evitar ou adiar a gravidez, as mulheres afirmaram os motivos econômicos estavam como um dos principais fatores, que se tornou relevante em um momento de crise econômica que o Brasil estava passando (MARTELETO *et al.*, 2020), principalmente de recessão e desemprego. A queda relatada nas taxas de natalidade no período epidêmico pode estar relacionada tanto a questões econômicas, quanto epidemiológicas.

Ao mesmo tempo, as razões para engravidar durante o período do Zika lançam uma luz sobre a disposição dos participantes em acreditar no valor de "cuidado", uma palavra que era usada para representar opções preventivas em um modo de aceitar e seguir essas intervenções insuficientes como eliminar criadouros ao redor de suas casas, usando repelente quando saíam de casa, ou ocasionalmente usando calças e camisas de manga comprida. Praticar essas recomendações traz uma percepção de gravidez segura (NUNES *et al.*, 2016).

Um estudo sobre a tomada de decisão na gravidez com mulheres soropositivas no Brasil em um momento de transmissão vertical substancial relatou que embora as mulheres se preocupassem com a transmissão, elas eram suficientemente motivadas pela fé e pela promessa de bons cuidados clínicos para prosseguir com a gravidez (LOBO *et al.*, 2018).

A associação do Zika à microcefalia foi talvez o maior alerta no cenário epidêmico. Situações conflitantes que geraram medo repercutiram no modo da população feminina lidar com isso. O período da gravidez, por si só, gera maiores necessidades de suporte para mulher. Uma adequada orientação e cuidado favoreceria um melhor acompanhamento clínico, maior apoio psicossocial para mulheres infectadas e um significativo fortalecimento bilateral entre o sistema de saúde e a comunidade (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Seguir recomendações de Zika, mesmo sob o risco de adoecimento, traz um peso de responsabilidade sobre a mulher, assim como outros cuidados já estabelecidos para qualquer gravidez. Em um estudo com mulheres em idade reprodutiva sobre seguir a recomendação de adiar uma possível gravidez, as entrevistadas consideraram essa orientação como algo que tirava a autonomia e controle da mulher sobre esse desejo (STOLOW *et al.*, 2020).

Ademais referiram ser impossível definir o tempo certo para uma gravidez, principalmente para aquelas que já tinham 30 anos ou mais, devido ao seu cronograma reprodutivo (STOLOW *et al.*, 2020).

As recomendações do governo aconselharam as pessoas a esperarem pelo menos três meses para planejar e/ou tentar a gravidez após o início dos sintomas do zika. No entanto, uma vez que 80% dos casos de Zika são assintomáticos e não há recomendações para testar mulheres que estavam tentando engravidar, esta recomendação era claramente inadequada (POLEN *et al.*, 2018; BORGES *et al.*, 2018).

Em muitas entrevistas, os riscos de gravidez foram minimizados e a adequação das recomendações foi exaltada. Além das limitações das recomendações, percebe-se dúvidas sobre o que a epidemia do Zika vírus significava para a gravidez, podendo justificar a não adesão efetiva às recomendações ou não influência de forma significativa da doença (SOUSA *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2015).

Ao mesmo tempo, muitos fatores como relacionamentos, experiências negativas de parto anteriores e ausência de apoio familiar e financeiro estão entre os motivos apontados pelas mulheres para não engravidar, convergindo com o apontado pela literatura (LEVANDOWSKI *et al.*, 2014).

Conforme mencionado anteriormente, durante a epidemia de Zika, o Brasil estava começando a vivenciar a atual instabilidade financeira e o aumento da taxa de desemprego, motivos das mulheres em nossa amostra para evitar a gravidez. Também aqui as circunstâncias socioeconômicas afetam a gravidez. Mulheres mais pobres tendem a se sentir mais limitadas e têm mais dificuldade em planejar a quantidade e quando ter filhos (MARTELETO *et al.*, 2017).

Embora poucas mulheres em nossa amostra tenham relatado evitar ou adiar a gravidez devido ao Zika, 20 participantes não pretendiam engravidar. Nove mulheres haviam engravidado sem planejar. É perceptível que a maioria das mulheres em nossa amostra não pretendia engravidar. Ainda assim, 35% das mães entrevistadas pretendiam engravidar. O planejamento de ter um bebê durante uma epidemia como o Zika foi justificado de várias maneiras que a recomendação de adiar não abordou.

Para essas mulheres, as recomendações pareciam inadequadas, fornecendo, por um lado, justificativa por meio de recomendações mal pensadas,

resultando em problemas como o uso intermitente de repelente e, por outro lado, não envolvendo seriamente as mulheres nas circunstâncias da tomada de decisão sobre fertilidade. Essa abordagem baseada em informações básicas foi bem criticada por pesquisadores brasileiros para o Zika e para a Dengue (SOUSA *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2015).

A alta taxa de gravidezes não planejadas no Brasil pode favorecer com que Zika influencie pouco ou não tenha nenhum efeito no adiamento de gravidez, portanto na taxa de natalidade e fertilidade (MARTELETO *et al.*, 2020)

A percepção de risco da doença possivelmente influencia o comportamento, as crenças e a resposta de saúde das pessoas. O fato de o Zika ser assintomático pode ser uma barreira para essa percepção. Além disso, quanto melhor a compreensão sobre uma doença, mais fácil será seguir suas orientações de cuidado. Quando isso não é bem compreendido, não será facilmente bem vindo ou seguido (ALI *et al.*, 2017).

Uns dos nossos achados são consistentes com um estudo sobre a percepção de mulheres sobre a saúde feminina frente à epidemia de Zika realizado em 2016 na cidade de Fortaleza, que demonstrou pouco conhecimento das entrevistadas sobre Zika e suas possíveis consequências para mulheres em idade fértil, sendo mais direcionado às mulheres grávidas e não a mulheres e homens no geral (ANDERSON *et al.*, 2020).

A fertilidade diminuiu durante a epidemia (e continua diminuindo), mas não é influenciada diretamente pelo Zika vírus. Além disso, a inadequação das recomendações promulgadas é também o que mais pôde ser aprendido no nosso estudo. Em comparação com o contexto da pandemia COVID-19, muitos paralelos são visíveis. Em primeiro lugar, muitos comportamentos preventivos propostos simplesmente não são viáveis para muitos. Em segundo lugar, a epidemiologia das doenças infecciosas é mal compreendida e ainda mais mal explicada para o público em geral. Finalmente, disparidades sociais caracterizam um campo fértil para doenças infecciosas, transmitidas por vetores ou vírus. Não abordar essas questões favorece novas epidemias.

Mesmo quando tentamos abordar o SARS-coV-2, os efeitos da infecção pelo vírus Zika e a resposta do sistema de saúde, especialmente nas crianças afetadas ainda são incertos, criando uma demanda por um sistema de saúde bem

amparado e com equipe adequada para cobrir os problemas existentes e novas ameaças à saúde. Atualmente isso parece improvável no Brasil.

Os resultados encontrados apontam para aspectos de um panorama que requer estratégias mais efetivas para a realidade contextual, que fortaleçam alternativas de cuidado, considerando não só o cenário do Zika, mas também outras situações epidêmicas que implicam na saúde reprodutiva e no planejamento familiar.

REFERÊNCIAS

AFABLE-MUNSUZ, A. *et al.* A positive orientation toward early motherhood is associated with unintended pregnancy among New Orleans youth. **Matern Child Health J**, v. 10, n. 3, p. 265-276, 2006.

ALI, S. *et al.* Environmental and social change drive the explosive emergence of Zika virus in the Americas. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 11, n. 2, p. 1-16, 2017.

