

THIAGO ASSUNÇÃO DE MORAES

VULNERABILIDADE E EMPODERAMENTO:

A experiência de consumidoras de contraceptivos hormonais

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Programa de Pós-Graduação em Administração  
Doutorado em Administração

João Pessoa – 2018

THIAGO ASSUNÇÃO DE MORAES

VULNERABILIDADE E EMPODERAMENTO:

A experiência de consumidoras de contraceptivos hormonais

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Administração e Sociedade, linha de pesquisa de Marketing, como requisito para obtenção do grau de Doutor sob a orientação do Prof. Dr. Nelsio Rodrigues de Abreu.

Orientador: Professor Dr. Nelsio Rodrigues de Abreu

João Pessoa – 2018

Espaço reservado à ficha catalográfica

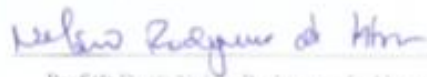
THIAGO ASSUNÇÃO DE MORAES

VULNERABILIDADE E EMPODERAMENTO:

A experiência de consumidoras de contraceptivos hormonais

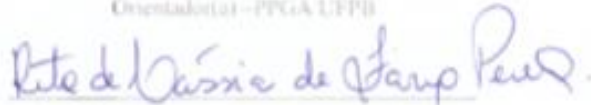
Tese de doutorado aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018

Banca Examinadora



Prof.(\*) Dr.(\*) Nelson Rodrigues de Abreu

Orientador(a) – PPGA/UFPB



Prof.(\*) Dr.(\*) Rita de Cássia de Faria Pereira

Membro Interno – PPGA/UFPB



Prof.(\*) Dr.(\*) Diogo Henrique Helal

Membro Interno – PPGA/UFPB



Prof.(\*) Dr.(\*) Leticia Moreira Casotti

Membro Externo – UFRJ



Prof.(\*) Dr.(\*) Francisco Vicente Sales Melo

Membro Externo – PROPAD/UFPE

## AGRADECIMENTOS

Meu maior agradecimento sempre será aos meus mais próximos: minha mãe pela torcida e pelas vezes que falava aos outros sobre mim com tanto orgulho e brilho nos olhos, à minha irmã que é meu amuleto de sorte e aos meus filhos, Samuel e Theodora, meus divinos presentes, pelas horas em que me faziam reviver a infância em toda sua plenitude sem me preocupar com nada mais.

À Fernanda, pela cumplicidade, pelo carinho, pelos sorrisos na horas difíceis, por me ensinar virtudes que ainda não tinha e por ser forte quando muitas vezes não fui.

Agradeço ao Nelsio, meu orientador, um amigo que ganhei para vida toda, pela compreensão e suporte quando precisei e pela transformação de vida que seu conhecimento agregou a mim.

Agradeço aos amigos que ganhei neste Doutorado, especificamente todos aqueles da Turma 4 com quem compartilhei momentos singulares, felicidades e agruras já superadas, e nominalmente ao parceiro de pesquisa e de vida, Antonio Messias.

Agradeço aos amigos de longa data, os poucos e bons, que sempre presentes me incentivaram a evoluir.

Agradeço, encarecidamente, a cada uma das mulheres que participaram desta pesquisa, pela disposição, pelo sacrifício e por abrirem seus corações para compartilharem seus sentimentos mesmo em momentos difíceis.

Agradeço à banca, pelo engrandecimento ao meu conhecimento por meio de suas contribuições nesta fase do Doutorado.

E, por fim, à minha referência maior, aquele em quem penso todos os dias, o maior responsável por onde quer que eu chegue, por ser quem foi, por ser quem sou. Ao meu pai, Inocêncio, a quem, parafraseando Carl Sagan, agradeço a toda vastidão do tempo e imensidão do universo, por ter compartilhado um lugar e uma época.

## Índice de Figuras

Figura 1 - Contribuição teórica da tese.....	8
Figura 2 – Dinâmica de Empoderamento e vulnerabilidade das consumidoras de contraceptivos hormonais orais.....	17
Figura 3 – Modelo conceitual teórico da vulnerabilidade e resiliência do consumidor para esta pesquisa.....	32
Figura 4 - Direcionamento metodológico da tese.....	51
Figura 5 - Proposta de formulação do roteiro de entrevistas adotada .....	59
Figura 6 – Etapas dos procedimentos de extração, limpeza e categorização dos dados .....	67
Figura 7 – Critérios e níveis de observação de campo .....	85
Figura 8 - Experiência elucidada nos discursos .....	87
Figura 9 – Apresentação visual da manifestação da categoria confiança.....	110
Figura 10 – Apresentação visual da relação entre as categorias de confiança e emancipação e controle.....	120
Figura 11– Apresentação visual da resiliência e mudança de vida na vulnerabilidade e empoderamento das consumidoras de pílula contraceptiva oral.....	135
Figura 12 – Esquema de interação entre categorias considerando a Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções.....	155
Figura 13 - Percepção das experiências de consumo de anticoncepcional oral quanto à regulação de marketing.....	169
Figura 14 – Relação temporal das categorias com a vulnerabilidade e empoderamento no processo de consumo do anticoncepcional.....	173
Figura 15: Cronologia dos eventos no processo de consumo do contraceptivo oral: vulnerabilidade e empoderamento .....	176

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Tipos de interseccionalidade na vulnerabilidade do consumidor.....	22
Quadro 2 –Condições de vulnerabilidade identificadas em estudos de consumo.....	26
Quadro 3 – Abordagens de análise da vulnerabilidade.....	27
Quadro 4 – Amplitude e complementaridade dos estudos sobre empoderamento do consumidor...	47
Quadro 5 – Descrição social e demográfica das participantes da pesquisa por trauma, idade, forma de contato e fonte de coleta. ....	56
Quadro 6 – Descrição da dinâmica dos grupos de whatsapp fontes de dados da pesquisa.....	60
Quadro 7 - Mapas descritivos das comunidades analisadas nesta tese.....	63
Quadro 8 – Validade e confiabilidade da pesquisa realizada para esta tese .....	70
Quadro 9 – Unidades de análise de suporte às categorizações das entrevistas .....	74
Quadro 10 – Dados marcados na memória evidenciados nos relatos das entrevistadas.....	75
Quadro 11 – Relação entre objetivos da pesquisas e categorias emergidas.....	177
Quadro 12 – Relação de limitações surgidas na pesquisas .....	184

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Conhecimento (C) e Uso (U) de métodos anticoncepcionais.....	35
---	----



## Sumário

<b>1.Introdução</b> .....	7
1.1. Contextualização e apresentação da problemática.....	11
1.2. Objetivos e argumento de tese da pesquisa.....	14
1.3. Justificativa.....	16
1.3. Estruturação da tese.....	19
<b>2. Referencial Teórico</b> .....	20
2.1. A condição de vulnerabilidade do consumidor.....	20
2.2. A vulnerabilidade no consumo de anticoncepcionais hormonais.....	31
2.3. O método contraceptivo hormonal: consumo, riscos e efeitos colaterais.....	35
2.4. Empoderamento do consumidor.....	40
2.5. O processo de empoderamento do consumidor.....	48
<b>3. Método</b> .....	51
3.1. A coleta de dados: um breve relato exploratório.....	53
3.2. Sujeitos da pesquisa: as entrevistas com consumidoras que sofreram o trauma.....	55
3.3. A contribuição do aplicativo <i>whatsapp</i> na coleta de dados.....	60
3.4. A mineração de dados no Facebook.....	62
3.4.1.Mapas descritivos da coleta no Facebook.....	63
3.5. Formulação do <i>corpus</i> : procedimentos de extração, limpeza e categorização dos dados.....	66
3.6. Os procedimentos analíticos desta tese: a convergência entre o <i>online</i> e o <i>offline</i> .....	68
3.7. Validade e Confiabilidade da Pesquisa.....	70
<b>4. Análise dos dados e discussão dos resultados</b> .....	73
4.1 Fatores observacionais da análise.....	79
4.2 Categorias emergidas.....	86
4.2.1 Categoria: Confiança.....	91
4.2.2. Categoria: Emancipação e controle.....	111
4.2.3 Categoria: Resiliência e Mudança de vida.....	121
4.2.4 Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais...	141
4.2.5 Categoria: Regulação de Marketing.....	156
<b>5. Considerações finais</b> .....	172

5.1. Limitações de pesquisa desta tese.....	184
5.2. Recomendações e estudos futuros.....	186
<b>Referências</b> .....	190
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....	209
APÊNDICE B - Questões norteadoras do roteiro.....	212
APÊNDICE C - Formulário de adequação do discurso à categoria.....	213
APÊNDICE D - <i>Member checking</i> aplicado às participantes: representação das análises na interpretação dos discursos.....	214

## 1. Introdução

A vulnerabilidade no consumo se apresenta como um tema que contribui para o entendimento das relações de trocas econômicas em desequilíbrio e sua análise direciona os estudos a um conjunto de teorias e métodos por meio dos quais a experiência humana é potencialmente susceptível ao dano, é um estado de impotência e de incapacidade que surgem da desigualdade das relações de troca do mercado (Baker, Gentry & Rittenburg, 2005).

Sua diversidade de teorias e métodos consideram a variedade e a complexidade das experiências, principalmente as de consumo, foco deste estudo. Desta forma, as abordagens de análise da vulnerabilidade consideram três condições: os grupos isolados em função de características biofísicas e psicossociais como idade e etnia, condições ambientais como pobreza e desastres, e foco na experiência de vulnerabilidade variando entre as condições anteriores (Baker, Labarge & Baker, 2015).

Nesta tese, a condição analisada está no foco na experiência de vulnerabilidade, mais especificamente quanto ao consumo do medicamento anticoncepcional, onde os estados biofísicos e psicossociais são afetados pelos fatos relativos à vivência da vulnerabilidade no consumo do produto. A relação de troca aqui estudada envolve um processo de medicalização que abrange, além de uma perspectiva de saúde pública, contextos sociais, culturais, econômicos e de consumo. Essa é a perspectiva a qual se encaixa a pílula anticoncepcional, que de acordo com Oudshoorn (1994), foi resultado da interação entre a ciência moderna e os interesses farmacêuticos que consideram a indústria e as consumidoras.

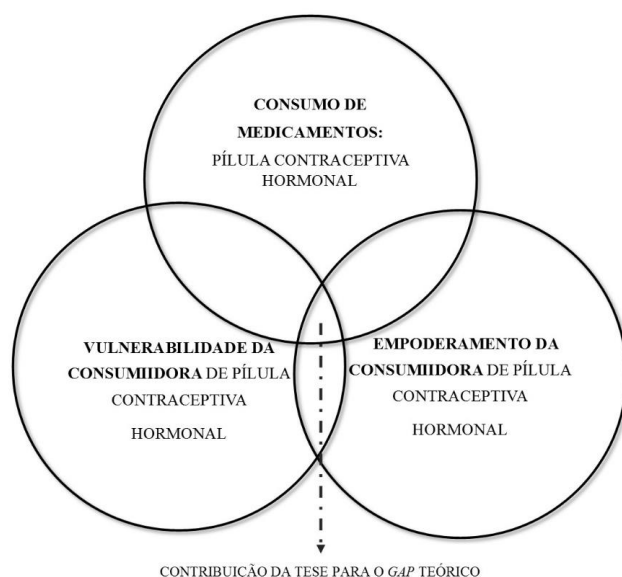
Desta forma, ao estudar o consumo de pílulas contraceptivas sob a lente da vulnerabilidade, esta tese se posiciona no espectro das experiências de consumo onde a perspectiva da condição de vulnerável depende de como as experiências são vivenciadas (Baker, Stephens & Hill, 2001), pois nem toda consumidora é vulnerável ao anticoncepcional apenas por efeitos colaterais, por isso, devemos considerar a impulsividade, a auto-consciência e a percepção de dano, por exemplo, como estímulos-resposta que ajudam a identificar o estado de vulnerabilidade (Baker *et al.*, 2015).

Assim, há dois campos de pesquisa que representam o percurso teórico trilhado nesta tese, onde foi possível identificar, no âmbito da Pesquisa Transformativa do Consumidor, uma possibilidade de estudo que poderá contribuir para o entendimento de uma vulnerabilidade que vem causando danos graves, inclusive mortes, às consumidoras, já

estudado pelo campo das ciências da saúde (Astedt, Isacson, Nilsson & Panofi, 1973; Béliard, Verreth & Grandjean, 2017).

Nesse sentido, a pesquisa transformativa contribui com os estudos realizados sobre a educação e empoderamento do consumidor ao entender que o papel de consumo exerce função social quando há sustentabilidade e potencial de transformação (Wathieu, Brenner, Carmon & Chattopadhyay, 2002; McGregor, 2005; Lillqvist, Moisander & Firat, 2018), e é no elo entre as pesquisas em educação e empoderamento no consumo que esta tese busca contribuir teórica e metodologicamente, inserindo a vulnerabilidade como mais uma perspectiva de estudo, revelando um caminho ainda não trilhado por estes dois campos, quando tratados em conjunto.

Os estudos sobre a vulnerabilidade compõem o campo da pesquisa transformativa do consumidor por seu interesse na qualidade de vida, no bem-estar e na educação do consumidor (Mick, Pettigrew, Pechmann & Ozanne, 2012), enxergando sua condição de vulnerável em função de algum desequilíbrio na relação de troca e propondo uma solução sobre tal condição, e essa solução compõe a estrutura da Pesquisa Transformativa do Consumidor. Portanto, a teoria e as pesquisas empíricas que tratam da vulnerabilidade e do empoderamento do consumidor formam o repertório investigativo desta tese, dando suporte ao fenômeno de interesse, apresentado na Figura 1, contribuindo, ademais, para a sua forma de estruturação.



**Figura 1:** Contribuição teórica da tese  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

Assim como a vulnerabilidade constitui a Pesquisa Transformativa do Consumidor por buscar entender, na falha de mercado, um prejuízo ao consumidor, os estudos empoderamento do consumidor também constituem ao direcionar seu olhar para a solução e o enfrentamento da falha. Assim, se uma consumidora de contraceptivos orais está passiva de algum dano durante o consumo do medicamento, ou seja, vulnerável, é possível também que caiba no espectro de estudo sobre essa falha a busca pelo entendimento de como evitar a vulnerabilidade por meio da Educação de consumo e como enfrentar essa situação depois que ela ocorre. Ora, se a Pesquisa Transformativa busca uma solução para um desequilíbrio de mercado, ele pode estar no entendimento do fenômeno sob a lente que quaisquer dos seus construtos, seja ele a vulnerabilidade ou o empoderamento do consumidor, quiçá dos dois.

Nesta perspectiva, que considera Vulnerabilidade e Empoderamento, componentes da Pesquisa Transformativa do Consumidor, esta pesquisa trata do consumo de medicamentos contraceptivos, especificamente a pílula. Considerada como marco sócio-cultural e um dos pilares da revolução sexual na década de 1960, foi considerada uma bandeira do movimento feminista, impulsionada pelo comportamento ativista que buscava controle de natalidade e uma forma mais simples de anticoncepção. Também impulsionou a indústria farmacêutica e se diversificou em marcas que se diferenciam por níveis de dosagem hormonal, tipo de hormônio, estilo de vida da consumidora e por forma de uso (Oudshoorn, 1994; Fauto-Sterling, 2000).

Segundo Pompei (2015), anterior ao surgimento da pílula contraceptiva hormonal, o que deu eficácia ao método contraceptivo, foi que a realidade feminina detinha o perfil de trabalho doméstico e de reprodução imatura. A menarca, primeira menstruação, acontecia em média, por volta dos 16 anos de idade no início do século XX, o primeiro parto se dava aos 19,5 anos, o que aumentava o número médio de gestações e o tempo de amamentação. Já no início do século XXI a menarca havia reduzido sua média para 12 anos, o primeiro parto se tornou mais tardio e o número de amamentações reduziu. Portanto, as pílulas anticoncepcionais permitiram que as mulheres controlassem com mais eficiência seu sistema reprodutivo, permitindo planejamento quanto à filhos, em quando ter e quantos ter, e mais evolutivamente planejar a própria carreira.

A perspectiva da contracepção por meio do uso de hormônios teve início em 1921 com as pesquisas no campo da endocrinologia quando a manipulação dos hormônios sexuais

possibilitou que o processo desencadeasse o desenvolvimento de um medicamento: a pílula anticoncepcional (Oudshoorn, 1994). As reivindicações sociais e as necessidades fisiológicas femininas também figuraram como influenciadores no surgimento do medicamento. Portanto, a expectativa estava na criação de um remédio fácil de tomar e que fosse percebido como o mais natural possível, daí surgiu o termo ciclo menstrual, tratado como primeira indicação clínica do medicamento, que trouxe a possibilidade de controle sobre si como benefício para as mulheres (Nucci, 2012).

Ademais, o sexo ganhou um novo significado quando deixou de ser encarado como apenas uma forma de reprodução e virou símbolo de prazer e liberdade, termos ainda fonte dos atuais discursos que preconizam a pílula como mecanismo de controle do corpo, emancipação, poder e resistência social, o que Leal & Bakker (2017, p. 3) denominaram de “dissociação definitiva entre sexo e reprodução”.

Contudo, como qualquer outro medicamento, os efeitos adversos apareceram e essa questão passou a fazer parte da agenda de pesquisadores e interessados no tema. Com isso, notícias e pesquisas sobre os efeitos negativos começaram a ganhar espaço nas discussões sociais, tanto aqueles já alertados nas respectivas bulas quanto os que apareceram imprevisivelmente. Diante disso, movimentos sociais emergiram para alertar a sociedade quanto à necessidade de educação e regulação relativas ao consumo e comercialização.

Esses movimentos são iniciativas surgidas de experiências de consumo negativas de mulheres que sofreram traumas graves, como embolia pulmonar e trombose, o que pode ser caracterizado como uma situação de vulnerabilidade de consumo, e que ganharam força e característica de ativismo. Por isso, o consumo de anticoncepcionais orais é investigado nesse estudo a partir da perspectiva da vulnerabilidade de consumidoras que foram vítimas das consequências do uso, principalmente quanto aos impactos destes produtos à sua saúde.

A lente deste estudo se direciona para a relação entre a informação disponível, acessada ou não, e a vulnerabilidade das consumidoras de anticoncepcionais orais. Do ponto de vista da saúde da mulher, torna-se relevante compreender os fatores que causam a situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas pelas consumidoras de anticoncepcionais, uma vez que os riscos quanto ao consumo de qualquer medicamento encontram-se disponíveis na bula dos medicamentos e as informações tornam-se efetivamente confiáveis e seguras com orientação e prescrição médicas, e isso promove um grau de empoderamento ao consumidor.

Nesse estudo, o conceito de empoderamento concerne às relações de consumo de um produto que, como medicamento, possui uma regulação de mercado necessária a redução de danos ao consumidor. No entanto, a regulação atuante sobre os contraceptivos orais não exige restrições de venda como a exigência da receita médica, e mesmo tendo provas de prejuízo à saúde como depressão (Kulkarni, 2007) e trombose (Wu *et al.*, 2013), a decisão de compra é de escolha da consumidora.

Portanto, a perspectiva desta tese direciona-se ao indivíduo como unidade de decisão e controle de si quando pautado nas relações de consumo, ao buscar entender o grau de empoderamento do indivíduo consumidor que o permite conduzir determinada ação por iniciativa e vontade própria, e principalmente, ter consciência disso. Nesse sentido, a experiência de consumo permite a percepção de maior controle da situação como um benefício, o que promove uma experiência de empoderamento.

### 1.1 Contextualização e apresentação da problemática

Certos tipos de produtos, de acordo com sua finalidade, uso ou periculosidade, e se houver desconhecimento sobre seu funcionamento, riscos e consequências de consumo, podem causar mais danos aos consumidores do que outros, especificamente àqueles consumidores vulneráveis no momento da compra e durante o consumo. A vulnerabilidade no consumo pode ser potencializada pelas características individuais biofísicas e psicossociais, pelos estados individuais de tristeza, medo, humor e as condições externas de discriminação por etnia ou aparência física (Morgan, Schuler & Stoltman, 1995; Baker, Gentry & Rittenburg, 2005).

Destarte, é na perspectiva de consumo que as interações entre as estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica, os profissionais médicos e as prescrições contraceptivas, frequentemente, podem submeter as mulheres consumidoras à inferioridade no contexto de troca, à redução da liberdade na escolha em função de seu desconhecimento e do excesso de confiança no preceituário do profissional médico. Isso a expõe à condição de vulnerável no processo transacional de escolha e consumo de um medicamento anticoncepcional. Portanto, pode tratar-se de uma relação desequilibrada de mercado, cujas externalidades e internalidades afetam o comportamento no contexto de consumo (Baker *et al.*, 2005).

O número de filhos por família no Brasil, segundo dados do IBGE, reduziu 10,7% nos últimos dez anos, e a média de filhos por família passou de 1,78 em 2003 para 1,59 em 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). Ainda para o IBGE, em sua projeção da população brasileira (2013)<sup>1</sup>, o aumento da escolaridade da mulher jovem, o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho e o maior acesso à informação sobre métodos contraceptivos e sobre sexualidade, contribuíram para essa redução na taxa de fecundidade.

Neste contexto, cerca de 80% das mulheres no Brasil usam de algum método contraceptivo para evitar a gravidez. Essa informação é confirmada pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2009)<sup>2</sup>, que constatou que as mulheres estão começando a vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva. Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais e 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas, já haviam usado algum método contraceptivo, sendo o preservativo (33%) e a pílula (27%) os mais utilizados.

O significativo aumento no uso de métodos contraceptivos, em geral, provocou ampliação de estudos nos campos da saúde pública, sexualidade e ciências médicas; áreas inicialmente mais preocupadas com os fatores motivadores e as consequências do uso dessas alternativas de controle de natalidade. Contudo, o interesse das pesquisas não se limita à contracepção, mas amplia seu alcance ao estudo da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, que não podem ser evitadas com o uso de apenas um contraceptivo, como a pílula oral, por exemplo.

Assim, o uso da pílula anticoncepcional oral se disseminou em virtude de sua eficácia na prevenção da gravidez (Peterson, 1998), na regulação de funções do organismo feminino (Nucci, 2012) e no suporte ao controle público da natalidade (Kissling, 2013), função que tem despertado interesse do campo do marketing social e políticas públicas (Ferris, Aquilino, Batra, Marshall & Losch, 2015). Esses aspectos expõem ao mercado consumidor todos os benefícios e vantagens das pílulas, porém, negligenciam os riscos e prejuízos à saúde da mulher, tornando-as consumidoras vulneráveis no consumo desse tipo de medicamento; vulnerabilidade essa experienciada pela falta de informação sobre o consumo da pílula evidentes em fatos a saber: 1) quando acontece por sugestão de amigas; 2) quando a devida

---

1 A instituição responsável pela coleta foi contactada e afirmou ser o dado mais recente sobre o fenômeno.

2 A instituição responsável pela coleta foi contactada e afirmou ser o dado mais recente sobre o fenômeno.



orientação ou solicitação de exames não acontece nas prescrições médicas, 3) quando o poder público não atua como agente educador da consumidora ao não disseminar toda informação necessária ao consumo de um medicamento e, 4) quando este mesmo poder público, não atua como regulador da venda desse fármaco.

A respeito das pílulas contraceptivas e seus efeitos colaterais, o estudo de Vinogradova, Coupland e Hippisley-Cox (2015) revelou que, apesar da preocupação com a diminuição progressiva da carga hormonal, as pílulas anticoncepcionais consideradas modernas (terceira geração), cuja fórmula contém os hormônios drospirenona, desogestrel, gestodeno e ciproterona, possuem risco de 1,5 a 1,8 vezes superior de desenvolvimento de trombose venosa e arterial nas mulheres, em relação aos contraceptivos orais formulados e fabricados anteriormente.

Estudos anteriores (Parkin, Sharples, Hernandez e Jick, 2011; Jick & Hernandez, 2011) já haviam confirmado que o risco de embolia pulmonar, uma consequência mais grave da formação de um coágulo, em usuárias de contraceptivos orais com desogestrel, gestodeno ou drospirenona, era pelo menos em duas vezes superiores ao risco de tromboembolismo venoso em comparação com usuárias de contraceptivos orais com levonorgestrel, todos com efeitos androgênicos (parecidos com hormônios masculinos) diferentes entre si, em maior grau neste último. Isso expõe as diferenças de influência nos riscos de acordo com o tipo de hormônio utilizado e evidencia o fato de que não há quaisquer daqueles hormônios que não ofereçam alguma ameaça.

A diversidade de pílulas desenvolvidas pela indústria pode levar à conclusão de que quanto mais opções disponíveis para a mulher melhor para sua segurança como consumidora de método contraceptivo, pois as gerações de pílulas que já surgiram apontam para uma maior segurança na carga hormonal. Desta forma, é preciso considerar o fator diversidade também pela perspectiva da diferenciação química desses produtos, pois a quantidade e os tipos de estrogênio e progesterona presentes nas suas fórmulas variam e promovem diferentes interações entre o medicamento e o organismo da consumidora (Plu-Bureau, 2015).

Portanto, assim como existem produtos desenvolvidos com objetivos de promoção de um benefício, mas que são danosos por natureza, como o tabaco, o álcool e pesticidas utilizados na produção agrícola em massa, que promovem uma condição de vulnerabilidade incontrolável, há também aqueles produzidos pela indústria farmacêutica que possuem uma condição adversa consequente de seu consumo; os chamados efeitos colaterais, a exemplo das

pílulas anticoncepcionais (Lidegaard, Milson, Geirsson & Skjeldestad, 2012; Vinogradova *et al.*, 2015).

Certos tipos de produtos, de acordo com sua finalidade, uso ou periculosidade, e se houver desconhecimento sobre seu funcionamento, riscos e consequências de consumo, podem causar mais danos aos consumidores do que outros, especificamente àqueles consumidores vulneráveis no momento da compra e durante o consumo. A vulnerabilidade no consumo pode ser potencializada pelas características individuais biofísicas e psicossociais, pelos estados individuais de tristeza, medo, humor e as condições externas de discriminação por etnia ou aparência física (Morgan, Schuler & Stoltman, 1995; Baker, Gentry & Rittenburg, 2005).

Nessa perspectiva, condições físicas, motivacionais, sociais e cognitivas, que provocam a vulnerabilidade são ampliadas pelo potencial de dano que o produto causa à saúde física e psíquica do indivíduo (Andreasen & Manning, 1990; Hirschman, 1993; Luce & Kahn, 1999) e por mensagens publicitárias (Moore & Harris, 1996), presentes nos discursos tanto dos veículos de divulgação em massa quanto na própria embalagem do produto. E, neste estudo, identificado também pela relevância das informações não passadas em sua completude, no tocante aos riscos, perigos e danos à saúde e à vida, pelos profissionais médicos.

Diante deste contexto, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: **como se manifesta a experiência de vulnerabilidade e empoderamento de consumidoras de pílulas contraceptivas orais?** Para tanto, o entendimento atribuído à expressão ‘manifesta’ nos fez apropriar do sentido de exposição, concernente aos riscos e os perigos em que são construídos os casos e as narrativas de mulheres que revelam ter sofrido graves problemas de saúde e risco de vida, provocados pelo uso deste tipo de medicamento.

## 1.2 Objetivos e argumento de tese da pesquisa

Rejeita-se aqui a eventual intenção do pesquisador em desacreditar qualquer método contraceptivo existente, menos ainda iniciar ou incitar uma campanha contra o uso de anticoncepcionais. Pretende-se, sim, entender como as mulheres vêem a condição de vulnerabilidade dado o produto consumido tratar-se de um medicamento cujos efeitos colaterais têm provocado, em muitos casos, danos irreversíveis, incluindo a morte.

Portanto, o consumo de anticoncepcionais orais é investigado nesse estudo a partir da perspectiva da vulnerabilidade de consumidoras que foram vítimas das consequências de seu uso. A vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres consumidoras de pílulas anticoncepcionais pode ser definida por pressões externas ou internas sofridas por elas (Baker & Mason, 2012), sendo provocadas por condições desfavoráveis que promovem choques, danos físicos e psicológicos pós-consumo, somente compreendidos *à posteriori*, a partir das próprias experiências vivenciadas com o uso desse tipo de medicamento.

Assim, os objetivos da pesquisa buscam, **principalmente**, compreender a experiência de vulnerabilidade e empoderamento de consumidoras de pílulas contraceptivas hormonais durante seu processo de consumo expondo os casos e as narrativas de mulheres que revelam ter sofrido graves problemas de saúde e risco de vida, provocados pelo uso deste tipo de medicamento.

**Especificamente**, do ponto de vista da saúde da mulher, torna-se relevante como objetivos: *analisar* inicialmente, com base na história de vida, os fatores que causam a situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas pelas consumidoras de anticoncepcionais. Procura-se, também, *compreender* como as mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas orais obtêm informação sobre o uso desse medicamento. Este é o segundo objetivo específico desta tese.

Outras questões a serem consideradas são as pressões do ambiente sofridas pela consumidora, sua capacidade de resiliência e o comportamento após a exposição à vulnerabilidade. Há no funcionamento do processo de vulnerabilidade e resiliência no consumo de pílulas anticoncepcionais, pressões exercidas sobre a consumidora que aumentam a tendência e a exposição à vulnerabilidade provocada por um evento pós-consumo que remete à situação de vulnerável. Esses são fatores de risco que possuem potencial latente para levá-la experimentar danos concretos.

Assim, eventos danosos vivenciados como consequência do consumo deste medicamento funcionam como gatilhos que promovem impactos negativos no consumidor, levando-o a estados de incapacidade e dependência, e segundo o modelo proposto por Baker e Mason (2011) tais impactos e consequências geram resiliência, a habilidade de transformar os abalos em melhoria de qualidade de vida. É nesse sentido que o terceiro objetivo específico emerge, ao buscar *entender* as consequências da situação de vulnerabilidade percebida pela consumidora na relação de consumo, dado que a resiliência a incentiva também à busca de informação sobre o consumido e as relações de consumo.

Já a partir da intenção de resiliência é possível estabelecer interações entre os *stakeholders* possibilitando o reequilíbrio no sistema de trocas. Trata-se da abertura de diálogo, a partir da reflexão pós-traumática, em que se busca mudança de comportamento a partir da educação do consumidor, da regulação de Marketing e das práticas que contribuam para reduzir ao máximo os riscos ao consumidor (Baker & Mason, 2012). E, neste sentido, objetiva-se *entender* como a opinião nos discursos se manifesta quanto aos medicamentos contraceptivos orais em relatos compartilhados em redes sociais *online*.

Desta forma, argumenta-se nesta tese que há evidências que asseguram às mulheres consumidoras uma condição de vulnerabilidade real consubstanciada por condições externas relativas à industrialização do medicamento e da insuficiência de informações a respeito dos riscos, efeitos e danos provocados pelos anticoncepcionais orais. E, reconhecer a condição de vulnerável da mulher nessa relação de consumo é o primeiro passo para a devida regulação de marketing do medicamento, reforçada por uma consumidora empoderada, ativista e educada como tal.

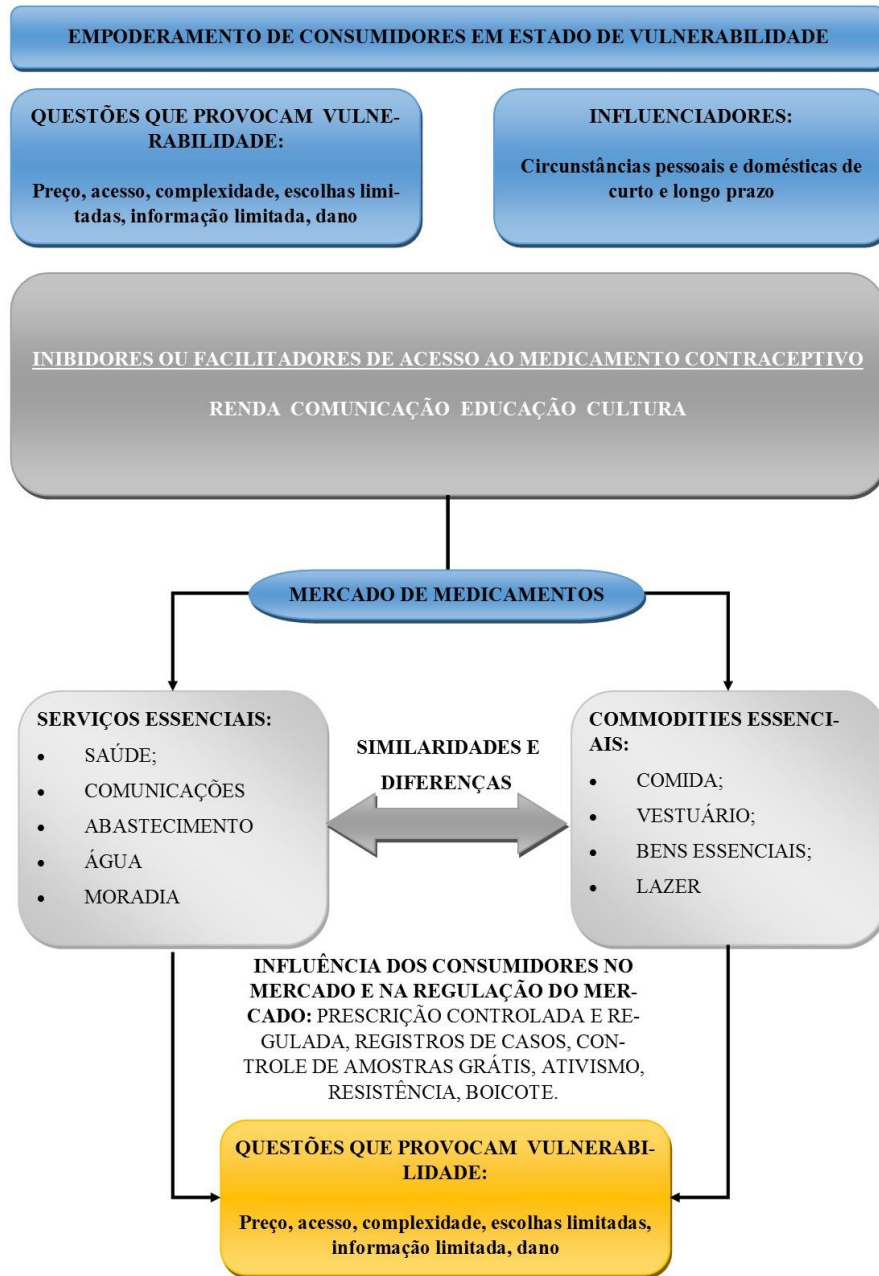
### 1.3 Justificativa

A busca pelo entendimento do fenômeno da vulnerabilidade no consumo expõe, a cada estudo, a diversidade e, por muito, a imprevisibilidade das falhas e desequilíbrios de mercado que acontecem em todos os setores industriais e contextos culturais. Consumidores vulneráveis estão sujeitos à danos que podem ser temporários e solucionados por meio de ações simples (Huand, Chu & Cheng, 2018) ou podem ser permanentes e de solução complexa (Baker, 2009).

Portanto, a vulnerabilidade não é um estado dado por uma condição inerente ao indivíduo unicamente, mas sim o resultado de um conjunto de interações de mercado, com seus recursos internos e externos, que afetam o bem-estar e limitam tanto a qualidade de vida quanto a possibilidade de escolha do consumidor (Baker, 2005; Viswanatha, Sridharan, Ritchie, Venugopal & Jung, 2012), o que no jargão médico, podemos chamar de efeito colateral.

Assim, esta pesquisa, ao incorporar a experiência de consumo de um medicamento de características tão específicas como é a pílula anticoncepcional, estende o contexto de compreensão do fenômeno não apenas ao consumo em si, mas às relações sociais promovidas

pelo remédio, e enxergá-lo pela ótica da vulnerabilidade do consumidor revela também uma face negativa do que foi desenvolvido apenas para trazer um bem fazendo surgir um comportamento antes ausente nas consumidoras desse medicamento, o empoderamento. Essa dinâmica foi proposta por Stearn (2012) e adaptada ao contexto deste estudo na Figura 2 para ilustrar como as movimentações das consumidoras e do mercado atuam desde o estado de vulnerabilidade às ações que promovem ou sugerem mudanças no sistema.



**Figura 2:** Dinâmica de Empoderamento e vulnerabilidade das consumidoras de contraceptivos hormonais orais

**Fonte:** Adaptado de Stearn (2012)

A Figura 2 apresenta um modelo de identificação e confronto ao estado vulnerabilidade por meio do empoderamento do consumidor adaptado ao contexto de estudo desta tese. Nesse sentido, as questões que provocam a vulnerabilidade do consumidor, ao ter seus influenciadores identificados, são enfrentados pelos mecanismos que promovem o empoderamento – a influência das consumidoras e a regulação no mercado. Questões relacionadas a preço, acesso à informação, complexidade envolvida no consumo do medicamento e o próprio dano são fontes de vulnerabilidade a serem compreendidas para que possamos atuar no reforço ao empoderamento da consumidora.

Esta é uma perspectiva que captura: 1) o desequilíbrio do mercado que promove um dano ao consumidor que por muito não entende o risco que corre, e isso vale para qualquer medicamento; 2) a falha do ator governamental quanto à regulação desse consumo e também 3) as mudanças na vida das consumidoras vulneráveis, ao mesmo tempo em que compreende a dinâmica da satisfação com a vida e o bem-estar geral, que podem mudar completamente após o dano causado pelo consumo.

As pesquisas no campo a vulnerabilidade do consumidor advogam pelo pluralismo e pela melhoria da condição humana, por isso sua abordagem é ampla e seu conceito ainda se desenvolve, contudo, já expande as ramificações sociais e políticas de seus resultados alcançando políticas governamentais e direcionando ações empresariais no sentido do bem-estar do consumidor (Kaufman-Scarborough & Baker, 2005).

Assim, suas abordagens definem escopos de análises quanto a contextos, pressupostos, questões metodológicas, benefícios e danos da abordagem adotada (Baker, LaBarge & Baker, 2015), e esta pesquisa teoriza justamente no cruzamento entre a população em risco, formada por mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas orais, o ambiente desfavorável à redução do risco, refletido na regulação permissiva, e na vulnerabilidade individual, representado pela predisposição da consumidora a sofrer o dano. Deste composto emerge a inovatividade do estudo, reforçado pela busca da compreensão de como o indivíduo percebe sua experiência e como a manifesta em seu discurso, contribuindo assim para a construção teórico-empírica do conhecimento não apenas no campo do consumo, mas inclusive no campo médico.

Este contexto de pesquisa é de valia gerencial quando possibilita que a indústria farmacêutica, como produtora, amplie seu olhar sobre a relação de consumo que as mulheres possuem com o medicamento, suas consequências e significados, que vão além da contracepção. A intenção é contribuir para o atendimento no tratamento dos danos e na melhoria da qualidade de vida das consumidoras. Há, inclusive, contribuição para o setor

médico que permite aos profissionais da área, entender a real necessidade e as consequências da prescrição de um contraceptivo oral, o perfil da paciente e os efeitos colaterais. Nesse sentido, a atuação médica pode ser respaldada por uma regulação mais rigorosa sobre a venda do medicamento, como por exemplo, a exigência de receita pelos pontos de venda.

#### 1.4 Estruturação da tese

A estrutura desta tese, além da introdução onde apresentamos o contexto da pesquisa, sua problemática, objetivos e argumento, está organizada em capítulos que envolvem as teorias que dão suporte a todo o estudo. Nos dois primeiros capítulos trazemos respectivamente estudos sobre a vulnerabilidade do consumidor, apresentando os estudos mais citados no tema e o estado da arte, para logo depois abordarmos a vulnerabilidade concernente ao consumo de anticoncepcionais hormonais. Em seguida, abordaremos os conceitos de empoderamento do consumidor e como esse estado pode ser visto como o resultado de um processo que tem a educação do consumidor e o acesso à informação como um meio.

Na seção relativa ao método o contexto de apropriação do tema é explicitado por meio de um relato sobre a experiência do pesquisador e a formação do *corpus* do trabalho, as formas de coleta dos dados e, por fim, que mecanismos de análise serão utilizados para alcançar os objetivos propostos. Após apresentarmos o método utilizado na pesquisa, apresentamos as análises e as discussões dos resultados alcançados, demonstrando as categorias emergidas a saber: 1) Confiança, 2) Emancipação e controle, 3) Resiliência e mudança de vida, 4) Preocupação com o próximo e compartilhamento de emoções nas redes sociais e, 5) Regulação.

Por fim, no capítulo de considerações finais, trazemos um resgate do objetivo deste estudo, apresentamos as categorias e explicamos como foram respondidos os objetivos específicos do estudo, refletindo sobre as implicações teóricas e práticas do estudo, propondo estudos futuros e evidenciando as limitações enfrentadas durante a construção desta pesquisa.



## 2. Referencial Teórico

Este capítulo aborda os conceitos que darão suporte a esta tese, trazendo os principais estudos em cada campo, contemplando aqueles seminais e o estado da arte. Há a preocupação em apontar respectivos estudos empíricos com o objetivo de fundamentar a aplicação da teoria e nortear a construção do conhecimento nesses campos de estudo.

### 2.1 A condição de vulnerabilidade do consumidor

Os estudos sobre vulnerabilidade do consumidor têm se ampliado para os diversos campos do Marketing e das políticas públicas, adentrando a pobreza (Hill, 2005), falta de acesso à tecnologia (Hogg, Howells & Milman, 2007), desastres naturais (Baker, 2009), exclusão em serviços financeiros (Wilson, 2012), a publicidade anticonsumo de cigarros (Debevec & Diamond, 2012), endividamento (Gatherggod, 2012; Figueira & Pereira, 2014), segmentos específicos de mercado (Berg, 2015), serviços educacionais (Coelho, Orsini & Abreu, 2016) inclusive, *Big Data* (Madden, Gilman, Levy & Marwick, 2017), alcançando interdisciplinaridade dentro e fora dos estudos organizacionais (De Clercq, Van Tonder & Van Aardt, 2015; Tondinelli, 2015).