ANDERSON, E. J. *et al.* Women's health perceptions and beliefs related to Zika Virus exposure during the 2016 outbreak in northern Brazil. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 102, n. 3, p. 629-633, 2020.

ANDRADE, L. D. F. *et al.* Epidemia zika vírus: influência da religião/espiritualidade em gestantes e puérpera. **Rev Enferm UFPE.**, v. 12, n. 2, p. 329-336, 2018.
Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23245/27803> .
Acesso em: 21 mai. 2021.

BERNARD, R. H. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. 4. ed. Altamira Press, 2006.

BORGES, A. L. V. *et al.* Women's reproductive health knowledge, attitudes and practices in relation to the Zika virus outbreak in northeast Brazil. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. e0190024, jan. 2018.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. e00211216, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00211216. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n2/e00211216/> . Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Acesso em 05 abr. 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* Implications of Zika virus and congenital Zika syndrome for the number of live births in Brazil. **PNAS**, v. 115, n. 24, p. 6177-6182, 2018.

CHARLIER, C. *et al.* Arboviruses and pregnancy: maternal, fetal, and neonatal effects. **Lancet Child Adolesc Health.**, v. 1, p. 134–146, 2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Brazilian women avoiding pregnancy during Zika epidemic. **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 43, n. 1, 2017.

DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Pesquisa e desenvolvimento para o enfrentamento da epidemia pelo vírus Zika e suas complicações. **Epidemiol e Serv. Saúde.**, v. 125, n. 2, jun. 2016. DOI: 10.5123/S1679-49742016000200001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200231. Acesso em: 21 mai. 2021.

FEREDAY, J.; MUIR-COCHRANE, E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. **Int. J. Qual. Meth.**, v.5, n.1, p. 80-92, 2006.

GARCIA, L. P. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento. **Texto para discussão 2368**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2018. 62 p.

GONÇALVES, R. P. *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 578-93, jun. 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200578&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 20 mai. 2021.

IULIANO, D. A. *et al.* Reasons for contraceptive nonuse at first sex and unintended pregnancy. **Am J Health Behav.** v. 30, n. 1, p. 92-102, 2006.

KENDALL, C. *et al.* An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS Behav.**, v. 12, p. 97-104, 2008.

KENDALL, C. *et al.* Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans – results of qualitative research. **Soc. Sci. Med.**, v. 60, p. 297-311, 2005.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cien. Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1915-1928, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915. Acesso em: 21 mai. 2021.

LEVANDOWSKI, D. C. *et al.* Experiência da gravidez em situação de soropositividade para o VIH: revisão da literatura brasileira. **Anál. Psicol.**, v. 32, n. 3,

p. 259-277, jan. 2014. DOI: 10.14417/ap.575. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/44938>. Acesso em: 20 mai. 2021.

LINDE, A. R.; SIQUEIRA, C. E. Women's lives in times of zika: mosquito-controlled lives? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

LÔBO, A. L. S. F. *et al.* Representações sociais de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana e desejam engravidar. **Texto Context Enferm.**, v. 27, n. 3, set. 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018004440016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300334&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em 20 mai. 2021.

MARTELETO, L. J. *et al.* Live births and fertility amid the zika epidemic in Brazil. **Demography**, v. 57, n. 1, p. 843-872, 2020.

MARTELETO, L. J. *et al.* Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. **Popul. Dev. Rev.**, v. 43, n.2, p. 199-227, jun. 2017.

MCMULLEN, C. K. *et al.* Rapid assessment of clinical information systems in the healthcare setting. **Methods Inf Med.**, v. 50, n. 4, p. 299-307, jan. 2011. DOI: 10.3414/EM10-01-0042. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.3414/ME10-01-0042>. Acesso em 20 mai. 2021.

MINAYO, M. C. S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colect**, v. 6, n. 3, p. 251-261, set./dez. 2010.

NUNES, J.; PIMENTA, D.N. A epidemia de zika e os limites da saúde global. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 21-46, ago. 2016.

NUNES, M. L. *et al.* Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **J Pediatr (Rio J)**, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016. DOI: 10.1016/j.jpedp.2016.04.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361630012X>. Acesso em 20 mai. 2021.

PETERSEN, E. E. *et al.* Update: interim guidance for health care providers caring for women of reproductive age with possible Zika virus exposure - United States, 2016. **Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 65, n. 12, p. 315-322, 2016.

PINTO, M. R.S.; SILVEIRA, L. L. A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 417-436, 2012.

PITANGUY, J. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. **Cad. Saude Publica**. v. 32, n. 5, p. 1-3, 2016.

POLEN, K.D. *et al.* Update: interim guidance for preconception counseling and prevention of sexual transmission of Zika Virus for men with possible Zika Virus exposure - **Morb Mortal Wkly Rep.**, United States, v. 67, n. 31, p. 868-871, ago.

2018. DOI: 10.15585 / mmwr.mm6731e2. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6731e2.htm?s_cid=mm6731e2_w#suggestedcitation. Acesso em 20 mai. 2021.

SANGARAMOORTHY, T.; KROEGER, K. A. **Rapid Ethnographic Assessments: a practical approach and toolkit for collaborative community research.** Routledge, 2020.

SOUSA, C. A. *et al.* Zika vírus: conhecimentos, percepções, e práticas de cuidados de gestantes infectadas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018.

STELLMACH, D. *et al.* Anthropology in public health emergencies: what is anthropology good for? **BMJ Glob Health.** v. 3, 2018.

STOLOW, J. *et al.* Women's perceptions of Zika Virus prevention recommendations in Fortaleza, Brazil. **JPHP SAGE**, v. 1, n. 2, p. 288-314, dez. 2020.

TEIXEIRA, G.A. *et al.* Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Cien Saude Colet.** v. 25, n. 2, p. 567-574, 2020.

TEIXEIRA, S. G. *et al.* Women living with HIV: the decision to become pregnant. **R. Pesq.: Cuid Fundam Online.** v. 5, n. 1, p. 3159-3167, jan. 2013. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3159. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1869/pdf_672. Acesso em: 21 mai. 2021.

THORNE, S. Data analysis in qualitative research. **Evid. Based Nurs.**, v. 3, p. 68-70, 2000.

TONG, A.; SAINSBURY, P. F.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, set. 2007.

APÊNDICE E - ARTIGO 2

Artigo Original

Conhecimento e uso de contraceptivos em contexto de epidemia: considerações de resultados de um estudo qualitativo sobre Zika no Brasil

Mayara Paz Albino dos Santos¹, Carl Kendall^{2,3}, Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr³, Mariana Campos da Rocha Feitosa⁴, Kelly Alves de Almeida Furtado⁵, Ana Ecilda Lima Ellery⁶

¹ Doutoranda em Saúde Pública, Programa de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, e-mail: mayarapazasantos@gmail.com 0000-0002-8313-3583

² Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Department of Global Community Health and Behavioral Sciences, New Orleans Louisiana USA, e-mail: carl.kendall@gmail.com 0000-0002-0794-4333

³ Programa de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brazil, e-mail: ligiakerr@gmail.com 0000-0003-4941-408X

⁴ Doutoranda em Saúde Pública, Programa de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, e-mail: marianafeitosa.ufc@gmail.com 0000-0001-7734-0175

⁵ Doutoranda em Saúde Pública, Programa de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, e-mail: kellyalves28@yahoo.com.br

⁶ Pós- Doutoranda em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, e-mail: ana.ellery@gmail.com 0000-0001-8350-464X

Correspondência para Mayara Paz Albino dos Santos (e-mail: mayarapazasantos@gmail.com). Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, Rua Professor Costa Mendes, 1608, CEP: 60430-140 - Fortaleza, CE - Brasil, Contato:+55 8533668045.