O conceito de vulnerabilidade se refere a um estado de susceptibilidade a um dano, injúria ou prejuízo provocado a alguém sob a vantagem de outro, em decorrência da relação que se estabelece entre ambos (Smith & Cooper-Martin, 1997). Esse desequilíbrio e desvantagem na relação de troca ocorre em função de características e variáveis não controláveis por uma das partes envolvidas no processo de transação, podendo atingir indivíduos ou grupos que entendem e operacionalizam suas escolhas de consumo de acordo com os benefícios que esperam receber (Adreasen & Maning, 1990).

A vulnerabilidade tem sido intensamente discutida nos estudos sobre desenvolvimento humano, geografia, redução de desastres e comunicação de riscos (Villagran, 2006). É frequente e injustamente comparada à pobreza, mas de fato seu significado é mais amplo. No entanto, a vulnerabilidade ainda está sendo desenvolvida em sua teoria e para tanto tem

aceitado indicadores diversos e métodos de medição ampliados. Apesar disso, Chambers (1989; 2006) vê um lado externo da vulnerabilidade relacionado à exposição e um lado interno relacionado às forças que dão ao indivíduo a capacidade de enfrentar as desvantagens do sistema de trocas. Watts & Bohle (1993) e Bohle (2001) ampliaram essa diferenciação, porém mantiveram a estrutura dos processos externos e internos da vulnerabilidade. Eles definiram a vulnerabilidade como um processo de múltiplas camadas acontecido em espaços sociais multidimensionais definidos pela política, economia e pelas capacidades institucionais de pessoas em lugares e horários específicos. A dimensão externa refere-se principalmente às condições estruturais da exposição à vulnerabilidade, enquanto a interna se concentra no enfrentamento e na ação para superar ou, no mínimo, mitigar os seus efeitos negativos (Bohle, 2001).

A vulnerabilidade do consumidor apresenta-se como um construto em formação, assim, Baker *et al.* (2005) estabelecem um limite conceitual do que não é vulnerabilidade do consumidor, e consideram que erros de definição têm acontecido ao determinar quando o contexto de transação proporciona um estado de desvantagem para o indivíduo. Os autores asseguram que características demográficas, estigmatização, discriminação ou necessidades não satisfeitas provocam uma má interpretação desse conceito, e, mesmo reafirmando a falta de consenso na sua exata definição, buscam em Baker *et al.* (2015) expor a diversidade de teorias e métodos que consideram as complexidades e a variedade das experiências de vulnerabilidade relacionadas ao consumo.

Nesse sentido, Stacey Baker e seus colegas publicaram uma série de peças conceituais em que as realidades de vulnerabilidade do consumidor e normalidade do consumidor foram definidas, modeladas e discutidas em termos de seu contexto e ocorrência (Baker, 2006; Baker, Gentry e Rittenburg, 2005; Pavia e Mason 2012, 2014). Ambos são estados transitórios e podem depender das condições e situações encontradas no mercado em um momento específico. A normalidade do consumidor é diferenciada por quatro características principais: 1) participar ou estar no mercado, 2) alcançar distinção no mercado, 3) demonstrar competência e controle, e 4) ser percebido como um igual no mercado (Baker 2006).

Pesquisadores de consumo adotam duas abordagens para o estudo da vulnerabilidade: 1) temporal, baseada no estado (Baker *et al.*, 2005) e 2) sistêmica, baseada em classe ou uma visão coletiva (Commuri & Ekici, 2008; Shultz & Holbrook, 2009). Já, Saatcioglu e Corus (2012) trazem uma visão exploratória sobre as contribuições teóricas e metodológicas para o estudo da vulnerabilidade do consumidor, e Collins (2000) aborda o conceito de

interseccionalidade, que segundo o autor, não deve se restringir à categorizações como raça, gênero e renda, por exemplo, dado que seu princípio considera que raramente grupos sociais são homogêneos, pois, categorizar é uma forma de reduzir (McCall, 2005; Ozanne & Fischer, 2012). O Quadro 1 traz os tipos de interseccionalidade demonstrados por Collins (2000):

<b>Tipo</b>	<b>Conceito</b>	<b>Estudo</b>
<b>Intracategórica</b>	Busca entender experiências heterogêneas de vulnerabilidade num mesmo grupo social, conhecida como local ou micronível.	Desabrigados (Hill, 1991); Baixa renda de afro-americanos (Crocket & Wallendorf, 2004)
<b>Intercategórica</b>	Estuda similaridades e diferenças entre dois ou mais grupos sociais	Estudo sobre o planejamento financeiro e orçamentário de diferentes grupos de trabalhadores da classe média alta (Henry, 2005); Métodos quantitativos e qualitativos: Etnografia (Gopaldas & Fischer, 2012), <i>Survey</i> (Lareau, 2003); Veenstra, 2011)
<b>Anticategórica</b>	Não lida com categorias por considerá-las redutoras do conhecimento e da complexidade das experiências: racismo ao invés de raça, discriminação sexual ao invés de gênero, ou vulnerabilidade estrutural ao invés de classe social	Análise histórica e genealógica (McCall, 2005), Análise histórica de Karababa e Geers (2011) sobre o ativismo do consumidor nos séculos 16 e 17

**Quadro 1:** Tipos de interseccionalidade na vulnerabilidade do consumidor

**Fonte:** Baseado em Collins (2000)

Aqui o argumento dos autores é que a experiência do indivíduo coexiste em vários campos da vulnerabilidade. A visão é a de que abusos e opressões sofridas por certos grupos, contribuem para a situação de vulnerabilidade no consumo: o que não deve ser visto como um fator determinante ou característico do grupo. Além disso alguns grupos experimentam uma vulnerabilidade persistente por se posicionarem numa intersecção de múltiplas categorias identitárias (Negro, desempregado e gay). Essas pessoas, pertencentes a tais grupos, possuem os riscos associados a essas características e a seu status na sociedade, e podem sofrer danos, são grupos heterogêneos, sub-representados e carecem de voz para enfrentar o mercado de trabalho. Segundo Pechmann, Moore, Adreasen, Connell, Freeman, Gardner e Soster (2011), pessoas com características que configuram as explicitadas acima são mais propensas a vivenciar uma experiência de dano do que as demais, que não possuem a característica; os

autores já afirmavam isso quando concluíram que há uma maior vulnerabilidade de adolescentes relativa à propagandas de cigarros (Pechmann, Levine, Loughlin & Leslie, 2005).

Baker *et al.* (2007) analisa a vulnerabilidade interseccional como uma experiência compartilhada, que pode ser superada por meio de recursos comunitários e individuais, metodologicamente a pesquisa foca na experiência de vulnerabilidade dentre os grupos distintos de uma comunidade, pessoas, comerciantes, gestores públicos, assim, é um estudo tanto intercategórico quanto intracategórico. A percepção quanto às ameaças à segurança, saúde e posses materiais e variáveis como idade, renda, e gênero são importantes nesse contexto.

As consequências de um desastre natural podem se beneficiar ou sofrer com as decisões governamentais, afirma o estudo, declarando a dependência do contexto, no entanto a afirmação é apenas válida se houver a possibilidade de isolar o ato governamental, dado que não há como se pensar em benefício após qualquer desastre como esse, a não ser que o benefício seja percebido apenas pelas gerações futuras que terão o conhecimento incorporado gerado pela geração que sofreu as perdas. Assim, os danos serão reduzidos ou anulados.

Stearn (2015) argumenta que as mudanças no comportamento das firmas ao fornecer bens e serviços essenciais aos consumidores e o governo atuar como regulador são fatores importantes para desenvolver o comportamento de empoderamento em consumidores vulneráveis, ou seja, aponta o papel das companhias e do governo na vulnerabilidade do consumidor. Para o autor, a pessoa está em estado de vulnerabilidade quando não pode escolher ou acessar produtos e serviços essenciais e adaptados/adequados às suas necessidades, ou quando precisam dispendir muito esforço físico, alto custo financeiro ou grande perda de tempo.

Não é de surpreender que as pessoas gostem de fazer compras quando se sentem atraídas por suas preferências individuais. Eles gostam de utilizar suas habilidades e se sentem competentes, iguais a todos os outros no mercado. Em contraste, os consumidores podem não "sentir-se normais" se forem marginalizados de alguma forma, tenham ou não uma deficiência, pois consumidores que não são ouvidos ou são tratados como incompetentes tendem a ter uma experiência insatisfatória que, decididamente, não é normal.

A vulnerabilidade do consumidor não é simplesmente o oposto da normalidade do consumidor. Especificamente, é "um estado de impotência que surge de um desequilíbrio nas

interações do mercado ou do consumo de mensagens e produtos de marketing” (Baker, Gentry & Rittenburg 2005). Algumas pessoas podem ser mais suscetíveis a possíveis danos em uma transação devido a situações, características pessoais, características do mercado ou interações que limitam suas habilidades de desempenhar o máximo possível. Nesse sentido, A legislação fez progressos, mas ainda há desvantagens e limitações que são prontamente encontradas como por exemplo, quanto às pessoas com mobilidade reduzida, visão, audição e vários tipos de processamento cognitivo provavelmente experimentaram tanto a exclusão do consumidor quanto a falta de inclusão com suas nuances mais sutis. (Kaufman-Scarborough, 2015).

Portanto, o termo ‘vulnerabilidade’ remete às questões de fragilidade do consumidor, de certa falta de conhecimento ou capacidade ao envolver-se em uma relação de troca relativa à produtos essenciais à vida, saúde, segurança e bem-estar (Cardona, 2004; Baker *et al.*, 2005, George, Graham, Lennard & Scribbins, 2015). Utilizando uma perspectiva de macromarketing, observa-se que as conceituações existentes sobre vulnerabilidade do consumidor ignoram realidades e contextos importantes do mercado (Commuri & Ekici, 2008), onde indústrias ofertam aos consumidores produtos propensos ao risco à saúde e à própria vida (Solomon, 2006; Beck, 2011), como o caso da proposta dessa tese, que entende um medicamento em específico como potencial causador de dano, o anticoncepcional hormonal.

Assim, numa macroperspectiva da vulnerabilidade, Shultz & Holbrook (2009) tratam de vertentes relacionadas a 1) dupla vulnerabilidade onde há conhecimento reduzido por parte do consumidor e poucos recursos; 2) a situação de economicamente vulnerável, em que há um bom nível de conhecimento, mas ainda há poucos recursos; 3) a situação de culturalmente vulnerável em que o consumidor detém recursos, mas possui pouco conhecimento, e por fim, 4) o não vulnerável, o consumidor detentor de recursos e conhecimento.

A vulnerabilidade torna-se cada vez mais relevante para discussão e compreensão do equilíbrio no sistema de trocas verificadas no mercado, além de contribuir para a reflexão da necessidade de maior acesso à informação pelo consumidor (Wang & Tian, 2014); como hábito da leitura da bula médica, por exemplo, e melhor controle do setor público na regulação do mercado, representado pela exigência de receita médica para a aquisição do medicamento contraceptivo. Contudo, isso que não significa que tal controle deva ser ampliado.

Embora se verifique debate incontestado entre os limites do conceito, o termo ‘vulnerabilidade’ necessita de maior clareza. A condição ou situação de vulnerável necessita ser investigada, compreendida e estendida, em suas formas identificadas como permanentes e temporárias (Gentry, Kennedy e Hill, 1995; Baker *et al.*, 2005). A dificuldade de definição da vulnerabilidade do consumidor está na sua complexidade como fenômeno, uma vez que indivíduos em situações de consumo submetidos a riscos, prejuízos ou danos semelhantes, costumam reagir de maneiras bastante diferentes, dependendo de sua percepção enquanto vulneráveis ou não frente àquela situação (Debevec & Diamond, 2012; Bone, Christensen & Williams, 2014).

Os estudos sobre a vulnerabilidade do consumidor absorvem teorias e métodos que se balizam na experiência humana susceptível ao dano, pois podem contribuir para o entendimento dos aspectos da experiência da vulnerabilidade, incluindo dimensões de restrições ligadas à fonte, duração, e imediatividade da decisão (ver Botti et al 2008) e Mavia e Mason (2004). Suas abordagens, expostas por meio de estudos apresentados no Quadro 2, consideram fatores relativos à população, ao ambiente e aos significados da experiência de consumo, bem com a variedade dessas experiências. Assim, a pesquisa em vulnerabilidade reconhece as condições relativas a um grupo em específico, caracterizado pelos estados biofísicos ou psicossociais, por condições isoladas e externas ao indivíduo e à experiência em si de estar vulnerável (Baker *et al.*, 2015).

<b>Estudo</b>	<b>Autoria</b>	<b>Publicação</b>	<b>Condição</b>
The poor pay more	Caplovitz (1967)	<i>Free Press</i>	Dificuldades de crédito para baixa renda
Do the inner city poor pay more for food	Dixon & Marcus (1969)	<i>Economic and Business Bulletin</i>	Preço de alimentos em regiões desfavorecidas
Disadvantaged Consumer	Andreasen (1975)	<i>Free Press</i>	Espaços de vulnerabilidade
The differing nature of consumerism in the Ghetto	Andreasen (1976)	<i>Journal of Consumer Affairs</i>	
The consciousness of addiction: toward a general theory of a compulsive consumption	Hirschmann (1992)	<i>Journal of Consumer Research</i>	Vício
Revisiting the disadvantaged: old lessons and new problems	Andreasen (1993)	<i>Journal of Public Policy and Marketing</i>	Ampliação da perspectiva de estudos sobre consumidores menos favorecidos

Exploring simultaneous oppressions: toward the development of consumer research in the interest of diverse women	Bristor & Fisher (1995)	<i>American Behavioural Scientist</i>	Políticas públicas de gênero
Retail stories in poor urban neighborhoods	Alwitt & Donley (1997)	<i>Journal of Consumer Affairs</i>	Condições de acesso ao varejo na periferia
Will you help me please? The effect of race, gender and manner of dress on retail service	Ainscough & Motley (2000)	<i>Marketing Letters</i>	Características físicas (raça)
The meanings of lesbian and gay pride day: Resistance through consumption and resistance to consumption	Kates & Belk (2001)	<i>Journal of Contemporary Ethnography</i>	Orientação Sexual
Marketing to older adults: an updated overview of present knowledge and practice	Moschis (2003)	<i>Journal of Consumer Marketing</i>	Idade (Consumidores Idosos)
Old age isn't so bad when you consider the alternative: how older adults make good decisions	LaBarge & Pyle (2011)	<i>Society of Consumer Psychology Proceedings</i>	
The role of normative ideology in consumer behaviour	Crockett & Wallendorf (2004)	<i>Journal of Consumer Research</i>	Ideologia Política e Etnia
Do people with disabilities believe the ADA has served their consumer interests?	Kaufmann-Scarborough & Baker (2005)	<i>Journal of Consumer Affairs</i>	Mobilidade (Interesses de consumidores com deficiência)
Understanding markets as online public places: Insights from consumers with visual impairments	Kaufmann-Scarborough & Childers (2009)	<i>Journal of Public Policy and Marketing</i>	Deficiência visual de consumidores
Vulnerability and resilience in natural disasters: a marketing and public policy perspective	Baker (2009)	<i>Journal of Public Policy and Marketing</i>	Desastres naturais
Consumer vulnerability and the transformative potential of the consumption of Complementary Alternative Medicine	Armstrong (2017)	<i>Journal of Customer Behaviour</i>	Contexto medicinal

**Quadro 2:** Condições de vulnerabilidade identificadas em estudos de consumo.

**Fonte:** Elaboração própria (2018).

O Quadro 2 traz uma amostra da diversidade das condições já utilizadas em pesquisas sobre consumo que mostram situações onde os consumidores sofrem algum dano, prejuízo ou interesse. Nelas exige-se uma ação regulatória, uma política pública ou incentiva-se uma mudança de comportamento por parte do consumidor, por isso, os estudos sobre vulnerabilidade possuem relação com a pesquisa transformativa do consumidor.

Saatcioglu & Corus (2016) descrevem essas condições com uma forma de abordagem, referindo-se a essas condições em função do tempo em que se permanece vulnerável. São duas perspectivas em que os autores destacam a vulnerabilidade como um estado temporário e outro mais duradouro e sistêmico. O primeiro se caracteriza pela fluidez, onde a condição de vulnerável é transitória e causada principalmente por um fator externo (Baker *et al.*, 2007), contudo, falha quando classifica todo um grupo de consumidores como vulnerável, cadeirantes por exemplo.

A segunda abordagem definida por Saatcioglu & Corus (2016), destaca a visão de Commuri e Ekici (2008), que enxergam a vulnerabilidade de forma sistêmica, onde numa mesma classe de consumidores, grupos diferentes podem experimentar condições diferentes de vulnerabilidade ou mesmo não a experimentarem, nesse caso o contexto é relevante. Para estes autores, os consumidores se tornam vulneráveis em função de um agente ou de um resultado que pode lhes causar um dano. Como por exemplo, um efeito colateral de um medicamento consumido de forma imprudente ou um desastre natural que devasta um bairro inteiro.

As duas abordagens apresentadas por Saatcioglu & Corus (2016) convergem quando afirmam que o desencadear da vulnerabilidade não é dado pelo consumidor. Desta forma classificar o estado de vulnerabilidade em função da condição de um grupo tanto põe a culpa nos indivíduos de um grupo por ser vulnerável, quanto limita a proposta de soluções para o problema apenas em remediar a ameaça ao bem-estar, o que extingue a necessidade do planejamento de políticas de prevenção. Portanto, é preciso considerar que não há uma melhor abordagem para analisar a vulnerabilidade do consumidor, mas sim uma proposta plural que aborda intervenções, pressupostos, método e benefícios, além de tudo isso, o contexto, como exposto no Quadro 3, elaborado com base em Baker *et al.* (2015).

GRUPOS  
PARTICULARES  
ISOLADOS

CONDIÇÕES  
AMBIENTAIS  
ISOLADAS

PROCESSOS E  
SIGNIFICADOS  
ISOLADOS



<p><b>Pressupostos fundamentais</b></p>	<p><b>Grupos em risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características como limitações</li> <li>• Pessoas com essas características estão em risco de dano, baseado em status social</li> <li>• Homogeneidade percebida do grupo e sua experiência</li> <li>• Experiências e percepções únicas</li> <li>• Proteção como resposta apropriada</li> <li>• Heterogeneidade do grupo</li> </ul>	<p><b>Ambientes Desfavoráveis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condição ambiental em desfavorecimento constante</li> <li>• Problemas sociais que desempoderam</li> <li>• Vulnerabilidade específicas: geográficas ou sociais</li> <li>• Consumo com acesso restrito ou limitado em suas escolhas</li> </ul>	<p><b>Vulnerabilidade individual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado dinâmico de impotência e dependência</li> <li>• Interação de estados e características individuais, e condições externas</li> <li>• Vulnerabilidade coletiva</li> <li>• Vulnerabilidade compartilhada como fortalecimento grupal</li> <li>• Fatores estruturais e sistêmicos que contribuem para as percepções coletivas de vulnerabilidade</li> </ul>
<p><b>Domínios contextuais nas pesquisas existentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo, idade, mobilidade, danos sensoriais, orientação sexual, etnia, status socio-econômico, vício, luto etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de moradia, baixa renda, desastres naturais, violência sexual, restrição de crédito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desemprego, fim de relacionamentos, emagrecimento, desastres, maternidade</li> </ul>
<p><b>Questões metodológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos frequentemente excluídos de estudos e pesquisas</li> <li>• Dificuldade de acesso aos grupos</li> <li>• Dificuldade em simular em laboratório</li> <li>• Precauções para não potencializar a vulnerabilidade por meio da pesquisa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade em reconhecer uma resistência ou ambientes opressivos</li> <li>• Dificuldade de criar um ambiente desfavorável em laboratório</li> <li>• Impossível capturar todos os aspectos do ambiente e sua influência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidade como um construto multi-dimensional de rede nomológica</li> </ul>
<p><b>Benefícios da abordagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar atenção aos grupos sub-representados</li> <li>• Oferta de soluções concretas para os gestores públicos</li> <li>• Dar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhor entendimento das condições externas e preveníveis da vulnerabilidades</li> <li>• Permitir planejamento para controle ou preparo das</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• População e ambiente podem variar</li> <li>• Representação mais genuína das condições de vulnerabilidade</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>representatividade às vozes de grupos</li> <li>Facilitar mercados-alvos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>circunstâncias ambientais</li> <li>Testa e avalia criticamente suposições de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causa resiliências pessoas</li> <li>Reconhecimento de grupos de interesse</li> <li>Recomendações de práticas para evitar a condições de vulnerabilidade</li> </ul>
<b>Detradores da abordagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalização excessiva</li> <li>Fatores relevantes negligenciados</li> <li>Grupos percebidos de forma errada como constantemente vulneráveis</li> <li>Mesma resposta a todos os grupos</li> <li>Assunção de que a vulnerabilidade é constante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foco somente nas externalidades, mais do que na contribuição humana para a situação</li> <li>Ambientes complexos e difíceis de entender completamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Complexidade</li> <li>Requer desafios de pesquisa que empregam múltiplas técnicas</li> <li>Requer análises caso a caso.</li> </ul>

**Quadro 3:** Abordagens de análise da vulnerabilidade

**Fonte:** Baker *et al.* (2015)

O Quadro 3 traz uma relação entre o grupo, seu ambiente e os processos que contextualizam a condição de vulnerabilidade. Para tanto, um pesquisador deve se valer do entendimento sobre os pressupostos que definem o indivíduo ou o grupo como vulnerável. Assim, as questões metodológicas de investigação de uma condição que põe o consumidor em desfavorecimento tornam-se mais evidentes para o alcance dos benefícios e redução das desvantagens quanto a esse consumo e seu entendimento.

Nesse sentido, a amplitude dos estudos sobre vulnerabilidade alcança eventos ligados à desastres naturais, o que tem causas fora da atuação do consumidor, mas possui consequências de responsabilidade da sociedade e dos gestores públicos (Baker *et al.*, 2009). E, alcança também condições psicossociais que causam danos que a princípio não afetariam os atos de consumo, porém, numa visão mais fenomenológica é possível identificar o prejuízo sofrido, causando gastos excessivos, endividamento, desinteresse em consumir ou aquisição de bens desnecessários, por exemplo (Gentry, Kennedy & Hill, 1995; Voice, 2010).

No entanto, mesmo que certos tipos de produtos percam sua finalidade, somente isso, não pode definir o consumidor como vulnerável, outros, de acordo com sua finalidade, uso ou periculosidade, se houver desconhecimento sobre seu funcionamento, riscos e consequências de consumo, podem causar mais danos aos consumidores do que outros, especificamente àqueles consumidores vulneráveis no momento da compra e durante o consumo.

A vulnerabilidade no consumo pode ser potencializada pelas características individuais biofísicas e psicossociais, pelos estados individuais de tristeza, medo, humor, por exemplo, por condições externas de discriminação por etnia ou aparência física, e por eventos incontroláveis (Morgan *et al.*, 1995; Baker *et al.*, 2005; Baker, Hunt & Rittenburg, 2007; Lawson, Robertson & Wooliscroft, 2016). Logo, a vulnerabilidade é frequentemente pensada em sentido demográfico (pobreza), situacional (luto), por meio de um produto ou um evento externo (falha técnica e inundações, respectivamente), e reduzi-la faz com que agentes e consumidores transitem na ação e na identidade do consumidor buscando entender de onde sua vulnerabilidade surge (doença, incapacidade etc.). Para tanto o foco pode ser na resiliência psicológica, física ou material (Pavia & Mason, 2014). O mercado depende fortemente de “consumidores ativos e informados para ter competição” (Bis, 2011, p. 4), destaca o papel do consumidor na mudança da comunidade em que ele participa, é um poder significativo nesse sentido.

Estar vulnerável não representa apenas uma falha do consumidor, mas também do mercado (Stearn, 2012), pois não dá para dividir a sociedade em consumidores vulneráveis e o resto, pois com a mudança das circunstâncias qualquer um pode se tornar vulnerável a qualquer momento. É preciso atentar não tanto para a escolha do consumidor quanto a produtos ou serviços que a princípio pareçam caros e problemáticos, mas pode ser que aquela seja a única opção disponível, o que faz com que se submeta obrigatoriamente, essa é uma falha de mercado

O risco de categorizar pessoas como vulneráveis e subcategorizar, reduzindo ainda mais a unidade de análise. Há a vantagem e desvantagem, a primeira de possibilidade de entendimento de contexto e a segunda de desconsideração da mobilidade e instabilidade de se estar vulnerável, dado que nem todos os idosos são vulneráveis ou nem todas as mulheres negras de baixa renda são, mas a depender de uma perspectiva de análise é possível encaixar esses dois grupos na categoria e visualizar-los como vítimas, mudando o direcionamento do discurso - o mesmo acontece com o luto como citado por Stearn (2012). Há eventos de alegria

e de tristeza que levam a estado de vulnerabilidade justamente pelas emoções que eles causam.

Isto posto, os medicamentos contraceptivos hormonais, consumidos de acordo principalmente com sua forma de administração, oral, injetável e cutânea, por exemplo, podem se enquadrar como produtos de periculosidade inerente, dado que são medicamentos que seu consumo é baseado em condições de saúde normais e sua indicação deve ser feita por profissional habilitado, o médico. Essas características, em conjunto, potencializam o efeito de vulnerabilidade causada pelo produto, intensificado pela falta de informação quanto ao seu consumo.

## **2.2. A vulnerabilidade no consumo de anticoncepcionais hormonais**

Há uma série de condições e circunstâncias que potencializam o risco de uma pessoa ser ou se tornar vulnerável numa situação de consumo. Estas podem ser de múltiplas naturezas e incluindo baixa autoconfiança, baixos níveis de educação financeira, renda baixa, desemprego, deficiência física, problemas de saúde mental e moradia, por exemplo. Contudo, precisamos reconhecer que a vulnerabilidade pode vigorar por longo prazo ou pode ser um estado dinâmico que afeta alguns consumidores em diferentes períodos do tempo - como o desemprego ou o luto (Baker & LaBarge, 2015), ou a dependência causada pelo consumo de um medicamento que causou algum efeito colateral como o estudado nesta tese.

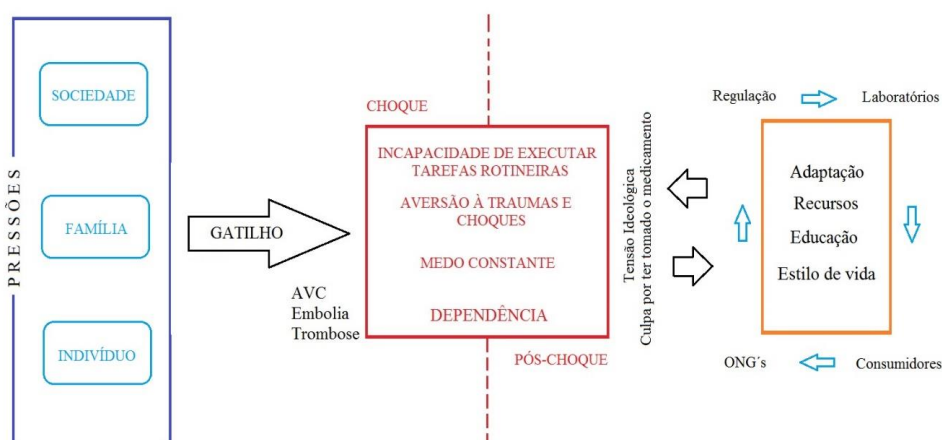
Portanto, existem produtos desenvolvidos com objetivos de promoção de um benefício, mas que são danosos por natureza, como o tabaco, o álcool, pesticidas utilizados na produção agrícola em massa, por exemplo, porém, promovem uma condição de vulnerabilidade incontrolável. Além desses, há aqueles produzidos pelas indústria farmacêutica, que sempre possuem uma condição adversa consequente de seu consumo, os chamados efeitos colaterais, a exemplo das pílulas anticoncepcionais (Lidegaard *et al.* 2012; Vinogradova *et al.*, 2015).

Nesse contexto, ao tratar de métodos contraceptivos hormonais, as consequências de uso de um medicamento podem revelar a anterior exposição da consumidora ao estado de

vulnerabilidade. Nos estudos de Darney, Patel, Rosen, Shapiro & Kaunitz (2013) e Blumenthal, Gemzell-Danielsson, Fleming-Harvey, Drozdowicz & Weaver (2013) essas consequências estavam relacionadas ao sobrepeso e à aquisição de problemas relacionados a essa condição. Outro sintoma que merece atenção é o sangramento, que sofre alterações após o início do consumo de contraceptivos hormonais, como afirma Mansour, Korver, Manicheva-Petrova & Fraser (2008) por meio de uma revisão sistemática de ensaios clínicos e Darney *et al.* (2013), que apontam para a interrupção do tratamento com o medicamento após a alteração no padrão de sangramento. Assim, é possível identificar um estado de vulnerabilidade dessas consumidoras no início do processo de consumo desse medicamento.

A vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres consumidoras de pílulas anticoncepcionais pode ser definida por pressões externas ou internas aos indivíduos (Baker & Mason, 2012), sendo provocadas por condições desfavoráveis que promoveram choques, danos físicos e psicológicos pós-consumo, somente compreendidos *à posteriori*, a partir das próprias experiências vivenciadas com o uso dos anticoncepcionais. Stearn (2015) enfatiza essa vulnerabilidade causada por fatores externos como ações causadas por organizações ou a própria natureza de mercado. São políticas e práticas que influenciam a medida de vulnerabilidade das pessoas.

Outras questões a serem consideradas são as pressões do ambiente sofridas pela consumidora, sua capacidade de resiliência e o comportamento após a exposição à vulnerabilidade. O modelo conceitual apresentado na Figura 3, baseado no de Baker e Mason (2012), foi utilizado no contexto desta pesquisa e expõe o funcionamento do processo de vulnerabilidade e resiliência no consumo de pílulas anticoncepcionais.



**Figura 3:** Modelo conceitual teórico da vulnerabilidade e resiliência do consumidor para esta pesquisa  
**Fonte:** Adaptado de Baker e Mason (2012)

De acordo com o modelo (Figura 3), as três pressões exercidas sobre o consumidor (macro-forças referentes à sociedade, família e indivíduo, relacionado às próprias percepções de si, que possuem relação com controle de natalidade, independência e empoderamento, por exemplo, e à influência do companheiro na decisão de tomar o medicamento) aumentam a tendência e a exposição à vulnerabilidade provocada por um evento pós-consumo que remete à situação de vulnerável.

Aqui, os fatores de risco possuem potencial latente para levar o consumidor a experimentar danos concretos e os eventos vivenciados funcionam como gatilhos que promovem impactos negativos no consumidor, levando-o a estados de incapacidade, impotência e dependência. Tais impactos e consequências podem gerar resiliência, a habilidade de transformar tais impactos negativos em melhoria de qualidade de vida (Baker & Mason, 2012), desta forma o consumidor se adapta à nova condição de vida.

A partir da intenção de resiliência se estabelecem as interações entre os *stakeholders* possibilitando o reequilíbrio no sistema de trocas, aqui o consumidor muda seu estilo de vida e absorve um novo processo de educação no consumo. Trata-se da abertura de diálogo, a partir da reflexão pós-traumática, em que se busca mudança de comportamento a partir da regulação e das práticas que contribuam para reduzir ao máximo os riscos ao consumidor (Baker & Mason, 2012). Isso faz com que após o trauma, o consumidor assuma um papel de educador e possível ativista, orientando outros consumidores a não incorrer no que o levou ao evento traumático de consumo.

Contudo, há eventos que provocam um estado de vulnerabilidade duradouro. A morte de um parente próximo, por exemplo, ainda é nas sociedades ocidentais considerada um tabu a ser enfrentado, principalmente quando há uma dependência financeira daquele que faleceu, afetando o comportamento de consumo do dependente, conseqüentemente seu estilo de vida (Gentry *et al.*, 1995; Turley & O'Donohoe, 2017). Nesse caso, a tensão ideológica proposta pelo modelo de Baker & Mason (2012) se dá pelo sentimento de saudade e desamparo, e os serviços funerários, regulados pelo governo, são obrigatoriamente enfrentados como parte do ritual de consumo, mesmo diante da dor (Roseblatt, 2017).

Já no contexto médico, a vulnerabilidade de consumidoras mães recentes foi estudada em 2010 pela iniciativa The VOICE Group (Voicing International Consumer Experiences), considerando a transição que essas mulheres passaram durante a maternidade e os

significados do consumo nesse período. Os autores concluíram que o mercado nem sempre fornece as melhores condições de consumo ou informações para mulheres consideradas vulneráveis neste contexto (VOICE Group, 2010). Ainda sobre este grupo, Tonner (2016), afirma que os serviços podem direcionar o consumo a uma experiência hedônica de satisfação e felicidade. Esta já seria uma perspectiva positiva de que uma vulnerabilidade pode ser conduzida para uma solução de bem-estar, mesmo que haja uma mudança no estilo de vida e uma readaptação da consumidora após a maternidade.

No caso específico da vulnerabilidade das consumidoras de contraceptivos orais, verifica-se que a primeira percepção de vulnerabilidade pode consistir, por exemplo, no déficit informacional a respeito dos riscos, consequências e danos do consumo destes medicamentos. Considera-se isto pois fragilidade das consumidoras pode não estar apenas na falta de informação, possibilitando se revelar também na abundância informacional disponível na internet, em informações que podem ser manipuladas e controladas pela indústria farmacêutica, pela pouca informação no ato da prescrição médica ou pela inabilidade de a consumidora conseguir filtrar o que é essencial para sua medicalização (Benjamin, Marques & Bessa, 2016).

Caracteriza-se também uma vulnerabilidade técnica, pois ainda segundo Benjamin, Marque & Bessa (2016), uma vez que a consumidora não possui conhecimentos específicos sobre a fórmula dos anticoncepcionais, ela se sujeita enquanto leiga à prescrição médica do *expert* da área de saúde da mulher. Assim, as pessoas tornam-se inerentemente vulneráveis quando não têm as capacidades para exercer escolha e liberdade para lidar com ameaças e riscos a que são suscetíveis sem sofrer danos repentinos (Zaidi, 2014). As experiências de vulnerabilidade das consumidoras de contraceptivos orais contribuem para compreensão da situação de impotência ante os riscos e danos provocados pelos medicamentos (Baker *et al.*, 2005).

Em outubro de 2011, o setor de farmacovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou um informe revelando o risco de formação de coágulos sanguíneos em mulheres que tomam anticoncepcional contendo o hormônio drospirenona, a partir de estudos publicados no site da *Food and Drug Administration*, agência reguladora de saúde dos EUA. Esses estudos, que foram realizados por Parkin *et al.* (2011) e Jick & Hernandez (2001), sugeriam um risco aumentado de formação de coágulos sanguíneos em mulheres usuárias de anticoncepcional contendo o hormônio drospirenona (ANVISA, 2011).

Entre as recomendações da ANVISA (2011), a partir de estudo complementar realizado pelo FDA, estavam: 1) as pacientes em uso de anticoncepcional contendo o hormônio drospirenona devem seguir todas as recomendações do médico que os acompanha; 2) as pacientes devem comunicar imediatamente seu médico caso desenvolvam reações adversas durante o uso de anticoncepcional contendo o hormônio drospirenona.

Já os médicos foram aconselhados a continuar seguindo as recomendações contidas nas bulas dos contraceptivos orais que contêm drospirenona, a discutir os benefícios conhecidos e potenciais riscos de contraceptivos orais contendo este hormônio com seus pacientes, educar seus pacientes a reconhecer os sinais e sintomas de tromboembolismo venoso e pulmonar, e dizer-lhes para contatar, imediatamente, o seu médico se desenvolverem qualquer destes sintomas (ANVISA, 2011). A partir da oficialização dos possíveis riscos e danos que poderiam ser causados pelo uso de anticoncepcionais, evidencia-se a vulnerabilidade à saúde das mulheres que são consumidoras do método contraceptivo de ingestão de pílula oral. Embora, na nota oficial divulgada, a agência destacasse que os benefícios das pílulas continuam a superar os riscos.

### 2.3. Método contraceptivo hormonal: consumo, riscos e efeitos colaterais

As mulheres estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva. Segundo o IBGE (2014), evidencia-se uma relação entre o grau de instrução da mulher e o aumento no consumo de métodos contraceptivos, de modo que quanto maior o tempo de estudo da mulher maior o uso de anticoncepcionais. Essa disseminação da informação conjugada com a políticas públicas de saúde da mulher e de natalidade, torna universal o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, fato apresentado em números na Tabela 1, da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), que compara o conhecimento e o uso de algum método contraceptivo pelas mulheres.

**Tabela 1** – Conhecimento (C) e Uso (U) de métodos anticoncepcionais. Percentual de todas as mulheres, mulheres atualmente unidas, mulheres não unidas sexualmente ativas e mulheres sem experiência sexual que conhecem ou ouviram falar de algum método anticoncepcional.

Método	Todas as mulheres*		Mulheres atualmente unidas		Mulheres não unidas sexualmente ativas**		Sem experiência sexual
	C	U	C	U	C	U	



<b>Algum método</b>	99,9	87,2	100	97,6	100	99,2	99,8
<b>Métodos Modernos</b>	99,9	86,6	100	97	100	98,8	99,8
Esterilização feminina	93,8	21,8	96,4	29,1	91,6	10,8	81,9
Esterilização masculina	86,9	3,4	89,1	5,2	87,9	0,3	72,9
Pílula	99,6	71,3	99,7	82,4	100	74,9	98,9
DIU	87,4	4,5	88,3	5,7	90,2	3	77,2
Injeção contraceptiva	95,7	18,9	96,9	22,4	96,2	19,5	88,8
Implantes	33,6	0,4	33,6	0,4	39,2	0,7	22,4
Camisinha masculina	99,8	70,6	99,8	76,3	100	94,1	99,7
Camisinha feminina	90,9	3,1	89,1	3,1	95,4	4,6	94,2
Diafragma	59,9	0,5	56,3	0,6	68,7	0,4	65,5
Pílula do dia seguinte	76,8	12	74,1	11	88,3	23,2	72,8
<b>Métodos tradicionais</b>	<b>92,6</b>	<b>40,9</b>	<b>93,6</b>	<b>47,8</b>	<b>95,7</b>	<b>43,6</b>	<b>82,1</b>
Tabela/abstinência periódica/billings	87,9	18,5	88,8	22,3	90,4	17,4	79,1
Coito interrompido	79,1	33,6	81,6	38,9	85,7	38,2	54,2
<b>Outro método***</b>	<b>3,2</b>	<b>0,8</b>	<b>2,9</b>	<b>0,8</b>	<b>5,6</b>	<b>1,4</b>	<b>2,4</b>
<b>Número médio de métodos conhecidos</b>	<b>10</b>		<b>10</b>		<b>10,5</b>		<b>9,3</b>
<b>Número de mulheres****</b>	<b>15575</b>		<b>9989</b>		<b>2838</b>		<b>1766</b>

**Fonte:** Adaptado de PNDS (2006)

\*A soma das colunas 2, 3 e 4 não perfaz o total de mulheres apresentado na coluna 1 porque não estão contemplados na análise os seguintes grupos: mulheres não unidas que não são sexualmente ativas (964 mulheres), mulheres não unidas sem informação sobre atividade sexual (seis mulheres) e mulheres sem informação sobre situação conjugal (12 mulheres). \*\* Mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses. \*\*\* Inclui outros métodos modernos e tradicionais não especificados no questionário, tais como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal etc. \*\*\*\* Total de mulheres entrevistadas. Por se tratar de resposta múltipla, o percentual de cada tipo de método tem como denominador o total de casos válidos na pergunta específica sobre o método.

A Tabela 1 evidencia um alto nível de conhecimento dos métodos contraceptivos por parte das mulheres, sendo a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional os mais conhecidos. A partir disto, é possível inferir que o fato de a pílula oral possuir um maior consumo entre mulheres atualmente em união estável pode estar ligado à estabilidade da relação ou manutenção de um parceiro fixo, que lhes dá uma preocupação maior com a possibilidade de gravidez indesejada. Essa preocupação promove a interação da mulher com

os profissionais médicos e com o mercado farmacêutico, onde a droga em questão se torna um estilo de vida que exprime liberdade, empoderamento e modernidade (Nucci, 2012).

No entanto, apesar dos discursos de empoderamento feminino e da popularização do uso da pílula anticoncepcional para controle de natalidade, vista como oportunidade de vendas pelos laboratórios farmacêuticos, os riscos do seu uso nunca foram difundidos em meios de comunicação de massa. As peças publicitárias são discretas e normalmente se apresentam como mensagens que transmitem a ideia muito de estilo de vida independente e moderno, do que um medicamento massivamente vendido sem receita médica e com efeitos colaterais graves à saúde. Essa popularização dos anticoncepcionais e sua preocupação com a redução hormonal, também procurou explorar os benefícios trazidos pelo medicamento, como a redução e prevenção de cólicas, acne e controle do ciclo menstrual.

O que se deve difundir de informação sobre o consumo desse medicamento é seu risco de causar danos à saúde da mulher, muitas vezes irreversíveis, o que representa uma condição de vulnerabilidade por estar susceptível a prejuízos físicos, econômicos e psicológicos (Smith e Cooper-Martin, 1997). É uma condição presente no contexto de troca em virtude de uma característica que limita a habilidade da consumidora em maximizar a utilidade do produto e do seu bem-estar. Entende-se aqui que os riscos e danos que decorrem ao consumir pílulas anticoncepcionais e que afetam diretamente à saúde das mulheres podem ser reduzidos ou mesmo evitados com a divulgação de informações sobre seus malefícios e a regulação e controle de sua comercialização.

Estudos como os de De Bruijn, Stam & Koopman(1998), Martinelli, Sacchi, Landi, Taioli, Duca & Mannucci (1998), Manzoli, De Vito, Marzuillo, Boccia & Villari (2012), Lidegaard *et al.* (2011) & Vinogradova *et al.* (2015) evidenciam, confirmam e associam o aumento no risco de trombose venosa cerebral ao uso de contraceptivos orais e alertaram para o fator de risco hereditário da predisposição trombótica, que presente em mulheres que usam anticoncepcionais orais, potencializam a probabilidade de, além de trombozes, provocar embolias e acidentes cardiovasculares.