RESUMO

Em resposta à epidemia de Zika, entre os anos de 2015-2016, houve recomendações para mulheres em idade reprodutiva, dentre elas relacionadas à contracepção como proteção do risco da doença. Um declínio na taxa de natalidade no período epidêmico sinalizou uma possível ligação entre Zika e o uso consistente e eficiente de contraceptivos. Objetivo: explorar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos durante o período de epidemia de Zika por mulheres em idade fértil. Método: estudo qualitativo baseado na avaliação etnográfica rápida, realizado entre julho de 2017 e janeiro de 2019. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com 51 mulheres em idade fértil usuárias da rede pública e privada de saúde. Os dados foram analisados e compilados, evidenciando as categorias pré-especificadas. A epidemia de Zika não interferiu em um maior conhecimento sobre contracepção ou planejamento e/ou em um comportamento efetivo de prevenção durante o período do surto. Foi percebida uma fragilidade nas informações e inconsistência no uso dos contraceptivos, influenciada por diversos fatores. É fundamental a compreensão dos fatores intrínsecos, tais como valores, crenças, percepções e motivações que podem influenciar a conduta, o comportamento sexual e o modo de utilização correto e adequado dos contraceptivos, bem como a tomada de decisão dessas mulheres.

Palavras-chave: Zika Virus; Planejamento Familiar; Gravidez; Saúde Reprodutiva; Brasil.

INTRODUÇÃO

Entre os anos de 2015 e 2017, o Brasil passou por um surto epidêmico do Zika Vírus (ZIKV). Até o ano de 2018, foram notificados 583.451 suspeitos e 223.477

casos confirmados de Zika nas Américas e 137.288 casos confirmados no Brasil, sendo declarada uma emergência de Saúde na época (LINDE; SIQUEIRA, 2018; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; SAMPAIO *et al.*, 2019).

A Zika, uma doença transmissível transmitida principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti* e sexualmente. Teve importante associação com possíveis sequelas neurológicas e atrasos no desenvolvimento de bebês nascidos de mulheres infectadas pela doença na gravidez, caracterizada como Síndrome Congênita do Zika. Até o final de 2016, 2.366 anormalidades congênitas associadas ao vírus foram confirmadas (LINDE; SIQUEIRA, 2018; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; SAMPAIO *et al.*, 2019).

Este cenário implicou em uma série de orientações e recomendações dadas por órgãos governamentais a mulheres em idade reprodutiva, visando evitar consequências como adiar gravidez por um período, enfatizando a necessidade de: uso de prevenção e contracepção adequada; a educação em saúde com informações sobre saúde sexual e reprodutiva; e, ampliação do acesso de homens e adolescentes ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016).

Isso tem um impacto direto nas estratégias de planejamento familiar como acesso e uso de contraceptivos, gravidez intencionais ou não, educação sexual, aspectos culturais, sociais e religiosos, ampliando uma discussão não só biológica, mas sociopolítica e econômica (NUNES; PIMENTA, 2016).

Alguns estudos apontam que durante a epidemia de Zika houve uma mudança de comportamento de mulheres em relação à decisão de engravidar (MARTELETO *et al.*, 2017), o que justificaria a queda na taxa de natalidade no período epidêmico (CASTRO *et al.*, 2018). Entretanto, outros estudos e observações cotidianas não apontaram mudanças significativas na utilização de contraceptivos, de forma que atendessem ao que foi recomendado e orientado (DINIZ, *et al.*, 2020; BAHAMONDES *et al.*, 2017).

Diante disso, considerando a repercussão de um quadro epidêmico como esse no tocante ao planejamento familiar, a necessidade de uma resposta eficaz do setor saúde em planejamento de estratégias e políticas que garantam a autonomia dessas mulheres, questionou-se de que forma, em situações de epidemia, mulheres em idade reprodutiva se previnem, que orientações elas seguem, qual o acesso e uso que elas têm de contraceptivos, quais deles, como é decidido?

Portanto, o objetivo desse estudo foi explorar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos durante o período de epidemia de Zika por mulheres em idade fértil.

MÉTODOS

O estudo, com abordagem qualitativa, faz parte da pesquisa Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos (CNPq: 440778 / 2016-6) que relata a prevalência e incidência da infecção pelo vírus Zika, saúde sexual e reprodutiva, gravidez e comportamento relacionado à fertilidade e planejamento familiar. Esse recorte qualitativo precedeu o início da coorte, trazendo informações e resultados que complementaram e auxiliaram no escopo e desenvolvimento do projeto.

A abordagem foi baseada na Avaliação Etnográfica Rápida (REA) (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020), que consiste em um método de pesquisa qualitativa com uma investigação focada e orientada, partindo de dados relevantes inicialmente identificados e coleta de informações, a fim de compreender rapidamente um determinado problema em um curto espaço de tempo, diferente de uma pesquisa etnográfica tradicional.

A REA é usada para extrair ricas descrições sobre o contexto, processos, sistemas, motivações e avaliar uma variedade de questões sociais e estruturais complexas para melhorar políticas e programas que impactam populações vulneráveis (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Utiliza-se de várias perspectivas baseadas na realidade local para dar uma resposta rápida a uma situação como na saúde pública, principalmente sobre situações recentes e que não sejam claramente definidas. Esse tipo de processo envolve análise frequente, monitoramento e avaliação contínua dos resultados, sendo úteis inclusive para desenho de pesquisas adicionais (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; STELLMACH *et al.*, 2018; MCMULLEN *et al.*, 2011).

A coleta de informações foi realizada entre julho de 2017 e janeiro de 2019 no município de Fortaleza-CE-Brasil por meio da rede pública de saúde (cinco unidades públicas de saúde pertencentes a três regionais de saúde com maior incidência de arboviroses registradas em 2017) e por meio da rede privada de saúde (para diversificar a amostra).

As participantes do estudo foram mulheres usuárias dos serviços nessas unidades, que estivessem em idade fértil, com vida sexual ativa (pelo menos um relacionamento sexual nos últimos 12 meses), não tivessem realizado laqueadura tubária e sem problema de saúde que influenciasse a possibilidade de gravidez, que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa.

Para a coleta das informações, utilizou-se entrevistas abertas semiestruturadas, baseadas em um guia de entrevista dividido em tópicos relacionados a assuntos como conhecimento sobre Zika, planejamento familiar, acesso a serviços de saúde, entre outros. Nesse estudo, focou-se nos subtópicos relacionados ao conhecimento e ao uso de contracepção, considerando o contexto da Zika.

O guia foi desenvolvido entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, passando por várias versões e testado previamente em entrevistas piloto (8 entrevistas). Ele foi elaborado após revisão da literatura e com base na experiência dos pesquisadores e coordenadores da pesquisa em projetos anteriores (AFABLE-MUNSUZ *et al.*, 2006; IULIANO *et al.*, 2006; KENDALL *et al.*, 2005).

As entrevistadoras foram três alunas de doutorado em Saúde Coletiva com o suporte de uma aluna de pós-doutorado. As pesquisadoras, ainda que tivessem experiências prévias no tipo de instrumento utilizado, foram treinadas quanto à aplicação do guia e a alguma modificação e adaptação de vocabulário, com abordagem necessária para uma melhor compreensão da entrevistada.

Conduzimos entrevistas individuais face a face. Foram realizadas aproximadamente 74 abordagens de acordo com os critérios de inclusão. Dessas, 55 entrevistas foram iniciadas, porém quatro não foram concluídas devido às mulheres não continuarem a responder às perguntas por vontade própria e/ou por interrupção, por serem chamadas para as consultas e não quererem dar continuidade posteriormente. Portanto, foram realizadas 51 entrevistas, inicialmente 45 entrevistas com mulheres na rede pública, pela amostragem intencional e, posteriormente, seis entrevistas com mulheres da rede privada, utilizando a amostragem do tipo bola de neve (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

As entrevistas, com duração média de 35 minutos, ocorreram em um espaço mais afastado (mas dentro da própria unidade de saúde) somente com a entrevistadora e a participante (exceto quando a mesma estava sozinha com a criança), para que não houvesse interferência nas respostas das entrevistadas,

enquanto ela aguardava consulta na sala de espera na unidade de saúde. As entrevistas com mulheres da rede privada, devido ao tempo e ao espaço, foram agendadas de acordo com a disponibilidade de horário dessas mulheres em sua residência ou local de trabalho.

As entrevistas continuaram até a saturação das respostas aos tópicos (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008). A fim de preservar o anonimato a identificação das entrevistadas foi utilizada a seguinte codificação: entrevistada (E) seguido de numeral cardinal (E1, E2, E3... E51).

Foram coletadas informações como idade, estado civil, escolaridade, quantidade de filhos, entre outras, para traçar o perfil das mulheres entrevistadas. As entrevistas foram gravadas em áudio, a partir da permissão verbal e escrita das entrevistadas, e transcritas pelas quatro entrevistadoras. Notas de campo foram feitas no momento da entrevista para auxiliar na organização e nas observações relacionadas às respostas. Essas notas fornecem descrições de comportamento, impressões que dão um maior significado e compreensão do fenômeno estudado (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFC sob o parecer de nº 2.108.291 e seguiu os preceitos éticos de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). As mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise dos Dados

Seguindo a abordagem do REA as entrevistas foram lidas e compartilhadas pela equipe do estudo e blocos temáticos identificados para uma inicial compreensão (MINAYO, 2010; THORNE, 2000). Uma análise dos dados era feita periodicamente, chamada “*Debriefings*” por todos os membros para reorientações e alinhamento na identificação e aprofundamento de seções de entrevistas, notas de campo ou outros elementos de dados relacionados ao tema da pesquisa (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020; KENDALL *et al.*, 2008; BOSI; MERCADO, 2007).

Para auxiliar a análise, foi desenvolvida uma planilha - utilizando o programa de *software Microsoft Office Excel®*, com a finalidade de resumir o conjunto de informações, em um processo de imersão, identificando e agrupando os

eixos temáticos e codificações. A planilha foi estruturada em colunas nas quais constavam a identificação e os tópicos do guia; e em linhas que foram preenchidas com notas e/ou trechos essenciais das respostas das entrevistadas, como um tipo de resumo das entrevistas sobre cada um dos assuntos incluídos no guia (SANGARAMOORTHY; KROEGER, 2020).

Isso nos permitiu verificar a frequência de determinadas respostas e explorar as associações entre elas. Compilou-se as diversas dimensões emergentes das falas, que baseadas na literatura, evidenciaram as categorias deste estudo pré-especificadas explanadas a seguir nos resultados (KENDALL *et al.*, 2008; BERNARD, 2006; FEREDAY; MUIR-COCHRANE, 2006; KENDALL *et al.*, 2005).

Em nossa descrição aqui, atendemos os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

RESULTADOS

Perfil das entrevistadas

As 51 participantes do estudo estavam predominantemente na faixa etária de 20 a 29 anos (45%), mais da metade tinha nascido no município de Fortaleza-CE (68,6%) e a maioria pertencia à classe social baixa (84,4%) (Tabela 1).

A maior parte das entrevistadas se classificou como de raça parda (50,9%), eram casadas (60,7%), tinham uma média de $1,7 \pm 0,7$ filhos e desenvolviam alguma atividade remunerada (43,1%). Quanto à escolaridade, concluíram o ensino médio (31,3%) e em relação à religião, a amostra foi igualmente dividida entre católica (31,3%) e evangélica (31,3%). As respostas foram autodeclaradas e espontâneas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico das mulheres participantes do estudo

Característica	N	%
Faixa Etária		
16-19 anos	8	15,6
20-29 anos	23	45,0
30-39 anos	20	39,2

Classe Social

Baixa	43	84,4
Média	8	15,6

Estado Civil

Casada	31	60,7
Solteira	13	25,4
Divorciada	1	1,9
Não informou	6	11,7

Filhos

Sem filhos	9	17,6
Gestantes sem filhos	6	11,7
Gestante com filhos	2	3,9
Com filhos (não gestante)	33	67,3
Não informou	1	1,9

Raça

Branca	10	18,8
Parda	26	50,9
Negra	10	19,6
Não informou	5	9,8

Religião

Católica	16	31,3
Evangélica	16	31,3
Santos dos últimos dias (mórmons)	5	9,8
Sem religião	9	16,9
Não informou	5	9,8

Escolaridade

Ensino Fundamental Incompleto	2	3,9
Ensino Fundamental Completo	2	3,9
Ensino Médio Incompleto	13	25,4
Ensino Médio Completo	16	31,3
Ensino Superior Incompleto	8	15,6
Ensino Superior Completo	7	13,7
Não informou	3	5,8

Nascida em

Fortaleza (Ceará)	35	68,6
Interior do Estado do Ceará	8	15,6
Outro Estado	4	7,8
Não Informou	4	7,8

Ocupação

Atividade remunerada	22	43,1
Atividade não remunerada	19	37,2
Estudantes	6	11,7
Não informou	4	7,8

Fonte: Autoria própria.

As entrevistas

As principais categorias que emergiram a partir da análise dos dados foram: 1) Conhecimento dos métodos contraceptivos e 2) Uso dos métodos contraceptivos.

As categorias são apresentadas a seguir e exemplificadas por citações das falas das mulheres entrevistadas, utilizando-se como identificação o código da entrevista.

1) Conhecimento dos métodos contraceptivos

Um dos questionamentos realizados às mulheres entrevistadas foi sobre a recomendação do uso de contraceptivos (isolados ou combinados) para evitar transmissão sexual do vírus e gravidez durante a epidemia. Nenhuma mulher referiu conhecer essa orientação, como também não sabiam da transmissão sexual do vírus.

Os métodos mais citados de conhecimento das entrevistadas foram o preservativo masculino – camisinha, o anticoncepcional oral e a injeção hormonal mensal ou trimestral.

“Os comprimidos anticoncepcionais é um bom método porque evita gravidez, mas engorda, incha a pessoa. Injeção é bastante utilizada, você toma mensalmente

e evita a gravidez e não tem nenhum malefício. A camisinha é muito utilizada porque evita de engravidar e previne de pegar doenças também e não tem nenhum malefício.” (E11, 19 anos).

“Eu conheço a maioria dos métodos. Apesar de eu não usar o mais vantajoso deles é a camisinha que ela evita as doenças e engravidar.” (E32, 26 anos).

“A injeção é muito comum, muito usada, pode ser de 3 em 3 meses ou todo mês; evita a gravidez, mas não é totalmente confiável. A pílula é muito usada, mas tem que tomar todo dia e mesmo horário para realmente ter efeito. A camisinha é muito usada e previne mais porque além da gravidez, previne doenças, mas pode dar alergia.” (E1, 19 anos).

Quando questionadas sobre o conhecimento de outros métodos, algumas mulheres afirmavam que não sabiam quase nenhuma informação sobre eles como, por exemplo, o dispositivo intra-uterino (DIU).

“Tem o DIU também, o que eu sei é que é bem usado, mas não é totalmente confiável e pode causar dor e inflamação no útero.” (E6, 23 anos).

“O DIU não sei muito. Vi na internet que é um objeto estranho que coloca no corpo e assim impede de engravidar, mas não é muito recomendado, pode dar inflamação.” (E 09, 35 anos).