A relação entre o uso do anticoncepcional oral e a incidência de trombose já vem sendo investigada desde os anos 1960, mas as controvérsias existiam em função da incerteza do tamanho do risco e das condições gerais da mulher como a obesidade, tabagismo, sedentarismo e o diabetes, que a qualificavam como pertencente a grupos de risco de sofrer o dano, o que costumava confundir a análise das relações de causa e efeito identificadas nos

estudos (Vandenbroucke, Rosing, Bloemenkamp, Middeldorp, Helmerhorst, Bouma & Rosendaal, 2001)

Evidencia-se a existência de informação limitada e inconsistente sobre os efeitos da contracepção hormonal na saúde mental (Toffol, Heikinheimo, Koponen, Luoto & Partonen, 2012). As mulheres jovens também experimentam situações de vulnerabilidade pós-consumo ao sofrerem com sintomas psicológicos adversos. Efeitos colaterais têm sido identificados como consequências do uso de contraceptivos orais, tais como humor deprimido (21% das mulheres), stress (19% das mulheres), alterações de peso (57% das mulheres) (Hall, White, Rickert, Reame & Westhoff (2012), além de perda do apetite, ritmo cardíaco irregular, insônia, anedonia (perda da capacidade de sentir qualquer tipo de prazer) (Toffol *et al.*, 2012), náuseas, vômitos, mal-estar gástrico, cefaleia, tonteira, mastalgia, sangramento intermenstrual, cloasma, entre outros (Ministério da Saúde, 2002) que contribuem para a descontinuação de uso dos anticoncepcionais orais.

Os estudos de Parkin *et al.* (2011), Jick & Hernandez(2011), Sidney, Cheetham, Connell, Ouellet-Hellstrom, Graham, Davis & Cooper (2013) e Vinogradova *et al.* (2015) comprovam que o uso de anticoncepcionais combinados colocam as mulheres em maior risco de eventos tromboembólicos venosos e eventos trombóticos arteriais, incluindo infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico. Há evidências de que pílulas contendo drospirenona podem colocar as mulheres em risco ainda maior de trombose, devendo ser consumido com cautela por mulheres que procuram contracepção hormonal (Sidney *et al.*, 2013).

As pílulas contraceptivas provocam sérios efeitos colaterais de natureza psicológica, física e até social nas mulheres, afetando diretamente à saúde, o bem-estar e sua auto-estima. Parkin *et al.* (2011) e Jick & Hernandez(2011) confirmaram que o risco de embolia pulmonar, uma consequência mais grave da formação de um coágulo, em usuárias de contraceptivos orais com desogestrel, gestodeno ou drospirenona era pelo menos em duas vezes superior ao risco de tromboembolismo venoso em comparação com usuárias de contraceptivos orais com levonorgestrel.

Embora verifique-se uma preocupação da indústria farmacêutica com a diminuição progressiva da carga hormonal, as pílulas anticoncepcionais modernas, cuja fórmula contém os hormônios drospirenona, desogestrel, gestodeno e ciproterona, apresentam risco quase duas vezes superior de desenvolvimento de trombose venosa e arterial nas mulheres, em relação aos contraceptivos orais formulados e fabricados antigamente que continham

hormônios sintéticos diferentes como levonorgestrel, noretisterona ou norgestimata (Vinogradova *et al.*, 2015).

Mulheres que vivenciaram de perto os danos do consumo de anticoncepcionais têm denunciado que o silêncio é a praxe entre os médicos ginecologistas e poucos relatam às autoridades os casos de complicações após o uso de pílula. Segundo Segatto (2015), entre janeiro de 2011 e julho de 2014, a ANVISA recebeu 90 notificações de consumidoras envolvendo anticoncepcionais compostos de drospirenona e etinilestradiol no Brasil, em que cerca de 88% relatavam reações graves, como tromboembolismo, embolia pulmonar, trombose venosa profunda e trombose cerebral. Em três dos casos, houve morte.

Outra reclamação de mulheres consumidoras de contraceptivos hormonais refere-se ao fato de que muitos médicos não exigem exames mais detalhados sobre o organismo da paciente ou pouco investigam seu histórico familiar antes de receitar quaisquer desses medicamentos, informação presente tanto naquelas notificações quanto em matérias jornalísticas e relatos em mídias sociais.

Os médicos deveriam ser estimulados a solicitar exames genéticos de tendência à trombose antes da prescrição do medicamento, dado que 92% das mulheres que sofreram danos graves não foram alertadas pelos ginecologistas sobre os riscos. Revela-se uma certa omissão mesmo entre os médicos, e embora a informação sobre risco de trombose conste na bula dos anticoncepcionais, os médicos costumam tranquilizar as pacientes informando que a concentração hormonal da pílula é baixa (Segatto, 2015).

A indústria farmacêutica se mantém cautelosa às questões relativas aos riscos e problemas causados pelos medicamentos e sua incidência em consumidores vulneráveis. A indústria Bayer, fabricante da pílula Yasmin, recentemente divulgou uma nota à Revista Época, afirmando que a comissão europeia que avaliou os riscos dos anticoncepcionais concluiu que “os benefícios dos contraceptivos hormonais combinados na prevenção da gravidez não planejada continuam a superar os riscos e que a possibilidade de tromboembolismo venoso, associada ao uso de contraceptivos hormonais combinados, é pequena”. Segundo a empresa, o “Yasmin é eficaz e tem um perfil de segurança (risco-benefício) favorável, quando usada da forma indicada na bula aprovada pelas agências de saúde de cada país.” (Segatto, 2015, p. 28 ).

É nesse sentido que os estudos sobre empoderamento do consumidor contribuem para o entendimento de como consumidora de contraceptivos hormonais usam a educação de

consumo para evitar danos à saúde. Qualquer medicamento, quando desenvolvido, tem em paralelo pesquisas sobre seus efeitos colaterais, e com a pílula anticoncepcional não foi diferente, pois já haviam estudos sobre isso na década de 1970 como, por exemplo, aqueles realizados por Grounds, Davies, Mowbray (1970) e Bakker & Dightman (1966), portanto, conhecer os riscos que envolvem o consumo de qualquer produto contribuem para o processo de empoderamento do consumidor.

#### **2.4. Empoderamento do consumidor**

Qualquer indivíduo normal deseja possuir o mínimo de poder sobre suas escolhas, de exercer controle sobre a sua vida, onde viver, com quem conviver, decidir sobre suas preferências e exercer papel fundamental para seus pares de acordo com as decisões de toma, e qualquer que seja o aspecto de vida que lhe convém o controle do que deseja, há uma relação de consumo envolvida.

O conceito de poder é estudado em campos diversos como de decisão (Pfeffer e Salancik, 1974; Lukes, 1974), gênero (Kanter, 1975), cultura (Hofstede, 2003) e autoridade (Martin & Hewstone, 2003), contudo, nesses posicionamentos é considerada a perspectiva das organizações. Tal ponto de vista, mesmo ao tratar de relações entre indivíduos, considera o uso da estrutura organizacional para determinar a fonte e o uso do poder, assim, a própria organização seria fornecedora e promotora de mecanismos de autoridade e decisão, por

exemplo. Estudos em outros campos como o feminismo e grupos minoritários (Lincoln *et al.*, 2002) envolvem uma perspectiva mais unitária, focada no indivíduo em seu contexto de vida.

Dahl (1969) define o poder como a capacidade de influência de um indivíduo sobre outro de forma que o influenciado só exerceria determinada ação diante da interferência do influenciador. A perspectiva de visão de poder como controle (Pires *et al.*, 2006; Shankar *et al.*, 2006) surge conectada com aquela de influência, pois é possível entender que o exercício da influência de um indivíduo sobre outro é um antecedente do controle exercido sobre aquele que é influenciado.

Nesse sentido, o termo empoderamento surge como um conceito complexo e de repertório multifacetado em seus significados. É um estado de resistência (Valor, Díaz & Merino, 2017), enfrentamento e defesa surgido de interações entre os consumidores e os fornecedores de bens e serviços. Arendt (2010) afirma que o empoderamento emerge da cooperação, uma visão que diante dos processos de co-criação existentes nas interações de consumo complementa o conceito do termo e não o limita apenas à transferência de poder, no caso das organizações para o indivíduo, isso configura a experimentação social de consumo como determinante para o exercício do empoderamento (Denegri-Knott *et al.* 2006; Papaoikonomou & Alarcón, 2017).

Wathieu *et al.* (2002) caracterizam três elementos influenciadores da experiência de empoderamento a saber: controle sobre o conjunto de escolhas disponíveis, sinais de progresso e informação sobre outros consumidores. O primeiro elemento concerne ao espectro de possibilidades de escolha no momento do consumo, é a situação em que o consumidor possui o domínio de que pode escolher a melhor opção de acordo com sua preferência e reconhece alternativas de baixo custo de mudança.

O segundo e terceiro elementos podem ser reconhecidos como consequências do primeiro, dado que quanto ao segundo, uma alternativa escolhida remete à rejeição das demais e conseqüentemente o aumento da possibilidade de desconforto ou arrependimento pela não escolha de uma alternativa qualquer. Segundo Carmon, Watenbroch & Zeelenberg (2002), quando maior o conjunto de alternativas rejeitadas, maior o desconforto do arrependimento. E quanto ao terceiro, o consumidor pode experimentar uma sensação de desconforto quando exposto a uma grande quantidade de opções, acarretando em dúvida e possivelmente sentimento de que poderia ter escolhido melhor.

A posição de Wathieu *et al.* (2002) de que o aumento de opções de escolha não necessariamente melhora a percepção de empoderamento encontra um revés no que afirmam Yuksel, Milne & Miller (2016), que sugerem que quanto maior a quantidade de informação, maior o empoderamento. Para tanto, esses autores argumentam que empoderar-se é ter à disposição a diversidade de bens e serviços tecnológicos como mapas, buscadores e aplicativos de comparação e ir além deles, compartilhar a informação com outros consumidores.

Desta forma, o ato de consumir envolve tanto a tecnologia quanto aquilo que ela permite que se consuma, essa visão ganha força na disseminação e na acessibilidade às informações de consumo por meio de dispositivos móveis de comunicação, *smartphones*, por exemplo, onde a tecnologia passa a ser enxergada como meio e fim.

Como meio, Füller *et al.* (2009) analisam a experiência de consumo e o processo de co-criação como fator de empoderamento, nesse caso a tecnologia permite ao consumidor empoderar-se e aprimorar suas escolhas. E, como fim, Pires, Stanton & Rita (2006), sustentam em seu estudo que o uso da tecnologia permite maior empoderamento aos consumidores. Para esses autores a familiaridade de uso das tecnologias de informação e comunicação pelos consumidores permite um maior nível de empoderamento, independente do produto a ser consumido.

Os estudos sobre empoderamento têm ganhado volume pela possibilidade de compartilhamento de experiências de consumo e exercício de influências acontecidas via redes sociais *online* (Boyd, Clarke & Spekman, 2014). Segundo esses autores o empoderamento é visto como uma derivação da habilidade de consumidores influenciarem outros compartilhando as experiências em suas redes sociais *online*.

Esse pensamento fortalece a compreensão de que o indivíduo que entende melhor seu ambiente social, cultural e econômico torna-se mais ativo em esforços como o exercício do controle de suas escolhas e a influência sobre outros sujeitos, características presentes em consumidores que refletem o comportamento ativista (Hollenbeck & Zinkhan, 2006), reconhecido aqui como uma forma de empoderamento.

O ativismo (Kozinets e Handelman, 2004; Kuhlen, 2015) e a reivindicação surgida em alguns setores por regulação (Goldsmith, 2005; Koopman, Mitchell & Thierer, 2015) também figuram dentre os campos de pesquisa que envolvem a literatura de empoderamento

do consumidor trazendo construtos como informação, controle e poder de escolha como condicionantes para que o indivíduo alcance o estado de empoderado.

Assim, numa visão geral, o empoderamento configura um processo pelo qual os indivíduos adquirem domínio e controle sobre suas próprias vidas (Zimmerman & Rappaport, 1988; Zimmerman, 1995). E no que concerne ao consumo, a literatura *mainstream* descreve empoderamento do consumidor como sinônimo de “informação” (Wathieu *et al.*, 2002; Brennan & Coppack, 2008) e “poder de escolha” (Shankar *et al.*, 2006; Broniarczyk & Griffin, 2014), evidenciando o modelo de soberania do consumidor já proposto por Denegri-knott *et al.* (2006).

Portanto, ao possuir consciência do seu meio social, político e econômico, o consumidor apreende a compreensão de que possui controle e participação ativa nas relações de troca em que se envolve, é um aprendizado adquirido. Essa circunstância expõe o empoderamento como um processo e dá ao consumidor o senso crítico das ofertas de mercado, sejam de seu interesse ou não (McGregor, 2016). Estudos como o de Papaoikonomou & Alarcón (2017) reforçam essa discussão trazendo a perspectiva da cidadania em seus achados, destacando a participação cidadã como uma forma de o consumidor contribuir para construção do discurso do empoderamento.

Além disso, a capacidade de tomar decisões reforça o processo de aprendizagem e faz da escolha um aspecto fundamental do empoderamento, sendo possível alinhar seu conceito com a definição de liberdade usado nas análises de Hayek (2013), que afirma ela ser um estado onde não há coerção de um homem pela vontade arbitrária de um outro, é a liberdade como poder. Esse pensamento teve origem na proposta de Berlin (2002) sobre liberdade, ausente de interferência e reforçada pela autodeterminação do indivíduo.

Mcshane e Sabadoz (2015) destacam a necessidade de maior clareza na definição do conceito de empoderamento do consumidor. A proposta de discussão considera que deva-se tratar o empoderamento para além do acesso à informação e o poder de escolha. Em nosso estudo, consideramos que essa visão limita tanto o próprio conceito de empoderamento quanto o entendimento do espectro de atuação do consumidor, pois mesmo com amplo acesso à informação e variedade de escolha, a sobrecarga destes dois fatores podem prejudicar o processo de decisão. Desta forma, a falta de propriedade e confiança do consumidor sobre as diversas fontes como governo, médicos, parceiros, internet e as mais difusas informações recebidas delas pode acarretar em perda de tempo, dinheiro e desconforto físico e emocional.



No entanto, a perspectiva de empoderamento como sinônimo de informação e escolha não deve ser desconsiderada, pois baseia-se nas disponibilidades de bens e de informação e possui origem na teorias econômicas clássicas (Denegri-knott *et al.* 2006), permitindo que na análise do comportamento do consumidor empoderado a liberdade de escolha tenha seu peso, o que pode exercer influência sobre a dinâmica do mercado.

Assim, poder exercer mais escolhas é um incentivo não somente ao consumidor, mas ao fornecedor, de forma que se estabeleça a equação justa entre preço e qualidade percebida (Brennan & Coppack, 2008), pois poder escolher o que comer, o que vestir e que estilo de vida seguir, por exemplo, define segundo Featherstone (1987), a identidade do indivíduo, e muito além, revela suas prioridades, seus valores e seus propósitos. Quando Rana & Paul (2017) abordam a escolha de produtos orgânicos como uma atitude de consumo influenciada pelo estilo de vida, evidenciam que esse consumidor possui um nível de empoderamento atestado pela informação coletada e pelo conhecimento adquirido sobre sua saúde e as consequências de uma má alimentação.

Portanto, dentre as principais variáveis a serem consideradas na definição do empoderamento do consumidor nesta pesquisa, além da possibilidade de escolha, é a liberdade de fazê-la, e são nelas que se revelam suas preferências (West & Parent, 1992), definidas como fatores decisivos de escolha de consumo nos estudos de marketing e de entendimento de atitude pelas práticas de mercado, como as crenças e as expectativas do consumidor em relação ao um determinado produto de sua propensão (Carpenter & Nakamoto, 1989; Font-i-Fournols & Guerreiro, 2014).

Para West & Parent (1992), a escolha envolve identificar e expressar suas preferências, e isso pode encontrar barreiras quando o consumidor possui alguma limitação que o impede de manifestar essas preferências. No estudo de Annett, Hitchcock & Xu (2015) foi investigada uma comunidade virtual para vendas de itens de vestuário, criada por consumidores que possuíam alguma deficiência física que necessitavam de roupas adaptadas às suas necessidades onde é possível compra e venda desses itens. As implicações gerenciais deste estudo direcionam-se ao desenvolvimento de novos canais de venda e desenvolvimento de novos produtos, específicos para esse consumidor, o que seria uma fonte de informação para oferta desses produtos.

Diante dessa iniciativa, de consumidores com necessidades físicas não atendidas, é possível identificar um outro aspecto do conceito de empoderamento do consumidor, que é a de fazer suas opiniões serem ouvidas. É uma ação ou um conjunto delas advindas da vontade

do consumidor e que alcançam as organizações, que ao tentarem satisfazer suas necessidades ativam o mecanismo do empoderamento (Byrne, 2003; Wrigth, Newmann & Dennis, 2006).

O princípio de que o consumidor pode atuar para que as organizações percebam suas necessidades pode partir de um comportamento ativista (Hollenbeck & Zinkhan, 2006) ou de uma vulnerabilidade (Roy & Sanyal, 2017), o que contribui para o equilíbrio na troca e obriga que o lado ofertante entenda o contexto de consumo em que as escolhas são exercidas. É a partir daí que as ações organizacionais são concretizadas; um novo canal de vendas, de distribuição, um novo bem desenvolvido ou uma inovação que atenda um público carente de um serviço em específico.

Nesse contexto, a lente conceitual de análise do empoderamento do consumidor possui um espectro de limites amplos e varia em método, delimitação e mecanismo de mensuração. O modelo proposto por Denegri-Knott *et al.* (2006), por exemplo, classifica o poder em três domínios a saber: a) Modelo de Soberania do Consumidor; b) Modelo de Poder Cultural e c) Modelo de Poder Discursivo, que consequentemente dão nome aos submodelos que compõem aquele proposto no estudo.

No primeiro, de **Consumidor Soberano**, o empoderamento é definido pela racionalidade do consumidor na escolha, por meio de uma combinação que envolve a informação, recursos e a habilidade de influenciar organizações de forma a equilibrar as relações de troca. Diversos trabalhos situam-se nessa faixa do espectro de estudos sobre o empoderamento do consumidor, onde alguns tratam da maximização da utilidade sobre o custo (Nelson, 2002; Xiang, Mangini & Fesenmaier, 2015), dos movimentos consumeristas (Swagler, 1994; Parigi & Gong, 2014) e de mecanismos de boicote (Friedman, 1991; Veludo-de-Oliveira *et al.*, 2014; Hahn & Albert, 2015; Makarem & Jae, 2016).

Na perspectiva do modelo de **Poder Cultural** de Denegri-knott *et al.* (2006), o empoderamento ocorre como forma de resistência, enfrentamento e defesa dos direitos dos consumidores, que atuam como antagonistas de poder, como agentes lúdicos no combate contra as organizações e marcas dominantes, elaborando artifícios, inventando táticas, se apropriando de significados simbólicos marcários com o objetivo de neutralizar, manipular, ofender ou denegrir as estratégias corporativas das organizações (Penaloza & Price, 1993; Firat & Dholakia, 1998).

Estudos como o de De Pechpeyrou & Odou (2012) sobre ceticismo quanto à ofertas promocionais, o de Darke & Ritchie (2012) sobre desconfiança e reações negativas à

publicidade e o de Banikema & Roux (2014) que propôs uma escala para mensuração da resistência do consumidor, figuram nesta perspectiva de oposição e resistência ao consumo de um certo bem ou à redução da susceptibilidade em relação às ofertas de mercado.

Por último, diferente dos modelos anteriores, o modelo do **Poder Discursivo** do consumidor não se posiciona em oposição à organização, mas centra-se na ideia de um diálogo com elas. Esse modelo compreende o empoderamento do consumidor como resultado das trocas e interações entre consumidores e as organizações por meio de processos de cooperação e co-criação no desenvolvimento de bens e serviços e na recriação de mercados sustentados por uma relação de equilíbrio de poder nas relações de troca e entendimento mútuo dos interesses iminentes entre consumidores e organizações (Holt, 2002; Denegri-Knott *et al.*, 2006; Mcshane & Sabadoz, 2015).

Papaoikonomou & Alarcon (2017) defendem essa visão de empoderamento por meio da cooperação quando afirmam que seu entendimento deve partir não da relação de consumo, mas de novas formas de organização social que emergem do consumo. É um posicionamento que sugere a expansão da visão centrada no consumidor para a uma criação coletiva do empoderamento, e para tanto, os autores se valeram do contexto de comunidades de consumo sustentável na Espanha, onde a cooperação promove resistência aos tradicionais espaços de consumo não sustentáveis e estilos de vida alternativos.

Entre os achados e a contribuição teórica do estudo de Papaoikonomou & Alarcon (2017) é possível estabelecer uma ligação com a perspectiva de empoderamento presente na Lógica Dominante dos Serviços proposta por Vargo & Lusch (2014). Esse elo pode ser estabelecido no reconhecimento da força do consumidor no processo de criação de valor dos negócios, efetivado na ação de co-criação, um ato social de consumidores entre si e deles com as organizações.