Dos métodos que conheciam, as participantes referiram receber informações e orientações em consultas ginecológicas e/ou eventualmente na mídia ou rede social, mas não houve, segundo elas, uma abordagem específica devido à epidemia, nem sobre a necessidade no planejamento ou aconselhamento reprodutivo no período do surto.

As respostas das entrevistas sinalizaram para uma ênfase dessas mulheres sobre os malefícios dos métodos contraceptivos, sendo possivelmente um importante fator decisivo na escolha do método.

“Tem uma injeção que se toma a cada 3 meses, muito usada pra evitar gravidez, mas vai criando uma massa no útero que pode atrapalhar uma gravidez futura.” (E6, 26 anos).

“Esses métodos como comprimidos, injeções evitam uma gravidez, mas tem muito hormônio e por isso podem causar cisto no corpo, massa no útero.” (E13, 21 anos).

“O anticoncepcional (oral) é muito usado. Não interfere no prazer, você fica protegido o mês inteiro e é um método barato. O problema é que pode causar problemas circulatórios como trombose e ultimamente tem-se falado até em câncer.” (E17, 29 anos).

2) Uso dos métodos contraceptivos

As entrevistadas que afirmaram que não pretendiam engravidar (n=20, 39,2%) durante o período da epidemia, por diversos motivos, utilizavam métodos contraceptivos hormonais (injeção mensal ou trimestral) ou de barreira (preservativo masculino). Não houve menção por parte das entrevistadas sobre mudança de método por causa da doença, de forma a garantir uma proteção mais segura:

“Injeção mensal é muito usada, utiliza junto com a camisinha, evita uma gravidez. É bom utilizar os dois juntos porque também evita doenças transmissíveis, mas pode incomodar.” (E07, 20 anos).

Ressalta-se que nas entrevistas foi observada ocorrência frequente de gravidezes não planejadas no período da epidemia, justificado pela falha do uso do contraceptivo, pelo uso irregular do método e em alguns casos pela mudança de contraceptivo. A maior parte dos casos ocorreu com mulheres que já tinham pelo menos 1 filho. Quanto à idade, não houve predominância de faixa etária, embora os casos tenham sido com mulheres até 29 anos.

“Quando fiquei grávida ficamos (eu e o e namorado) felizes, mas assustados. Contei e ele (namorado) ficou feliz assustado, porque a gente não estava esperando.

A gente não queria agora não, mas aconteceu. A gente se prevenia, mas aconteceu. Não sei o que aconteceu com a camisinha.” (E38, 16 anos).

Foram citados diversos métodos contraceptivos, sendo o mais frequente o uso do preservativo masculino, que é um contraceptivo de barreira.

“A camisinha é bastante usada. É o que eu uso. Ela é boa porque você tá 99% protegida de tudo, de engravidar, de pegar doença. Os riscos é de estourar na hora da relação, de machucar, mas pra mim é o método mais seguro.” (E15, 31 anos).

Portanto, o acesso aos contraceptivos se dava a partir do atendimento na Unidade de Saúde, o que tinha disponível, ou compra do anticoncepcional oral que era referida como de baixo custo.

“Eu uso o anticoncepcional oral porque é que a gente consegue no posto.” (E34, 26 anos).

De acordo com as mulheres que citaram o uso do preservativo masculino, o utilizavam-no como o único método contraceptivo. Apenas uma mulher citou a sua utilização combinada com outro método que considerava mais eficaz, que era o anticoncepcional oral.

Os demais métodos relatados pelas entrevistadas foram o anticoncepcional oral e duas delas utilizavam algum método natural (coito interrompido e *Billings*). O uso de outros métodos contraceptivos como preservativo feminino e DIU, que são de fácil acesso e até mesmo disponibilizados na rede pública, não foi citado pelas entrevistadas.

“A camisinha é bastante usada, pois além de proteger de engravidar, protege de doenças, mas tem os riscos de estourar e machucar, mas é o método mais seguro.” (E8, 37 anos).

Algumas participantes pretendiam engravidar na época da epidemia de Zika, mas adiaram esse desejo por causa da epidemia (n=4, 7,8%). Por isso, citaram

utilizar método hormonal e/ou de barreira para contracepção, como preservativo masculino, mas não houve citação de método de longo prazo.

“Na época da epidemia eu estava casada e estava até pensando em engravidar, mas preferi deixar para lá... tinha medo da transmissão da doença, tinha mais cuidado para não engravidar por causa disso, eu usava anticoncepcional oral e preservativo (masculino).” (E22, 30 anos).

É válido ressaltar que o uso de contraceptivos em algumas vezes está relacionado ao desejo ou vontade. Uma entrevistada citou que o uso também ocorria por ela não reagir bem ao uso de contraceptivos hormonais.

“Utilizamos método contraceptivo, mas tem período que eu não quero usar, nem ele (companheiro). Teve meses que eu esquecia de tomar a injeção e a gente ficava usando a camisinha. Sei que não é totalmente confiável, eu já tive uma gravidez não planejada, mas perdi.” (E31, 22 anos).

“Uso preservativo porque sou hipertensa e sei que não posso usar outro método.” (E43, 35 anos).

Em relação ao preservativo masculino, esse desejo também esteve atrelado à decisão do parceiro em usá-lo, pois segundo as entrevistadas, se tratava de uma responsabilidade dele.

“Engravidar e ter filhos é mais uma decisão da mulher, homem não se importa com isso. Já o sexo e se vai usar ou não o preservativo é mais o homem porque ele pensa mais nisso.” (E6, 23 anos).

“Geralmente a mulher toma as decisões sobre gravidez, porque o homem não se importa com isso. Quem decide sobre usar o preservativo é mais o homem.” (E7, 20 anos).

DISCUSSÃO

Nossos resultados mostraram que a epidemia de Zika não esteve relacionado a um maior conhecimento sobre contracepção ou a um melhor planejamento, tampouco a um comportamento efetivo de prevenção durante o período do surto. Informações equivocadas, confusas permearam esse procedimento.

Nossos resultados corroboram com os do estudo de Diniz *et al.* (2020), realizado com 22 mulheres jovens nas áreas afetadas sobre saúde sexual e reprodutiva. Elas relataram ter pouca confiança em alguns métodos anticoncepcionais, informações inadequadas sobre eles e o risco de uma gravidez indesejada, fatores que levam a uma adesão inadequada às recomendações de planejamento. Ademais, as histórias que ouviam, algumas compartilhadas na sua comunidade, como doenças geradas pelo uso de alguns contraceptivos levam ao receio dessas mulheres em utilizá-los.

Assim como no nosso estudo, as 22 respondentes dessa pesquisa, não sabiam sobre a transmissão sexual do Zika ou recomendação para uso de preservativo como prevenção desse risco (DINIZ *et al.*, 2020).

O estudo realizado no município de Fortaleza-Ceará, Brasil, que abordava a percepção de mulheres sobre as recomendações de Zika apontou que assim como nossos achados, as participantes não tinham ciência da possibilidade de transmissão sexual do vírus Zika, mostrando uma falha na comunicação em saúde. Consideraram ainda a necessidade de o público masculino ser também informado de forma clara, pois tem um papel importante nisso (STOLOW *et al.*, 2020).

Um estudo sobre a percepção de mulheres em relação à saúde feminina frente à epidemia de Zika, realizado em 2016 na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, mostrou que embora sete participantes relatassem usar regularmente o preservativo para prevenção da transmissão sexual da doença, não houve citação pela maioria das participantes sobre o uso de quaisquer anticoncepcionais de qualquer tipo como estratégias de proteção. O conhecimento limitado sobre uma doença não é satisfatório para mudar a percepção de risco e o comportamento preventivo (ANDERSON *et al.*, 2020).

DINIZ *et al.* (2019) em seus estudos com 81 mulheres no nordeste do Brasil, com o objetivo de investigar as necessidades sexuais, reprodutivas e desafios no acesso aos serviços de saúde, revelou déficit de conhecimento dessas mulheres sobre métodos anticoncepcionais, conceitos equivocados sobre seus efeitos e

eficácia, bem como falhas na comunicação em saúde, com fornecimento de informações limitadas e insuficientes.

Estudos mostram que múltiplos fatores podem influenciar na escolha e utilização do método anticoncepcional. Informações corretas e adequadas não são suficientes para efetivar o comportamento contraceptivo, mas as motivações pessoais como a história de vida, o acesso, o custo, as crenças sobre a concepção e a interação e/ou abertura de comunicação que se tem com o parceiro, implicam na maior ou menor adesão aos métodos. Isso também foi observado no nosso estudo (DELATORRE; DIAS, 2015; PATIAS; DIAS, 2014).

Esse contexto ressalta a dimensão social de uma doença na qual as informações adquiridas não produzem mudanças comportamentais consistentes, enfatizando a relevância desses fatores pessoais como determinantes da adesão ao uso dos métodos contraceptivos (BRUM; CARRARA, 2012).

Uma pesquisa realizada com adolescentes no Nordeste brasileiro sobre conhecimento do Zika vírus e contraceptivos, mostrou um maior conhecimento e uso em relação aos métodos: preservativo masculino, preservativo feminino e anticoncepcional oral de emergência. Verificou-se também um desconhecimento especialmente dos métodos: DIU, implante subcutâneo, adesivo e diafragma. Em comparação com o presente estudo, os achados sobre o conhecimento desses métodos foram semelhantes (ARAGÃO *et al.*, 2019).

Divergindo dos nossos resultados, um estudo com mulheres brasileiras no período do surto de Zika apontou que as mesmas passaram a usar algum método contraceptivo, ou aquelas que já usavam, começaram a usar de forma regular. Mulheres com baixo nível socioeconômico referiram acesso a menos opções de contracepção que considerassem eficazes; utilizavam injeções, pílulas ou preservativo que eram os recursos mais econômicos e/ou disponibilizados nas unidades de saúde (MARTELETO *et al.*, 2017).

Além disso, relataram que embora tivessem medo de contrair ZIKV e não desejarem ter mais filhos, frequentemente falhavam no uso do método, considerando o fato de não se sentirem 100% seguras com quaisquer deles e a dificuldade de negociação com o parceiro (MARTELETO *et al.*, 2017).

Pesquisas mostram que cerca de 25% de mulheres residentes em países em desenvolvimento que evitam engravidar não têm acesso a métodos anticoncepcionais modernos, reversíveis e de longo prazo. Há uma oferta limitada

dos métodos, um acesso restrito aos serviços de planejamento familiar (enfrentada principalmente por mulheres pobres, jovens e solteiras), trazendo uma problemática multidimensional (FERREIRA; SOUZA, 2018). Portanto, é válido considerar esse contexto ao abordarmos essa situação, em que não é possível compreendê-la com clareza.

Os resultados de um estudo em Fortaleza, Ceará, Brasil, com 35 mulheres em idade reprodutiva, sinalizaram também que o acesso aos contraceptivos se dava conforme as opções oferecidas na unidade de saúde. O uso predominante do preservativo masculino, possivelmente, justifica-se pela facilidade do acesso e custo baixo. Contudo, ressalta-se a resistência e a dificuldade de negociação com o parceiro, pois pode levar uma má interpretação dele em relação a suspeitar de infidelidade ou de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e isso pode ter outras consequências físicas ou afetivas (STOLOW *et al.*, 2020).

Experiências contraceptivas negativas anteriores, restrições culturais, religiosas e políticas, o receio dos efeitos colaterais são fatores que influenciam no planejamento da gravidez, acarretando em consequências socioeconômicas e ambientais, gravidez não planejada, escassez de educação e acesso à contracepção, abortos, mortalidade materna, entre outros (FERREIRA; SOUZA, 2018).

Destaca-se ainda, a compreensão cultural que é permeada por valores, crenças, emoções, incertezas e é vinculada a uma série de decisões complexas emaranhadas com as representações sociais de contracepção, maternidade, família e sexualidade. Isso evidencia a problematização do domínio feminino sobre a contracepção focada apenas no aspecto técnico (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

No cenário epidêmico, seja por Zika ou outra situação, o acesso às orientações e o uso de métodos anticoncepcionais eficazes são essenciais. São necessários esforços para uma orientação adequada para que não haja uma ação limitada, sem impacto. As mulheres, em grande parte das Américas, têm um acesso limitado e enfrentam barreiras no planejamento familiar. A epidemia de Zika evidenciou essa fragilidade do sistema de saúde que não esteve alinhada com as recomendações dadas no período do surto (DARNEY; AIKEN; KÜNG, 2017).

Melo *et al.* (2020) em seu estudo realizado em Pernambuco com mulheres que tiveram filhos com síndrome congênita de Zika mostrou, assim como no nosso estudo, uma ocorrência frequente de gravidezes não planejadas. Os

autores destacam a falta de orientação adequada relacionada às intenções reprodutivas das mulheres e falhas na política de planejamento familiar e acesso, o qual é basicamente centrado na prescrição de métodos anticoncepcionais, ignorando-se o contexto social em que essa mulher está inserida.

A gestação não planejada tem implicações ambientais e socioeconômicas significativas. O crescimento populacional desorganizado leva à escassez e desigualdade na locação de recursos, educação e acesso à contracepção, além de resultar em aumento de abortos inseguros, mortes maternas em parto e, até mesmo abandono dos filhos e empobrecimento das famílias (FERREIRA; SOUZA, 2018).

No Brasil, mais de 50% dos nascimentos ocorridos entre 2011 e 2015 foram de gravidezes não planejadas. Este percentual está acima da média mundial de 40% de gestações não planejadas. Esse cenário é considerado um problema de saúde pública pois, além de estar associado à disseminação de IST, mostra uma falha no controle do processo reprodutivo, principalmente entre mulheres jovens e naquelas que já possuem filhos (BONATTI *et al.*, 2018; TABORDA *et al.*, 2014).

Marteletto *et al.* (2020) pontuaram que essa situação de alta taxa de gravidez não planejada no Brasil pode se tornar uma barreira à compreensão do comportamento contraceptivo diante da infecção por Zika.

Ali *et al.* (2017) afirmam que o sucesso da resposta à recomendação de adiar a gravidez, seja devido ao acesso limitado a anticoncepcionais, falha na educação em saúde, alta taxa de gravidezes não planejadas na América Latina e de violência sexual, favorece também a transmissão sexual do vírus e a ocorrência de abortos.

Estudos mostram que o uso ou não de alguns contraceptivos se relaciona aos seus benefícios ou malefícios. Em relação ao uso do preservativo masculino, por exemplo, o desconforto ou influência no prazer sexual se configura como um fator para o não uso do método, prevalecendo o prazer imediato em detrimento da possibilidade de se contrair uma IST, ou o uso da camisinha como objetivo de prevenir uma gravidez indesejada (HARPER *et al.*, 2016).

Sobre a discussão do papel da mulher na decisão de contracepção ou gravidez, alguns autores retratam a problemática no contexto de Zika em que, por exemplo, as autoridades de saúde recomendaram que mulheres em áreas de risco evitassem engravidar ou ter relações sexuais, mas de forma geral ignoraram o papel

do homem nessa situação e até na transmissão da doença (LESSER; KITRON, 2016).