A lógica dominante dos serviços implica que o êxito de um novo bem ou serviço não depende mais apenas do valor agregado pela indústria, mas da gama de apropriações, customizações, personalizações, manipulações e co-criações realizadas por clientes investidos de poder (Vargo & Lusch, 2004, 2008; Lusch & Vargo 2006). Portanto, o indivíduo empoderado é capaz de construir e desconstruir valor (Plé & Chumpitaz Cáceres, 2010) para marcas, organizações e produtos por meio do compartilhamento de suas habilidades e experiências de consumo. Diante dessa perspectiva, as tecnologias de comunicação eletrônica legitimam as atividades de marketing mediante a atuação do consumidor, que interage,

compartilha, engaja e deixa disso tudo seus registros virtuais para que as empresas possam monitorar e dar *feedback*.

Munidos desse poder de colaboração os consumidores dialogam, integram conteúdo, criam significados e valor, baseados principalmente na experiência vivida, é uma transição caracterizada pela mudança de foco da economia de bens para a economia da experiência, o que promoveu a experiência de co-criação (Pine & Gilmore, 1999; Prahalad & Ramaswamy, 2004; Chathoth *et al.*, 2016). Esse domínio de consumo permite ao consumidor assumir papéis opostos, co-criando ou co-destruindo, a depender apenas se a experiência for positiva ou negativa (Vargo, Maglio & Akaka, 2008; Camilleri & Neuhofer, 2017).

O consumidor empoderado tem evidenciado novas formas de ação do marketing contemporâneo, como o foco na mobilidade e na produção de conteúdo *online* e o monitoramento das relações emergidas no ciberespaço, uma arena efetiva de interação social e espaço de consumo consolidado.

Desta forma, a internet e as tecnologias digitais ampliaram e tornaram mais relevante o poder dos consumidores frente às organizações do mercado (Rezabakhsh *et al.*, 2006; Kucuk, 2009; Wang *et al.*, 2013). A visão do empoderamento tecnológico do consumidor é reforçada, sobretudo, quando consumidores adquirem habilidade individual e poder de controle para criar e compartilhar conteúdos inerentes às marcas, bens, serviços e experiências de consumo, ganhando legitimidade coletiva para confrontar e influenciar os discursos e ações corporativas, modificando a natureza e o controle do processo de decisão de compra (Rezabakhsh *et al.*, 2006; Kucuk, 2009; Krishnamurthy & Kucuk 2009).

Assim, um consumidor considerado empoderado possui liberdade de escolha e além disso, possui consciência dela. Ele se organiza em comunidades, acredita que pode contribuir para melhorar a vida do próximo e atua em conformidade com o que seu grupo determina como as escolhas corretas principalmente baseadas nas experiências (Papaoikonomou & Alarcón, 2017). Essa abordagem quanto à mudança de comportamento tem sua compreensão ampliada pela proposta de Macgregor (2015), que consubstancia a educação e o ativismo do consumidor como conceitos complementares, assim é possível apresentar no Quadro 4, essa relação entre o conceito de empoderamento do consumidor e temas complementares por meio de estudos publicados em periódicos de relevância acadêmica e impacto científico.

<b>Estudo</b>	<b>Autor e Revista</b>	<b>Complementaridade temática</b>
<b>Consumer empowerment in mental health organizations: Concept, benefits, and impediments</b>	Salzer, M. S. (1997). <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i>	Empoderamento e políticas de saúde
<b>Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions</b>	Corrigan, P. W., & Garman, A. N. (1997). <i>Psychiatric Services</i>	Empoderamento e psiquiatria
<b>Public services and the consumer: empowerment or control?.</b>	Gilliatt, S., Fenwick, J., & Alford, D. (2000). <i>Social Policy &amp; Administration</i>	Empoderamento e Serviços públicos
<b>The internet, consumer empowerment and marketing strategies</b>	Pires, G. D., Stanton, J., & Rita, P. (2006). <i>European Journal of Marketing</i>	Empoderamento e Estratégias de Marketing na Internet
<b>Consumption as voting: an exploration of consumer empowerment.</b>	Shaw, D., Newholm, T., & Dickinson, R. (2006). <i>European Journal of Marketing</i>	Empoderamento e boicote
<b>Consumer empowerment through internet-based co-creation</b>	Füller, J., Mühlbacher, H., Matzler, K., & Jawecki (2009) <i>Journal of management information systems</i>	Empoderamento e co-criação
<b>Empowerment through endorsement? polysemic meaning in Dove's user-generated advertising.</b>	Duffy, B. E. (2010). <i>Communication, Culture &amp; Critique</i>	Empoderamento e campanhas publicitárias
<b>Revisiting Consumer Empowerment: An Exploration of Ethical Consumption Communities</b>	Papaoikonomou, E., & Alarcón, A. (2017). <i>Journal of Macromarketing</i>	Empoderamento e comunidades de consumo
<b>VRM a technology of domination of self-The effects of vendor relationship management systems as tools for consumer empowerment</b>	Alvarez, M. (2017). <i>The Information Systems Student Journal,</i>	Empoderamento e Tecnologia

**Quadro 4:** Amplitude e complementaridade dos estudos sobre empoderamento do consumidor  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

Deste modo, a discussão que envolve o empoderamento em qualquer relação de consumo alcança inclusive o sentido da hipossuficiência, um termo jurídico, quando a consumidora não consegue reunir provas de que o dano sofrido foi causado pelo medicamento e o contesta quando as escolhas do consumidor são limitadas apenas pela falta de informação sobre o produto. Portanto, na relação de consumo analisada nessa tese, o empoderamento pode ser analisado como um processo, ratificando o que se propõe esta tese quando lança sua lente sobre a transição da vulnerabilidade para o empoderamento.

## **2.5. O processo de empoderamento do consumidor**

A compreensão de que o conceito de empoderamento do consumidor suplanta perspectivas que o definem apenas como poder de informação, resistência, controle, escolha ou soberania, tem no *mainstream* das suas pesquisas de fronteira a visão de que a experiência subjetiva que empodera o consumidor é muito mais do que a vivência ou a experimentação de um sentimento único por apenas um indivíduo.

A visão cultural discursiva de Papaoikonomou & Alarcón (2015) destaca o conceito de empoderamento como um processo coletivo, contudo reconhece a relevância da conexão entre os indivíduos, um contínuo que deve ser compreendido não apenas em relação ao consumo, mas quanto às formas de organização e experimentação social que estruturam o ato de consumir. Nesta perspectiva, o empoderamento caracteriza-se como um fluxo relacional que emerge da cooperação com os outros (Castells, 2011) e se configura como uma capacidade humana, não somente de agir ou de fazer algo individualmente, mas, principalmente, de unir-se de forma cooperativa e colaborativa a outros indivíduos para atuar em concordância com eles, orientados pelo entendimento recíproco (Arendt, 2010).

A perspectiva de poder de Arendt (2010) contribui para uma compreensão mais assertiva do processo de empoderamento do consumidor, constituindo-o como um estado relacional que não é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e existe apenas na medida em que o grupo conserva-se unido, esvaindo-se ao seu término. “Estar no poder” e “ter o poder” significa que esse fluido foi autorizado, consentido e legitimado pelo grupo para a ação coletiva empoderada em nome deste grupo.

O Empoderamento é entendido aqui um processo dinâmico e plural, de influência do que um ator faz sobre o que outro intende fazer (Dahl, 1957) e não caracteriza o próprio

poder, é um estado de concessão e transmissão de conhecimento, informação e controle de um indivíduo para o outro objetivando uma causa, uma ação ou propósito coletivo. Não se toma o poder, porque o poder constitui uma relação e empoderar é constituir bem-estar psicológico (Zimmerman, 1995; Castells, 2011).

Arendt (2001) afirma o empoderamento como “ação em concerto”, um processo que pode ser observado no âmbito do consumo como consequência de um encontro público em que o acordo e o consentimento possam emergir, espontaneamente, entre consumidores e empresas. Esse processo requer consentimento, apoio e livre troca de opiniões entre os pares onde a legitimidade do poder surge da junção dos indivíduos, fenômeno que ocorre em redes sociais *online* quando discursos são empoderados de consumidor para consumidor (Arendt, 2001; Boyd *et al.*, 2014; Papaoikonomou & Alarcón, 2015).

As redes sociais *online* dão origem a conexões conversacionais transformando o ciberespaço numa arena pública de comunicação, laços sociais, compartilhamento de experiências e ideias e difusão da informação (Lemos, 2009). Assim, no contexto do presente estudo, o empoderamento do consumidor representa a somatória das forças de poder de outros consumidores que se identificam com o discurso, a causa, a situação ou o objetivo comum. Um processo sinérgico de micropoderes compartilhados é constituído na rede sob as mais diversas possibilidades de interação entre os consumidores, facilitado pela eletrônica digital. Nesse sentido, a distribuição de poder é mútua, de indivíduo para indivíduo, consistindo em dinâmicas de consumo que objetivam um bem-estar compartilhado, sensação de justiça e equilíbrio no sistema de trocas (Huefner & Hunt, 2000). Contudo, é um processo instável, sem proprietário definido e que não pode ser visto apenas como uma espécie de transferência de poder das organizações para os consumidores, mas como um propósito de ação de consumidores em apoio, defesa e concordância com o que se quer empoderar (Hofmann & Novak, 2009; Boyd *et al.*, 2014).

Portanto, tal qual uma construção coletiva, empoderar em consumo é uma forma de organização social entre indivíduos sustentada por um sentimento relacionado à identificação, pertencimento, empatia, consentimento, apoio mútuo, cooperação, poder, legitimação, colaboração e ação coletiva. É um estado onde os participantes experimentam uma maior eficácia coletiva, materializada através das estratégias discursivas utilizadas nas redes de interação em fluxo capazes de uma mudança social (Rezabakhsh *et al.*, 2006; Papaoikonomou & Alarcón, 2015; Camilleri & Neuhofer, 2017). Observando-se a dinâmica das relações sociais e das formações discursivas nas redes digitais, por exemplo, podemos compreender

empoderamento do consumidor, ainda, como uma forma de experimentação social em torno do consumo, manifestando-se através da construção coletiva de espaços comuns (comunidades virtuais), práticas (reclamação e retaliação online) e discursos (Papaoikonomou & Alarcón, 2015).

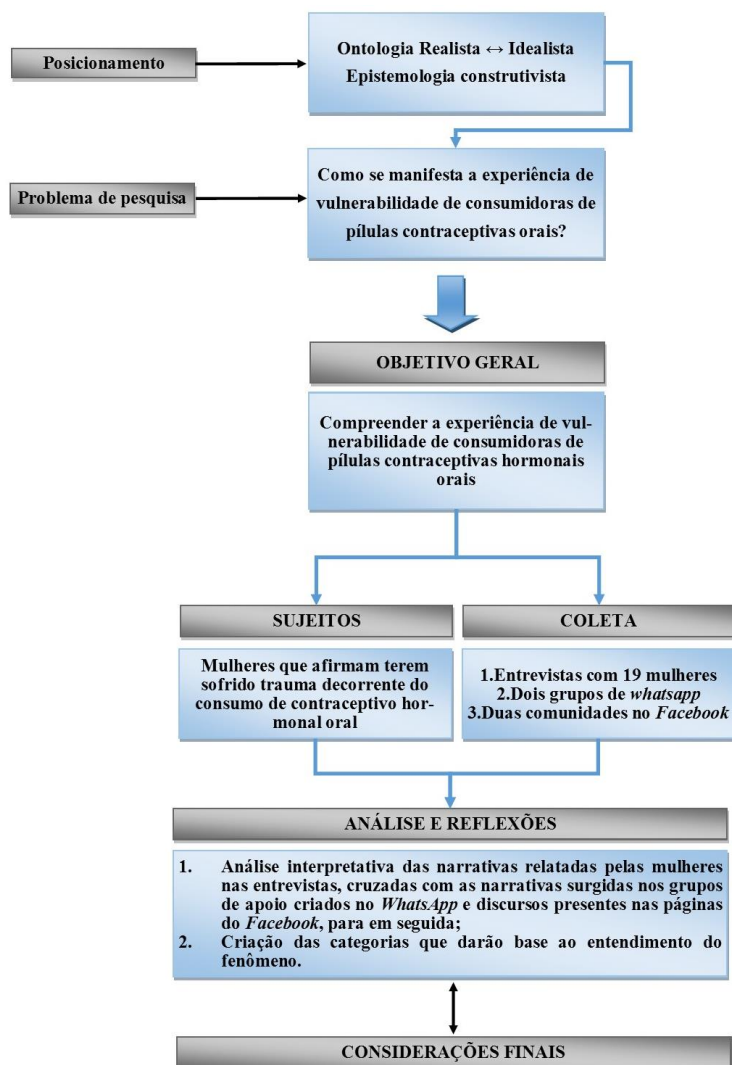
Assim, o processo de empoderamento do consumidor decorre das trocas de energia (curtidas, compartilhamentos, discursos, textos, imagens, ações, entre outras iniciativas) produzidas e co-criadas pelos consumidores, como forma de sustentação ou reforço ao “objeto” que se quer empoderar (Chathoth *et al.*, 2013; Camilleri & Neuhofer, 2017). É um estado que decorre de hábitos de cooperação e solidariedade entre consumidores, promove gestos e atitudes de apoio, partilha de experiências, mobilização cívica e ação coletiva através da criação de novos laços sociais colaborativos em rede (Lemos, 2009).

Sendo assim, os interesses, os valores e argumentos dos consumidores adquirem força coletiva capaz de confrontar o discurso e a ação dos demais agentes do mercado, sobretudo às corporações, tornando-se atores proativos no jogo da mudança social da sociedade e na transformação dos comportamentos (Micheletti & Stolle 2007; Papaoikonomou & Alarcón, 2015; Mcsahne & Sabadoz, 2015). E é nesse sentido que esta pesquisa percorre o caminho da vulnerabilidade ao empoderamento diante de uma situação de consumo, ao tratar esse percurso como um processo de transformação pelo qual o consumidor atravessa. Portanto se faz necessário entender como a Pesquisa Transformativa do Consumidor contribui como suporte para essa compreensão.

### **3. Método**

Nesta seção abordaremos inicialmente o percurso exploratório que levou a identificação do pesquisador com o tema, em seguida serão expostos os procedimentos de criação do *corpus* e coleta de dados, identificação dos sujeitos da pesquisa e os procedimentos e técnicas a serem utilizados para a análise dos dados. A Figura 4 ilustra o direcionamento metodológico adotado para execução do estudo.





**Figura 4:** Direcionamento metodológico da tese  
Fonte: Elaboração própria (2018)

Esta pesquisa adotou o paradigma interpretativo e, conseqüentemente seguiu seus critérios de execução para dar resposta à questão principal e aos objetivos. Dado que nesta pesquisa partimos do paradigma interpretativista, onde sua base ontológica, epistemológica e metodológica se fundamenta na construção social e nos significados dos grupos, consideramos que a realidade buscada pressupõe a experiência subjetiva dos indivíduos que a viveram (Burrell & Morgan, 1979), neste estudo, a experiência vivida por mulheres que sofreram algum trauma no consumo de pílulas contraceptivas hormonais. Desta forma, o

papel do pesquisador não é descobrir significados, pois sim, entendê-los a partir de como eles são construídos pelos indivíduos (Merriam, 2002; Patton, 2002).

Portanto, ao buscar compreensão sobre a experiência de vulnerabilidade de consumidoras de pílulas contraceptivas quanto ao consumo desse medicamento, o direcionamento desta pesquisa adota tal paradigma, onde a consideramos uma pesquisa interpretativa básica. Assim, os significados atribuídos às experiências vividas pelas mulheres são compartilhados de forma a permitir uma construção social pertinente ao fenômeno de consumo em estudo. Contudo, a partir do que define Merriam (2002), ao afirmar que, ambas baseadas na experiência, a pesquisa interpretativista básica difere-se da fenomenológica quando esta busca a essência da experiência, e aquela, pretende entender sua interpretação do seu significado.

Desta forma, não buscamos aqui entender a estrutura da experiência, característica da fenomenologia, pois isso levaria o estudo a campos do conhecimento relacionados às áreas da saúde e da medicina, e isso se daria, por exemplo, quando o estudo percorresse os fatos farmacêuticos, genéticos e medicinais envolvidos às causas do que aqui chamamos de gatilho: a trombose e a embolia pulmonar, por exemplo. Destarte, a lente se põe sobre a interpretação das mulheres quanto ao fenômeno que viveram

### 3.1. A coleta de dados: um breve relato exploratório

O primeiro contato com o tema desta tese se deu por meio de um documentário produzido pelo jornal britânico *The Guardian*, chamado [Sweetening the pill: Could some birth-control methods kill you?](#), em que o comercial foi veiculado via plataforma de mídia social

*Youtube*, o que despertou o interesse para um aprofundamento no tema dado a vivência deste pesquisador com estudos relacionados à danos de consumo.

O documentário traz entrevistas com pais e amigos de mulheres que faleceram por complicações relacionadas ao consumo de hormônios de controle de natalidade, ministrados principalmente via oral por pílulas, mas também por adesivos, dispositivos subcutâneos ou por via intravenosa. São exibidos dados de que alguns métodos farmacêuticos de contracepção podem ter efeitos colaterais mais perigosos do que o que já é percebido pelas consumidoras (Epstein & Lake, 2015).

No entanto, apesar de o curta-metragem trazer dados referentes apenas aos Estados Unidos, há fatos como o ocorrido na França, por exemplo, onde a Agência Nacional para a Segurança do Medicamento e Produtos de Saúde (ANSM), decidiu suspender o produto Diane 35 e respectivos genéricos por um prazo de três meses, dados os eventos ocorridos relacionados à mortes e danos (ANSM, 2013). No Brasil, diversas reportagens já tratam do assunto sob a perspectiva dos danos sofridos pelas consumidoras (Bezerra, 2015), bem como o tema do risco é debatido na Câmara dos Deputados desde 2015 (Alessandra, 2015; Sá, 2015).

Portanto, por empreendimento de pesquisa, foi iniciada uma busca na internet por mais informações, e plataformas como *Youtube* e *Facebook* trouxeram como resultados notícias, canais e comunidades com relatos e depoimentos de mulheres que haviam sofrido tanto efeitos colaterais mais leves como dores de cabeça e alteração de humor quanto danos mais graves, como embolia, trombose e acidentes vasculares.

Desta forma, o primeiro procedimento de busca de dados para esta pesquisa foi direcionado à duas páginas de comunidades existentes no *Facebook* que abordam o consumo de anticoncepcionais. Encontramos duas comunidades com intensa participação, com diversos relatos compartilhados sobre experiências de consumo deste medicamento, sendo elas positivas e negativas: **1) vítimas de anticoncepcionais, unidas a favor da vida** e **2) um veneno chamado anticoncepcional**. A plataforma *Facebook* foi escolhida pelo volume de informação que as comunidades de interesse produzem em texto, imagem e vídeo, sendo proprietários, que são produzidos na própria plataforma ou compartilhados a partir de outras específicas para tanto, como o *Youtube* e *Vimeo*.

No planejamento da pesquisa e na formulação do argumento ficou decidido a princípio que, para entender melhor o fenômeno, seria necessária uma pesquisa de campo onde seriam

ouvidos relatos sobre o consumo do medicamento. Inicialmente foram coletados relatos tanto de mulheres que não haviam experimentado nenhum dano mais grave quanto daquelas que sofreram os danos descritos nas comunidades virtuais, como trombose ou embolia, por exemplo, mas que usavam ou teriam usado o medicamento a pelo menos seis meses. A intenção era entender o processo de consumo, contudo conseguimos já nesse momento imergir no fenômeno.

Contudo, alguns relatos revelaram sintomas adversos como enxaqueca, ganho de peso e alteração de humor, todos apresentados na bula médica do medicamento, relatos semelhantes também foram compartilhados nas comunidades do *Facebook*. Além disso, as mulheres ouvidas na fase exploratória da pesquisa relataram não ter conhecimento sobre a possibilidade de danos ou quando sabiam, imaginavam ser um fato raro ou distante. Essas mulheres foram acessadas por meio do ciclo de amigos do pesquisador e consequentemente por indicação, configurando a técnica da bola-de-neve.

Outra forma de acesso foi por visita a postos de saúde onde já havia uma recomendação prévia de uma consumidora que trabalhava em um desses postos, o que facilitou acesso à outras consumidoras. Mais um fato acessado nessa fase de levantamento foi a prescrição do medicamento não apenas para motivos contraceptivos, mas para tratamento de problemas hormonais diversos e até como tratamento cosmético.

Constatamos que nos relatos, acessados na fase exploratória, havia uma constante alegação de falta de informação sobre os efeitos do consumo do anticoncepcional e possíveis danos à saúde, inclusive irreversíveis. Assim, de posse das pesquisas sobre vulnerabilidade do consumidor identificamos que haveria neste fenômeno, de fato, uma vulnerabilidade de consumo. Desta forma, buscamos no modelo conceitual do processo de vulnerabilidade e resiliência, proposto por Baker & Mason (2012) a base da fase seguinte da pesquisa: a construção do roteiro de entrevista e sua execução.

O modelo de Baker & Mason (2012) adaptado a esta pesquisa, onde as questões que compuseram o roteiro de entrevista se aplicam em três fases, em que a primeira relaciona-se às pressões que expõem as consumidoras ao consumo do anticoncepcional e consequentemente a levam ao evento gatilho, o dano. A segunda fase concerne ao estado de vulnerabilidade, quando ela se percebe como vulnerável; e a terceira remete ao estado de resiliência, quando o momento pós-choque a leva a tensões ideológicas. As fases das entrevistas aconteceram em um tempo, sem qualquer interrupção para a passagem de uma fase para outra, de forma que a entrevistada siga seu fluxo de pensamento nas respostas.

### 3.2. Sujeitos da pesquisa: as entrevistas com consumidoras que sofreram o trauma

A abordagem empírica utilizada para compreender o fenômeno da vulnerabilidade da mulher no consumo de anticoncepcionais foi a biográfica, valendo-se da análise da narrativa dos relatos de experiência coletados por meio de entrevistas a serem realizadas com mulheres adultas que vivenciaram algum dano causado pelo consumo da pílula anticoncepcional oral.

A narrativa como ferramenta científica, desenvolveu-se na linguística sob o objetivo de descrever a linguagem verbal humana (Orlandi, 1995), seja ela registrada em pinturas rupestres ou em filmes e telenovelas. Nessa pesquisa, a narrativa se desenvolve como reflexo da estrutura social, forma de estudo adotada pela Sociolinguística e, assim, os relatos foram coletados referentes a fatos vivenciados que geraram novas experiências e mudanças de comportamento nas mulheres que se perceberam vulneráveis no consumo dos anticoncepcionais.

O uso do método se justifica por aproximar-se da representação da experiência por meio de uma manifestação oral (Gancho, 1998), que forneceu os dados através de entrevistas relativas a um trauma na vida das depoentes causado pelo consumo do contraceptivo hormonal, esse fato traumático é denominado de **gatilho** por Baker & Mason (2012). O critério de seleção das participantes baseou-se no perfil de consumidoras de contraceptivos orais que sofreram danos temporários ou permanentes causados pelo medicamento e se dispuseram a relatar sua experiência com o medicamento, o episódio gatilho e seus traumas de forma espontânea, o que Gibbs (2009) denomina como autobiografia explícita.

Esta fase de coleta de dados buscou o alcançar os dois primeiros objetivos específicos deste estudo: *analisar* os fatores relacionados à situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas pelas consumidoras de anticoncepcionais e *compreender* como as mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas orais obtêm informação sobre o uso desse medicamento.

As participantes foram contactadas pelos meios a saber: 1) comunidades do *Facebook* quando solicitamos associação e imediatamente informamos sobre a pesquisa, onde conseguimos **seis** entrevistas, 2) visitas à postos de saúde, onde profissionais da saúde nos direcionaram ao contato com mulheres consumidoras, e a partir desse contato estabelecemos o filtro do trauma, momento em que a técnica de bola de neve se fez presente e resultou em

**oito** entrevistas, e 3) grupos de mensagens do aplicativo *Whatsapp*, onde as participantes manifestaram interesse em contribuir com seus relatos e foram realizadas **duas** entrevistas, e por 4) Ciclo de amizade, em que a técnica de bola de neve se fez válida em **três** entrevistas.

Das entrevistas realizadas nessa fase, compondo um total de 19 relatos, 12 foram presenciais e 4 foram feita via Skype e 3 via plataforma *Appear.in*, uma ferramenta online que permite videoconferências e se mostrou mais estável do que o o Skype no momento da pesquisa. Os detalhes das coletas e dos sujeitos participantes desta fase estão expostos no Quadro 5, ordenadas segundo o critério cronológico de realização das entrevistas.

Participante Estado Civil	Evento(s) traumáticos(s)	Idade no momento do truma	Origem demográfica	Fonte e meio de coleta	Objetivo de uso
<b>PART1</b> (Casada)	Trombose venosa cerebral e acidente vascular cerebral	23	SP	Entrevista via Skype	Contraceção
<b>PART2</b> (Casada)	Embolia pulmonar	26	PB	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART3</b> (Solteira)	Trombose venosa cerebral	32	PB	Entrevista Presencial	Tratamento Médico
<b>PART4</b> (Divorciada)	Embolia pulmonar e Trombose e pulmonar	35	PE	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART5</b> (Casada)	Trombose venosa cerebral	27	RJ	Entrevista via Appear.in	Contraceção
<b>PART6</b> (União estável)	Acidente vascular cerebral isquêmico	22	SP	Entrevista via Skype	Tratamento Médico
<b>PART7</b> (Casada)	Embolia pulmonar e trombose no membro inferior esquerdo	26	RS	Entrevista via Skype	Contraceção
<b>PART8</b> (Casada)	Trombose venosa cerebral	37	PI	Entrevista Presencial	Tratamento Médico
<b>PART9</b> (União)	Trombose venosa cerebral	23	RN	Entrevista via Skype	Contraceção

estável)					
<b>PART10 (Solteira)</b>	Trombose pulmonar	43	PB	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART11 (Solteira)</b>	Acidente vascular cerebral isquêmico	20	PI	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART12 (Divorciada)</b>	Trombose venosa cerebral	34	MA	Entrevista Presencial	Tratamento Médico
<b>PART13 (União estável)</b>	Trombose pulmonar	34	PB	Entrevista Presencial	Tratamento Médico
<b>PART14 (Casada)</b>	Embolia pulmonar	23	CE	Entrevista via Appear.in	Tratamento Médico
<b>PART15 (Casada)</b>	Trombose no membro inferior esquerdo	39	PI	Entrevista Presencial	Tratamento Médico
<b>PART16 (Casada)</b>	Trombose venosa cerebral	27	PB	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART17 (Solteira)</b>	Acidente vascular cerebral isquêmico	31	PI	Entrevista Presencial	Contraceção
<b>PART18 (União estável)</b>	Embolia pulmonar	19	SE	Entrevista via Appear.in	Tratamento Médico
<b>PART19 (Casada)</b>	Trombose	27	PB	Entrevista Presencial	Contraceção

**Quadro 5:** Descrição social e demográfica das participantes da pesquisa por trauma, idade, forma de contato e fonte de coleta.

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2017 e julho de 2018, onde a mais longa durou 1 hora e 47 minutos e a mais curta 53 minutos. Quando realizadas de forma presencial, as entrevistas aconteciam em ambiente escolhido pela própria participante, geralmente na sua residência (10 entrevistas), porém, as demais (2 entrevistas) aconteceram em outros ambientes, sendo uma realizada num hospital privado e outra em um posto de saúde. Para tanto o roteiro utilizado (Apêndice B) seguiu o modelo proposto por Baker e

Mason (2012), buscando entender desde as pressões exercidas sobre a consumidora à sua adaptação pós-choque, compreendendo, principalmente a sua experiência de vulnerabilidade.

No entanto, as entrevistas continham momentos de demonstração de emoção, acarretando em choro em muitas delas. Desta forma, consideramos no início um procedimento de *rapport*, que ajudou na melhoria das perguntas a partir as entrevistas iniciais e permitiu que as participantes se sentissem à vontade para fornecer o máximo de informação possível sobre sua experiência de consumo, mesmo quando traumática.

Inicialmente, as entrevistas incentivavam as participantes, de forma aberta, a fornecer informações pessoalmente significativas no início do processo de consumo da pílula, negativas ou positivas, nesse momento os relatos traziam as primeiras impressões sobre o medicamento, que percebemos como marcantes para as consumidoras. Em seguida, o *rapport* permitia que as participantes compartilhassem os eventos de maior significância para elas durante o período em que consumiu a pílula, onde pudessem descrever episódios positivos e negativos. As narrativas eram inicialmente livres, sendo estimuladas apenas para recuperação de memórias, para em seguida, quando há a percepção de um relacionamento de confiança tácito entre entrevistador e entrevistado, darmos início às perguntas do roteiro semi-estruturado, o que acontecia de forma fluida e sem que houvesse uma quebra de sessão.

Após a formulação do roteiro de entrevista houve a solicitação de associação à comunidade e com a aceitação pelas administradoras do grupo divulgamos um convite para participação na pesquisa, explicando origem do estudo, objetivos e esclarecendo a confidencialidade das identidades. Assim, a fase de entrevistas foi realizada com mulheres que sofreram algum evento danoso à sua saúde comprovado pela sua equipe médica como causado pelo consumo do anticoncepcional. Essas entrevistas foram analisadas por meio da interpretação dos discursos e seus sentidos relativos às experiências, onde os dados foram explorados, divididos em categorias e interpretados. A Figura 5 ilustra a construção do roteiro adotado para as entrevistas após o procedimento de *Rapport*.





**Figura 5:** Proposta de formulação do roteiro de entrevistas adotada  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

Como consequência da associação aceita pelos grupos do *Facebook*, suas administradoras, que se conhecem e mantêm contato constante, estabeleceram contato privado com este pesquisador e sugeriram associação a dois grupos existentes no aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* que tratam do tema. A princípio essa plataforma não se configurava como fonte de dados, contudo, as interações existentes passaram a compor o *corpus* desta pesquisa.

A justificamos a escolha da entrevista como um dos métodos de coleta pela necessidade de entender a situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas pelas consumidoras de anticoncepcionais. Desta forma, tal método capturou os relatos a serem analisados para se responder o primeiro, o segundo e o terceiro objetivos específicos desta pesquisa.

### 3.3. A contribuição do aplicativo móvel *Whatsapp* na coleta de dados

Em consequência do contato com essas mulheres fomos adicionados a dois grupos criados no aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp*: **1) Anticoncepcional, um veneno** e **2) Vencendo a trombose**. Tais grupos foram criados com o objetivo de compartilhar apoio psicológico, técnico e emocional e possuem 89 e 67 mulheres respectivamente, além de outros interessados no tema, como detalhado no Quadro 6. O tempo de participação nesses grupos foi determinado pelo período de coleta de dados da tese e a nossa entrada foi acordada com suas respectivas administradoras.

Nome do Grupo	Quantidade de Membros	Sexo do Membro		Média diária de mensagens	Volume de dados textuais gerados
		Homem	Mulher		
Anticoncepcional, um veneno	89	6	83	83	1,77 Mb
Vencendo a trombose	67	3	64	72	1,62 Mb

**Quadro 6:** Descrição da dinâmica dos grupos de *whatsapp* fontes de dados da pesquisa  
Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A dinâmica do grupo compreendia principalmente relatos vivenciados sobre os traumas, onde eram discutidas as dificuldades e as limitações enfrentadas como a aquisição de medicamentos, incapacidade de locomoção, dilemas pessoais e familiares e a mudança no estilo de vida. No entanto, havia mensagens também com momentos de distração e descontração, e mensagens de motivação e apoio, essas mensagens eram acompanhadas por vídeos, áudios e imagens afetivas e de apelo emocional. Os dados considerados para análise foram apenas os textuais, sendo excluídas aquelas mensagens acompanhadas por vídeos, áudios e imagens fora do contexto da pesquisa. Isso gerou um volume total de dados de 3,9 megabytes de texto, armazenados em 213 páginas no total, em arquivos de formato .docx, somados os dados dos dois grupos.

Cabe destacar que, antes da associação, as participantes foram avisadas da nossa inclusão no grupo e o seu objetivo, e nos foi relatado pelas administradoras que não houve impedimentos ou posições contrárias. Após a associação, nos apresentamos, divulgando

**Formatado:** Fonte: 11 pt, Português (Portugal)

**Formatado:** Cor da fonte: Automática

**Formatado:** Fonte: 11 pt, Português (Portugal)

**Formatado:** Cor da fonte: Automática

dados de origem do pesquisador, da pesquisa, seus objetivos e o convite para a entrevista, deixando explícito os termos de confidencialidade.

Nos dois grupos há participantes dos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Piauí, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso, Minas Gerais e Bahia. Após apresentarmos o objetivo da pesquisa no grupo as respostas foram receptivas e as participantes se dispuseram a conceder entrevistas via *Skype* e via *Appear.in* de forma que pudessem ser adequadas ao seu cotidiano.

Após 9 meses de coleta de dados, observação e participação na dinâmica dos grupos como membro, foi acordado com as suas administradoras que seríamos desvinculados. Dois motivos foram determinantes para essa decisão; o primeiro deles diz respeito à privacidade das participantes, que em certos momentos trocavam mensagens íntimas que não eram de interesse da pesquisa. O segundo motivo foi a quantidade de dados gerados, considerada suficiente para o estudo naquele momento, dado que o aplicativo permite salvar os diálogos para análise posterior, onde filtramos o que era de interesse daquilo que se configurava como ‘descartável’, gerando assim, 40 e 47 páginas de diálogo úteis para análise, respectivamente para os grupos **Anticoncepcional, um veneno** e **Vencendo a trombose**.

Estas duas fontes de dados, entrevistas e discursos gerados nos grupos do *Whatsapp*, foram consideradas dois de um total de três subconjuntos de dados a formarem o *corpus* desta pesquisa e tiveram seus dados analisados com objetivo de categorizar e compreender o que está por trás dos discursos. O terceiro subconjunto a compor o *corpus* são dados que foram minerados dos relatos compartilhados nas páginas do *Facebook* que tratam do tema onde foram aplicadas técnicas de *Data Mining* e Análise de Opiniões.

Os dados textuais das entrevistas foram apresentados nas análises na forma em que foram gerados obedecendo as falas de acordo com a transcrição, a apresentação dos diálogos e relatos coletados do *Whatsapp* também se deram seguindo o mesmo critério, considerando o uso de emoticons quando ocorrido na fala. Já os diálogos e relatos coletados do *Facebook* foram identificados primeiramente na extração realizada na mineração, para em seguida serem localizadas nas páginas de acordo com seu alinhamento com as categorias emergidas. Desta forma, sua apresentação foi feita por meio do *print screen* do discurso resguardando a identidade da consumidora.

A escolha da utilização do aplicativo *Whatsapp* como uma fonte de coleta é justificada, principalmente pelo objetivo a que se propõem os grupos nele criados. Os relatos

são espontâneos e espelham a experiência das consumidoras em tempo real, pois muito do que ainda é vivido e sentido é compartilhado no mesmo momento, gerando relatos a serem analisados na busca pela resposta ao segundo, terceiro e quarto objetivos desta pesquisa.

### 3.4. A mineração dos discursos no *Facebook* como forma de coleta

A escolha da plataforma de mídia social *Facebook* tem relação com sua popularidade, número de usuários e conseqüentemente o volume de texto produzido, e as páginas selecionadas para compor a fonte de dados produzem texto suficiente para serem analisadas sob a lente de estudo desta tese. São mensagens espontâneas, onde os membros das comunidades exprimem suas emoções voluntariamente postando experiências de vida, comentando as experiências uns dos outros e compartilhando aquilo que sentem no momento da postagem.

Contudo, consideramos nesta parte do estudo e coleta de dados, as variações de comportamento de usuários, que podem mudar de acordo com algum fato extemporâneo como uma nova regulação médica ou mesmo alguém que possa ter obtido somente benefícios com o uso do medicamento e repentinamente ter sofrido algum dano. Esses dados foram analisados com procedimentos interpretativos de análise, usados para entender a partir dos discursos, as experiências dos indivíduos quanto ao fenômeno (Larkin, Larson & Clifton, 2006).

É um direcionamento de análise adotado como forma de triangulação da pesquisa concernente às suas fontes de coleta de dados, para que fossem analisados os discursos sobre o medicamento e as experiências vividas durante seu consumo, pois, mesmo que os discursos nas entrevistas e nos grupos do *Whatsapp* possam trazer relatos de experiências negativas, há o reconhecimento dos benefícios do medicamento e narrativas de melhoria de qualidade de vida por parte de algumas consumidoras. E consideramos aqui que isso pode acontecer nas três fontes de coleta.

A escolha da mineração de dados do *Facebook* se justifica pelo entendimento de que esta plataforma abre espaço para manifestações de apoio, ativismo e compartilhamento de informações e emoções quanto ao fenômeno em estudo, também refletindo as experiências vividas porém de maior alcance e menos pessoal do que acontece pelo *whatsapp*. Contudo, ao buscar responder o último objetivo específico desta tese, buscaremos explicar como a opinião

nos discursos se manifesta em relação aos medicamentos contraceptivos, se há aspectos positivos ou negativos e em que cada uma se exprime a partir do que se viveu.

Dito isto, a captura das informações nos grupos do *Facebook* se deu pelo fato de serem grupos públicos, e a plataforma permite a coleta de um grande número de relatos gerados pelos mais diversos perfis que, de alguma forma, se identificam com o fenômeno em estudo. Para tanto, é necessário mapear o grupo analisado, procedimento descrito na seção a seguir.

#### 3.4.1. Mapas descritivos da coleta no *Facebook*

Nesse estudo utilizamos a técnica de mapas descritivos para dar entendimento sobre quais são os dados disponíveis quanto aos grupos analisados para esta tese no *Facebook* como ambiente de pesquisa, sendo eles o social, o espacial e o temporal, desta forma, o Quadro 7 traz um detalhamento de cada um desses mapas, a saber.

MAPA		Variáveis de Interesse		
<b>Social</b>	<b>Quantidade de perfis relacionados</b>	<b>Diversidade</b>	<b>Hierarquização</b>	<b>Interação</b>
1) Vítimas de anticoncepcionais: unidas a favor da vida	1082 ativos 153 mil seguidores	Feminino: 96% Faixa etária de 16 a 68 anos	Perfis hierarquizados em função do comportamento ativista	Frequência instantânea de interação a cada postagem com informações educativas e relatos de apoio.
2) Um veneno chamado anticoncepcional	774 ativos 105 mil seguidores	Feminino: 94% Faixa etária de 15 a 56 anos	Perfis hierarquizados em função das administradoras e das informações compartilhadas	
<b>Espacial</b>	<b>Características do ambiente</b>	<b>Tipos de postagens</b>	<b>Tipos de Interação</b>	<b>Delimitação das redes</b>
1) Vítimas de anticoncepcionais: unidas a favor da vida	Grupo aberto descrito como comunidade focado em apenas um tema	Compartilhamento de imagens e vídeos educativos, relatos pessoais da experiência, relatos de apoio.	Compartilhamento de postagens, marcações de consumidoras amigas, comentários, relatos e	Sociocentrados
2) Um veneno chamado	de discussão			

anticoncepcional		conversações.		
Temporal	Rotina de postagens	Tempo de existência	Influências externas	Perspectiva temporal
1) Vítimas de anticoncepcionais: unidas a favor da vida	Postagens de frequência alternada, períodos semanais e diário.	4 anos Rede madura Nascida para apoiar uma causa	Influência da mídia, das regulações, da indústria farmacêutica e de categorias profissionais relacionadas direta e indiretamente ao tema	Não tende a desaparecer
2) Um veneno chamado anticoncepcional	Dependente de novos fatos e notícias	5 anos Rede madura Nascida para apoiar uma causa		

**Quadro 7:** Mapas descritivos das comunidades analisadas nesta tese

Fonte: Elaboração própria (2018)

O Quadro 7, traz os principais mapas construídos para detalhar o perfil das comunidades que tratam da causa relacionada ao consumo do anticoncepcional e os traumas relatados, a coleta dos dados se deu por meio de algoritmos especializados de ‘raspagem de dados’ configurados nas linguagens de programação Python e R, acontecida até o mês de junho quando o Facebook alterou a política de extração de dados por meio da sua API (*Application Programming Interface*).

O mapa social se refere a uma breve descrição demográfica da rede, relacionados aos perfis e às características dos sujeitos da pesquisa, considera a quantidade de perfis, se os perfis podem ser identificados por nomes, apelidos ou anônimos, os grandes temas debatidos pelos perfis, se existe hierarquização dos perfis, se existe diversidade de gênero, se algum domina, faixa etária, os perfis interagem entre si, são sempre os mesmos perfis que dominam a discussão ou há perfis novos. Caracteristicamente, o mapa social das duas redes são semelhantes, além da predominância de mulheres no temas, a identificação dos seus perfis se dá de forma fácil porque elas utilizam suas páginas pessoais para interagir com página e entre si, e dispor seus relatos.

O mapa espacial concerne à descrição sobre as características do ambiente, quais os tipos de postagens existem na rede, se as pessoas se comunicam por texto, imagem, filmes. Refere-se também aos tipos de interação, comentários, compartilhamentos e curtidas. O ambiente das duas redes tem por característica ser aberto, não precisam de autorização para se associar, permitindo começar a viver no espaço. A delimitação das duas redes é sociocentrada

dado que buscam representar uma estrutura social relacionada ao fato de a pílula anticoncepcional ser a causadora dos danos descritos nos relatos.

No que mapa temporal descrevemos o aspectos relacionados ao tempo do ambiente, rotina de postagens, histórico e tempo de existência da rede. As duas redes são consideradas redes maduras, nascidas em contexto de ativismo e causa social que envolve processos de conscientização de consumo por meio de informações compartilhadas. O tema não é uma questão volátil, o que faz das comunidades agrupamentos que podem ter duração ilimitada, sofrem influência legal e industrial principalmente quando ações institucionais são tomadas quanto ao consumo, produção e comercialização de métodos contraceptivos hormonais.