O preservativo masculino não é visto como um recurso satisfatório para os homens, que referem não se sentir à vontade em usá-los. Geralmente, se dá quando outro método contraceptivo hormonal não pode ser usado ou acessado pela mulher, reforçando a solitária responsabilidade dela sobre sua vida reprodutiva e consequentemente uma desigualdade de gênero nesse contexto (COUTO, 2001).

O contexto do relacionamento se configura como um importante elemento na prática contraceptiva. Ainda é encontrada fortemente, a predominância das questões relacionadas à diferença de gênero sobre a contracepção feminina, as quais evidenciam a vulnerabilidade da mulher frente à dominância masculina: é preciso atender à necessidade e ao desejo do homem; algumas situações de má interpretação do parceiro quando a mulher preocupa-se em proteger-se; negociação entre o casal do uso do contraceptivo; se há uma rotina sexual ou conjugal instaurada ou não, quando algumas mulheres têm relações interrompidas, levando à descontinuidade do uso do método; recaídas com relacionamentos anteriores, gerando, em algumas ocasiões, uma imprevisibilidade dos encontros sexuais sem a devida proteção, entre outros (PATIAS; DIAS, 2014; BRANDÃO, 2009).

A epidemia de Zika teve um foco em recomendações governamentais associadas ao planejamento familiar, como adiamento da gravidez e uso de contraceptivos durante o processo epidêmico desse vírus no Brasil.

Percebe-se uma fragilidade nas ações e abordagens das autoridades em saúde para com a população feminina, em que o conhecimento e, principalmente, o uso desses métodos de contracepção, podem favorecer condutas e respostas não efetivas ao que se propunha.

É fundamental o conhecimento por parte dos setores e gestores de saúde com relação aos fatores intrínsecos, tais como valores, crenças, percepções, motivações que podem influenciar a conduta, o comportamento sexual e o modo de utilização correto e adequado dos contraceptivos como determinantes e condicionantes sobre as percepções e atitudes dessas mulheres.

As recomendações feitas durante a epidemia de Zika buscavam influenciar a mudança de comportamento de mulheres em idade reprodutiva, mas isso foi feito de forma ineficaz. As mensagens foram insuficientes e não

contextualizadas, o que, possivelmente, levaram à baixa adesão às recomendações ou baixo conhecimento sobre as mesmas.

Em situações semelhantes, como a pandemia de COVID-19 (Sarbecovírus) e/ou possíveis emergências epidemiológicas futuras de arboviroses, como foi a da Zika, se faz necessário que as autoridades em saúde busquem estratégias que envolvam o contexto comunitário para uma abordagem mais eficaz em processos epidêmicos emergenciais.

REFERÊNCIAS

- AFABLE-MUNSUZ, A. *et al.* A positive orientation toward early motherhood is associated with unintended pregnancy among New Orleans youth. **Matern Child Health J**, v. 10, n. 3, p. 265-276, 2006.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. **Health Policy Plan**, v. 34, n. 7, p. 499-507, set. 2019.
- ALI, S. *et al.* Environmental and social change drive the explosive emergence of Zika virus in the Americas. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 11, n. 2, p. 1-16, 2017.
- ANDERSON, E. J. *et al.* Women's health perceptions and beliefs related to Zika Virus exposure during the 2016 outbreak in northern Brazil. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 102, n. 3, p. 629-633, 2020.
- ARAGÃO, H. *et al.* Conhecimento sobre Zika vírus e métodos contraceptivos: Ensaio randomizado com adolescentes no Nordeste brasileiro. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 21-32, 2019.
- BAHAMONDES, L. *et al.* Stagnant contraceptive sales after the Zika epidemic in Brazil. **Eur J Contracep Repr**, v. 22, n. 5, p. 381-383, 2017.
- BERNARD, R. H. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. 4. ed. Altamira Press, 2006.
- BONATTI, A. F. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Fund Care Online.**, v. 10, n. 3, p. 871-876, 2018.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.
- BRANDÃO, E. R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1063-1071, 2009.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. e00211216, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466, 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 05 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRUM, M. M.; CARRARA, K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 29, Supl. 1, p. 689-697, dez. 2012.

CASTRO, M. C. *et al.* Implications of Zika virus and congenital Zika syndrome for the number of live births in Brazil. **PNAS**, v. 115, n. 24, p. 6177-6182, 2018.

COUTO, M. T. Religiosity, reproduction and health among underprivileged urban families. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v. 5, n. 8, p. 27-44, 2001.

DARNEY, B. G.; AIKEN, A. R. A.; KÜNG, S. Access to contraception in the context of Zika: health system challenges and responses. **Obstet Gynecol**, v. 129, n. 4, p. 638-642, abr. 2017.

DELATORRE, M. Z.; DIAS, A. C. G. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Rev SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 60-73, 2015.

DINIZ, D. *et al.* Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in Zika affected regions: a qualitative study in northeastern Brazil. **Reprod Health**, v.17, n. 1, 2020.

DINIZ, D. *et al.* Understanding the sexual and reproductive health needs in Brazil's Zika-affected region: placing women at the center of the discussion. **Int J Gynecol Obstet**, n. 147, p. 269-272, 2019.

FEREDAY, J.; MUIR-COCHRANE, E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. **Int. J. Qual. Meth.**, v.5, n.1, p. 80-92, 2006.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Unmet contraceptive demand. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.**, v. 18, n. 4, p. 691-692, out./dez. 2018.

HARPER, G. W. *et al.* Drugs, sex, and condoms: identification and interpretation of race-specific cultural messages influencing black gay and bisexual young men living with HIV. **Am J Community Psychol**, 58, n. 3-4, p. 463-476, 2016.

IULIANO, D. A. *et al.* Reasons for contraceptive nonuse at first sex and unintended pregnancy. **Am J Health Behav.** v. 30, n. 1, p. 92-102, 2006.

KENDALL, C. *et al.* An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS Behav.**, v. 12, p. 97-104, 2008.

KENDALL, C. *et al.* Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans – results of qualitative research. **Soc. Sci. Med.**, v. 60, p. 297-311, 2005.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estud. Av.**, v. 30, n. 88, p. 167-175, 2016.

LINDE, A. R.; SIQUEIRA, C. E. Women's lives in times of zika: mosquito-controlled lives? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

MARTELETO, L. J. *et al.* Live births and fertility amid the zika epidemic in Brazil. **Demography**, v. 57, n. 1, p. 843-872, 2020.

MARTELETO, L. J. *et al.* Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. **Popul. Dev. Rev.**, v. 43, n.2, p. 199-227, jun. 2017.

MCMULLEN, C. K. *et al.* Rapid assessment of clinical information systems in the healthcare setting. **Methods Inf Med.**, v. 50, n. 4, p. 299-307, jan. 2011. DOI: 10.3414/EM10-01-0042. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.3414/ME10-01-0042>. Acesso em 20 mai. 2021.

MELO, A. P. L. *et al.* "Life is taking me where i need to go": biographical disruption and new arrangements in the lives of female family carers of children with congenital Zika syndrome in Pernambuco, Brazil. **Viruses**, n. 12, p. 1410, 2020.

MINAYO, M. C. S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colect**, v. 6, n. 3, p. 251-261, set./dez. 2010.

NUNES, J.; PIMENTA, D.N. A epidemia de zika e os limites da saúde global. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 21-46, ago. 2016.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico-USF**, v. 19, n. 1, p. 13-22, 2014.

SAMPAIO, G. D. S. *et al.* Expansão da circulação do vírus Zika da África à América, 1947-2018: revisão da literatura. **Epidemiol. Servi. Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

SANGARAMOORTHY, T.; KROEGER, K. A. **Rapid Ethnographic Assessments: a practical approach and toolkit for collaborative community research.** Routledge, 2020.

SILVA, F. F. D.; FULGENCIO, L. O fenômeno social no entorno da epidemia de zika como potencial complicador à constituição psíquica do bebê. **Estilos Clin.**, v. 24, n. 2, p. 276-290, 2019.

STELLMACH, D. *et al.* Anthropology in public health emergencies: what is anthropology good for? **BMJ Glob Health**. v. 3, 2018.

STOLOW, J. *et al.* Women's perceptions of Zika Virus prevention recommendations in Fortaleza, Brazil. **JPHP SAGE**, v. 1, n. 2, p. 288-314, dez. 2020.

TABORDA, J. A. *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

THORNE, S. Data analysis in qualitative research. **Evid. Based Nurs.**, v. 3, p. 68-70, 2000.

TONG, A.; SAINSBURY, P. F.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, set. 2007.

ANEXO A - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE STUDIES (COREQ): 32 - ITEM CHECKLIST

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32 - item checklist

(Tong A, Foster Sainsbury P, Craig J), 2007 - TRADUZIDO

Guia de questões	Respostas
Descrição	
Domínio 1: Grupo de Pesquisa e Reflexões	
Características Pessoais	
1. Entrevistador Que autores conduziram as entrevistas ou grupo focal?	As entrevistas foram conduzidas por 4 pesquisadores.
Credencial Qual a credencial dos pesquisadores? Ex: Doutores, mestres.	3 das pesquisadoras de campo são doutorandas em saúde coletiva; 1 pesquisadora pós-doutoranda em saúde coletiva; 2 doutores professores-pesquisadores em saúde coletiva universitários.
Ocupação Qual a ocupação do grupo de pesquisa no período do estudo?	A formação e atuação (na rede pública e/ou privada) profissional delas na época do estudo: fisioterapeuta, fonoaudióloga, enfermeira e psicóloga, médica e antropólogo.
Gênero Os pesquisadores eram do sexo feminino ou masculino?	5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.
Experiência e treinamento Qual a experiência dos ou	Em estudos e pesquisas anteriores.

treinamento que os pesquisadores tinham?	
Relação com os participantes	
Relação estabelecida Foi estabelecida uma relação com os participantes antes do estudo?	Não houve relação pré-estabelecida das pesquisadoras com os participantes.
Conhecimentos dos participantes sobre o entrevistador O que os participantes sabiam sobre o entrevistador? Ex: objetivos pessoais, motivos para realizar a pesquisa.	Não houve conhecimentos sobre o pesquisador pelo participante.
8. Características do entrevistador Que características foram relatadas sobre o pesquisador? Ex: interesses na pesquisa, motivações.	Informações relacionadas aos objetivos da pesquisa e como pesquisadora participante da mesma.
DOMÍNIO 2: DESENHO DO ESTUDO	
Estrutura Teórica	
9. Teoria e Orientação Metodológica Qual orientação metodológica foi utilizada para embasar o estudo?	Pesquisa Qualitativa Avaliação Etnográfica Rápida.
Seleção dos Participantes	
10. Amostragem Como os participantes foram selecionados? Ex: conveniência, intencional, etc.	Intencional Bola de Neve
11. Método de abordagem	Pessoalmente. Face a face. Telefonema.

Como os participantes foram abordados? Ex: Face a face, telefone, <i>email</i> .	
12. Tamanho da amostra Quantos participantes?	51
13. Não participação Quantos participantes recusaram ou desistiram de participar? Razão?	4
Configuração	
14. Cenário da coleta de dados Onde os dados foram coletados? Ex: casa, clínica, local de trabalho,	Unidades de saúde, clínica, casa, local de trabalho.
15. Presença de não participantes. Havia alguém presentes além dos participantes e pesquisadores?	Em alguns momentos estavam presentes no mesmo ambiente da entrevista acompanhantes como filhos (crianças) ou no mesmo local (unidade de saúde): parceiro, mãe, amiga e outros usuários e funcionários da unidade.
16. Descrição da amostra Quais eram as características importantes da amostra? Ex: dados demográficos	Idade, estado civil, raça, religião, escolaridade, número de filhos, ocupação
Coleta de dados	
17. Guia de entrevistas As questões foram formuladas pelos autores? Houve teste piloto?	As questões relacionadas à influência da epidemia na decisão de engravidar e comportamentos de contracepção nesse contexto baseadas em um guia formatado pelos autores e delineado por meio de 8 entrevistas piloto.
18. Entrevistas repetidas As entrevistas foram repetidas?	Não foram repetidas.

Se sim, quantas?	
19. Gravação áudio/visual A pesquisa usou de gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	As entrevistas foram coletadas por meio de anotações de diário de campo e gravações de áudio.
20. Anotações de Campo Foram feitas anotações de campo durante e/ou após as entrevistas ou grupo focal?	Sim.
21. Duração Qual a duração das entrevistas ou grupo focal?	35 a 40 minutos.
22. Saturação dos dados A saturação dos dados foi discutida?	Sim, à medida que as entrevistas eram realizadas e analisadas.
23. Transcrições retornadas As transcrições foram retornadas aos participantes para comentários ou correções?	Não.
DOMÍNIO 3: ANÁLISE E RESULTADOS	
Análise dos dados	
24. Número de codificadores de dados Quanto codificadores de dados foram utilizados?	-----
25. Descrição da árvore de codificação Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	-----
26. Derivação dos temas Os temas foram identificados antecipadamente ou foram	Derivados a partir dos dados

derivados dos dados?	
27. <i>Software</i> Qual software, se aplicado, foi usado para gerenciar os dados?	Microsoft Office Excel
28. Verificação dos participantes Os participantes forneceram <i>feedback</i> sobre os resultados?	Não
Relatórios	
29. Citações apresentadas A participação de cada pessoa foi apresentada para ilustrar os temas/resultados?	Sim
30. Consistência dos dados e resultados Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	Sim
31. Clareza dos principais temas Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	Sim.
32. Clareza de temas menores Existe uma descrição ou discussão de temas menores?	Sim

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos

Pesquisador: LIGIA KERR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65608917.6.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.108.291

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos potenciais do teste rápido incluíram sangramento no local, dor e infecção potencial. É possível que a entrevista, envolvendo a discussão das intenções de gravidez e de coleta de gravidezes e resultados lembrem as participantes de episódios emocionalmente dolorosos. Um resultado positivo ZIKV para uma mulher grávida é provável que seja um grande choque e gere ansiedade substancial. As mulheres receberão o seu resultado de teste por profissionais treinados do projeto, que irá relatar o resultado para a UPS para marcar uma consulta, no mesmo dia, se

possível, para que a mulher seja acompanhada por um médico para discutir os resultados e os próximos passos. Os profissionais do projeto receberão treinamento especial para aconselhamento de mulheres grávidas com Zika, e outros profissionais clínico ou sociais da unidade estarão disponíveis para aconselhar as mulheres e prestar apoio. As participantes do coorte terão acesso aos profissionais do estudo e maior acesso a recursos no sistema de saúde municipal. Para melhorar o acesso, será fornecido um cartão da pesquisa para que as participantes sejam identificadas mais facilmente. As mulheres grávidas com teste positivo receberão apoio para ultrassonografia e acesso a serviços pós-parto especiais. Caso se confirme a infecção durante uma gravidez, esta mulher será encaminhada à Maternidade Assis Chateaubriant, na qual um dos participantes é o responsável pelos exames de US em gestantes suspeitas de infecção pelo ZIKV.

Benefícios:

Conhecimento sobre a dinâmica de infecção pelo ZIKV e comportamentos da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de saúde pública. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros. Metodologia bem detalhada e congruente com os objetivos. Aspectos éticos descritos de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta de pesquisa não apresenta pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

FORTALEZA, 08 de Junho de 2017.

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)