Quanto a veracidade das informações, é importante atentar que a rede não aparenta conter uma quantidade significativa de perfis falsos ou criados apenas para acompanhar a discussão. Isso considera a sinceridade como valor e crença, pois desligar as relações são mais fáceis, isso propicia autenticidade e proteção quanto a relação.

A captação da coleta de dados por meio de ferramentas é uma forma de economizar tempo, elas já deixam os dados configurados para tratamento na maioria das vezes. Contudo, as restrições das APIs (application programming interface), um padrão de informação que dá acesso a plataforma, uma interface por meio da qual podemos coletar dados das mídias sociais. Dela coletamos as informações de interesse. Se a API é muito fechada a coleta fica mais manual, assim é preciso definir que dados podem ser coletados automaticamente, como dados em grande volume (tempo de postagens, quantidade, volume de postagens e textos) e quais manualmente, como os relatos que convergem com as categorias emergidas nas entrevistas.

No que concerne aos procedimentos de extração e limpeza, serão considerados para análise apenas os textos que trouxeram relatos de experiências vivenciadas no consumo do anticoncepcional, sejam elas oriundas de narrativas de benefícios ou quaisquer danos sofridos, onde os textos contenham palavras e expressões que representem explicitamente essas experiências.

### 3.5. Formulação do corpus: procedimentos de extração, limpeza e categorização dos dados

O *corpus* total deste estudo conta com três fontes de coleta de dados, a saber: 1) entrevistas realizadas com mulheres consumidoras do medicamento contraceptivo hormonal que passaram pelo evento gatilho da vulnerabilidade, 2) Diálogos gerados em grupos criados no aplicativo de mensagens *Whatsapp* como comunidade de apoio entre as mulheres que passaram por problemas no consumo do anticoncepcional, e 3) Comunidades do *Facebook* criadas por mulheres que sofreram danos causados pelo consumo de contraceptivos hormonais.

Ou seja, duas das fontes de dados vieram de coletas eletrônicas, desta forma, para este tipo de coleta, foram usados apenas os dados extraídos dos discursos compartilhados nas páginas das comunidades criadas na plataforma *Facebook*. Para a extração foi utilizado um algoritmo específico de *Web Scraping* disponível em pacotes do Software R configurado para se conectar com as páginas das comunidades e extrair os discursos em forma de dados não-estruturados.

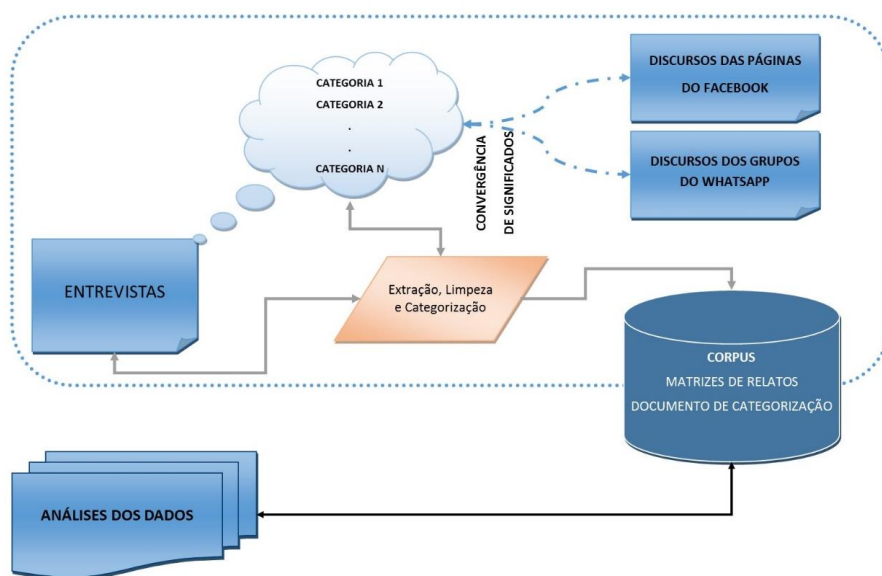
Considerando que os dados extraídos das páginas do *Facebook* não são estruturados, ou seja, os textos são gerados de forma livre e sem uma maior preocupação com formatação, formalidades gramaticais e léxicas, os procedimentos de limpeza e organização para análise foram direcionados a excluir palavras ou trechos de relatos sem conteúdo informativo de interesse para as análises e objetivos da pesquisa, foi feita também a extração de palavras escritas em outros idiomas que não o português e exclusão de números, *tags* e textos em linguagem *HTML* (Tirunilai & Tellis, 2014).

Após extração e limpeza, as unidades textuais restantes foram organizadas em categorias relativas aos significados expressados nos relatos sobre a experiência de consumo e condizentes com o que emergiu nas entrevistas, inicialmente dispostas de acordo com a data e o tema discutido na postagem realizada na página. A matriz de relatos foi criada com as sentenças extraídas tanto das comunidades do *Facebook* quanto dos diálogos gerados pelos



grupos no *Whatsapp*, dispostas em colunas de acordo as categorias geradas nas postagens, e cruzadas com as análises realizadas nas entrevistas.

Um relatório principal, denominado de documento de categorização foi criado com base nas matrizes de relatos, onde neste relatório foram avaliadas por meio de congruência de significados as entidades de interesse para a pesquisa, no caso desta tese, a saber: a experiência com o medicamento anticoncepcional e o gatilho, este sendo o fato gerador da vulnerabilidade, como a trombose e a embolia, por exemplo. Os procedimentos relativos a esta seção da pesquisa podem ser visualizados na Figura 6.



**Figura 6:** Etapas do procedimento de extração, limpeza e categorização dos dados  
Fonte: Elaboração própria (2018)

Como proposto por Wiebe, Bruce & O'Hara (1999), a subjetividade dos relatos extraídos das entrevistas foi categorizada de duas formas: uma objetiva, referente a qualquer informação factual expressa nos textos, e uma subjetiva, onde foram expressas as emoções, julgamentos e crenças dos sujeitos que geraram o texto, ambas demonstradas nas matrizes de relatos. Os documentos de categorização gerados a partir da coleta tiveram sua classificação definida de acordo com o sentido e significado expressos e identificados nos dados extraídos. Isso, formou o *corpus* do estudo, principal fonte de análise desta tese.

Para cada procedimento exposto na Figura 6 há ao menos uma tarefa a ser executada para que a base de dados esteja pronta para as análises. São ações que foram realizadas em nível de documento, diretamente nos dados textuais, e foram expostas à execução de algoritmos preparados especificamente para identificação das particularidades do idioma, conversão de *emoticons* em texto, detecção de interjeições, advérbios e adjetivos, e principalmente atribuição de escores às sentenças e palavras. Essas etapas buscam identificar, ao fim, quando os escores são atribuídos, a emoção representada naquele texto compartilhado e seu peso.

Contudo, destacamos aqui que apesar de as experiências das entrevistadas serem negativas quanto às consequências, nas páginas das comunidades no *Facebook* há relatos de benefícios adquiridos com o uso do medicamento. Por isso, se faz necessário a aplicação da análise de sentimentos para compreensão das opiniões e emoções que envolvem esse consumo, negativas ou positivas.

### 3.6. Os procedimentos analíticos desta tese: a convergência entre o *online* e o *offline*

A experiência de um indivíduo é manifestada pelos sentimentos relativos a ela expressados por ele, e as mídias sociais funcionam como um mecanismo de compartilhamento dessas experiências (Munar & Jacobsen, 2014). Muito do que acontece na vida é registrado nas redes sociais *online*, em forma de vídeo, de texto, imagens e símbolos, como os *emoticons* (Pak & Paroubek, 2010), sempre relativos ao que se gosta, o que se ama ou odeia, e inclusive sentimentos concernentes a experiências de consumo.

Essas experiências de consumo permitem a comunicação entre indivíduos quando seus discursos transitam do que foi vivenciado para o que será compartilhado, formando implicações sociais que modificam os padrões de expressão das emoções. Portanto, este estudo considera que há um alinhamento nos discursos quanto ao fenômeno estudado, e isso ajuda a preservar os laços entre as participantes dos grupos analisados (Sade-Beck, 2004).

Assim, nesta tese, a análise interpretativa dos discursos, gerados tanto em meio físico (entrevistas) quanto em meio virtual (redes sociais) buscou captar os significados daquilo que foi vivenciado. Foram coletados os discursos de duas comunidades onde os relatos são gerados na plataforma de mídia social *Facebook*, em duas páginas que tratam do tema desta pesquisa: as consequências do consumo de medicamento contraceptivo hormonal. As páginas

são: **1) Vítimas de anticoncepcionais: unidas a favor da vida**, com 149.187 curtidas e 147.837 seguidores, e **2) Um veneno chamado anticoncepcional**, com 105.628 curtidas e 105.539 seguidores, no momento em que esta pesquisa é realizada.

A mídias sociais *online* são fonte de diversos estudos no campo do comportamento do consumidor, abrangendo temas como boicote (Makarem & Jae, 2016), sentimento quanto às marcas (Mostafa, 2013) e vendas de *smartphones* (Liang *et al.*, 2015), no *Twitter*, *Facebook* e nas próprias páginas de e-commerce onde os produtos são ofertados. Nessas pesquisas, a principal fonte de dados são os textos gerados pelos usuários, como as *reviews*, reclamações e dúvidas surgidas e solucionadas. E todos esses estudos possuem, na experiência de consumo vivida, um ponto de partida que não está no meio virtual.

Considerando que, o que as pessoas postam nas redes sociais são mais parecidos com a fala do que com a escrita, a emoção e a imprecisão dos relatos faz com que haja pouca ou nenhuma semelhança de sentimento entre o que é expresso em um texto jornalístico e *reviews* de bens e serviços ou aquilo que é compartilhado em redes sociais *online* (Tan *et al.*, 2011; Balahur, 2013). Assim, nesta pesquisa utilizaremos a lente do que propõem Larkin & Thompson (2012), de que para entender o fenômeno ao qual se interessa esta tese precisamos de uma imersão linguística, relacional, cultural e física em que uma abordagem idiográfica se faz preponderante, e que o acesso à experiência deve ser pensado por meio de um processo de construção subjetiva do significado.

Nesta tese as análises foram além do discurso e suas expressões subjetivas, positivas ou negativas, pois muitos outros tipos de subjetividade também foram consideradas com base nos estudos de marketing, comportamento de consumo e principalmente na pesquisa transformativa do consumidor. Embora extensivos, alguns termos e expressões que podem remeter aos construtos concernentes à vulnerabilidade e empoderamento do consumidor foram fonte de extração, tratamento e investigação.

### 3.7 Validade e Confiabilidade da Pesquisa

Segundo Ullrich, Oliveira, Basso & Visentini (2012), a confiabilidade e a validade na pesquisa qualitativa perpassam por critérios filosóficos, conceituais e procedimentais, que concernem à dinâmica sociohistórica da própria pesquisa qualitativa, seu aporte teórico e seus critérios de execução e verificação, respectivamente. Essa verificação já havia sido descrita por Merriam & Tisdell (2015) como uma forma de reprodutibilidade da pesquisa. Neste estudo os procedimentos de validade e confiabilidade adotados estão expostos no Quadro 8.

Prática	Critério	Execução
	Participação na pesquisa: entrevistas, engajamento e voluntariado. (Merriam, 1998)	Após nossa associação às páginas dos grupos no Facebook, informamos da pesquisa e imediatamente voluntárias se ofereceram para participar, bem como fomos convidados a participar dos grupos de apoio no <i>WhatsApp</i> . Foram realizadas sete (7) entrevistas por meio de aplicativos de videochamada, onde o contato foi realizado via redes sociais online, destas, quatro (4) foram acertadas via <i>Facebook</i> e três (3) via <i>WhatsApp</i> . Das 12 entrevistas presenciais, sete (2) foram acertadas via <i>Facebook</i> e cinco (5) por meio de conversa via <i>WhatsApp</i> .
Confiabilidade	Triangulação de coleta (Patton, 2002; Flick, 2006)	O <i>Corpus</i> formado por três fontes de coleta: entrevistas, páginas no <i>Facebook</i> e grupos no <i>WhatsApp</i>
	<i>Member Cheking</i> (Harper & Cole, 2012; Harvey, 2015)	Foram retornadas às entrevistas um resumo com as categorizações emergidas e as interpretações do pesquisador nas análises. Apêndice D Junto foi entregue um questionário de validação do <i>Member Cheking</i> por meio de escala de concordância.
	Densidade descritiva (Booth & Segon, 2009; Merriam,	As situações e os procedimentos foram detalhadamente descritos, os espaços foram detalhados e as categorias de análise foram evidenciadas.

	1998)	
	Saturação teórica (Fontanella, Luchesi, Saidel, Ricas, Turato & Melo, 2011)	As perguntas do roteiro de entrevista e as categorias de análise possuem suporte teórico para discussão.
	Reflexividade (Lapiérre, 2008)	O estudo é analisado e articulado com a realidade social onde foi conduzido. Houve um alinhamento entre sua situação histórico-social e as escolhas de pesquisa do pesquisador, o que permite o reconhecimento das possibilidades teórico-empíricas da análise.
	Diário de análise (Rolfe, 2006; Noble & Smith, 2015)	Memorandos analíticos criados a partir das entrevistas e das visitas aos postos de saúde. Deles surgiram direcionamentos condizentes com a categorização apresentada neste estudo, apontando para uma forma de triangulação. Se caracterizaram por reflexões baseadas no que foi observado em campo e elucidado em teoria.
	Construção do <i>Corpus</i> (De Paiva Júnior, De Souza Leão & De Mello, 2011)	O <i>corpus</i> foi construído com base numa coleta triangulada, com base em três fontes de produção de significados.
<b>Validade</b>	Diário de análise (Rolfe, 2006; Noble & Smith, 2015)	As categorias finais emergidas no estudo triangularam com resultados prévios de análises exploratórias conduzidas por meio dos diários de análise, construídos por meio de observações realizadas nos ambientes físico e virtual, hospitais, clínicas e postos de saúde, e comunidades da rede social online <i>Facebook</i> .
	<i>Rapport</i> (Esterberg, 2002; Mallozi, 2009)	A entrevista se iniciou com uma conversa sobre o fenômeno e a proximidade do pesquisador com o tema, dando liberdade à participante para falar da história de vida relacionada ao consumo do medicamento.
	Revisão por pares (Cresswell & Miller, 2000)	O capítulo referente à análise dos dados e discussão dos resultados foi submetido ao crivo de três pesquisadores doutores especialistas em pesquisa qualitativa, aos quais foi submetido um instrumento de avaliação sobre os achados e as interpretações, avaliando a adequação das categorias aos excertos de discursos exibidos por meio de um instrumento de avaliação presente no Apêndice C.
	Surpresa (De Paiva Júnior, De Souza Leão & De Mello, 2011)	Categorias emergiram dos discursos e trouxeram contribuições para a teoria e o senso comum, modificando a maneira de pensar do pesquisador.

**Quadro 8:** Validade e confiabilidade da pesquisa realizada para esta tese  
Fonte: Elaboração própria (2018)

Os critérios de confiabilidade na pesquisa qualitativa expõem a necessidade de uma aproximação mais precisa da realidade, contudo sua complexidade considera posicionamentos epistemológicos e ontológicos, por isso, cabe destacar que a reflexividade se posiciona como um dos critérios ao representar uma forma de desapego ao método na busca pelo entendimento da estrutura social a que envolve o fenômeno ( Holloway & Todres; 2003, Rouslton, 2010). Por se apresentar como um critério aparentemente não tão operacional de confiabilidade como os demais, a reflexividade neste estudo se destaca ao propiciar que o pesquisador lance mão das crenças características do fenômeno, o que permite a emergência das categorias de análise que dão base ao argumento aqui construído.

Quanto ao critério de validade na pesquisa qualitativa, consideramos a proposta de Kirk & Miller (1986), na busca pela validade aparente, referente à resposta que o método traz condizente com o esperado. Os autores abordam a validade instrumental, que combina os dados fornecidos pelas três fontes de coleta utilizadas nesta tese, que convergiram para as mesmas categorias, além da validade teórica, que legitima as categorias emergidas nas teorias existentes.

O procedimento de *Rapport* foi adotado seguindo a sugestão de Esterberg (2002), que afirma que ao expor algo sobre si mesmo, o pesquisador conquista a confiança do entrevistado. Desta forma, o início de cada entrevista era caracterizado por uma conversa aberta sobre o tema, onde relatamos nossa proximidade com o tema, o porquê de pesquisá-lo e como a fase exploratória se deu, em seguida a participante era instigada a falar abertamente sobre seu histórico com o consumo do medicamento, seus motivos e suas impressões. Ademais, a técnica de Diário de Análise foi utilizada nesta tese tanto como forma de validação quanto de confiabilidade de pesquisa, e serviu de suporte à categorização dos temas funcionando como uma codificação prévia de reflexões sobre os discursos coletados e as observações realizadas.

Portanto, estabelecido os critérios que definem a confiabilidade e a validade da pesquisa, a etapa a seguir é analisar os dados coletados, fase apresentada no próximo capítulo desta tese.

#### 4. Análise dos dados e discussão dos resultados

Este capítulo expõe a análise das categorias emergidas das interpretações referentes aos significados das emoções na forma como foram expressadas nos discursos das consumidoras nas entrevistas, a primeira fonte de dados coletados, de pílula anticoncepcional diante da experiência de trauma relatada. Para tanto, partimos da análise do significado das experiências vivenciadas com o medicamento antes, daquelas que aconteceram durante e, essencialmente as que ocorreram após o consumo.

Consideramos os riscos percebidos no consumo do medicamento e as estratégias de redução desses riscos antes e depois do consumo. Analisamos as características presentes nos relatos que abordam comportamentos de vulnerabilidade, resistência, ativismo e empoderamento no consumo. Avaliamos também a mudança de vida com a experiência negativa de consumo envolvendo eventos de transição, alteração do estilo de vida e dependência, seja de medicamentos ou de outras pessoas.

Aqui, os resultados da pesquisa são provenientes das análises dos dados obtidos exclusivamente nas entrevistas com as participantes, em seguida triangulados com os textos coletados dos grupos de *WhatsApp* e de *Facebook* aos quais nos associamos. Todos os relatos são aqui transcritos *ipsis litteris* as falas de acordo com os temas evidenciados nas análises. Para tanto, inicialmente, explicamos os procedimentos adotados para classificação dos dados, onde a compreensão e a interpretação dos relatos das mulheres entrevistadas, os discursos extraídos dos grupos no *Facebook* e no *WhatsApp* possibilitaram a emersão das categorias de análise que permitem entender o fenômeno em estudo.

As categorias emergidas analisadas foram: 1) confiança, subdividida em três aspectos; confiança no médico, confiança no próximo e confiança no medicamento, 2) emancipação e controle, sob dois sentidos; aquele despertado pelo uso do remédio e aquele que surge quando a paciente deixa de toma-lo, 3) resiliência e mudança de vida, 4) preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais revelada por discursos de boicote, exposição, negligência, resistência, evitação, e revolta, 5) regulação. Essas categorias tiveram como base de análise um procedimento de criação de unidades de análise, baseado no que propõem Lofland *et al.* (2005) para confirmar o que surgiu das entrevistas, como exposto no Quadro 9.

Unidades de Análise	Fatos	Categoria
Significados	Percepção da finitude (morte), apego à religiosidade, desconstrução do significado da pílula, atuação na disseminação da experiência sofrida (“relatos que salvam vidas”)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confiança</li> <li>2. Resiliência e mudança de vida</li> <li>3. Preocupação com o semelhante e compartilhamento das emoções nas redes sociais</li> </ol>
Práticas	Consumo do medicamento para além da contracepção Compra do medicamento sem prescrição	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emancipação e controle</li> <li>2. Confiança</li> </ol>
Papeis	Assunção deo papel de vulnerável, de empoderada, reconhecimento do papel da família e do companheiro.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupação com o semelhante e compartilhamento das emoções nas redes sociais</li> </ol>
Encontros	Surgimento grupos de apoio em redes sociais online e fora delas, entrada á processos judiciais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupação com o semelhante e compartilhamento das emoções nas redes sociais</li> <li>2. Regulação</li> </ol>
Relações	Pais, filhos, companheiros, amigas mais próximas afetados, envolvimento nas redes sociais <i>online</i> .	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupação com o semelhante e compartilhamento das emoções nas</li> </ol>



		<b>redes sociais</b> <b>2. Resiliência e mudança de vida</b>
Estilos de vida	Reforma na residência, novas rotinas e necessidades de consumo, novas práticas.	<b>1. Resiliência e mudança de vida</b>
Organizações	Frequência à clínicas, hospitais, salas de UTI, laboratórios farmacêuticos, agentes reguladores	<b>1. Regulação</b> <b>2. Confiança</b> <b>3. Resiliência e mudança de vida</b>

**Quadro 9:** Unidades de análise de suporte às categorizações das entrevistas

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

Cada categoria foi analisada e discutida de acordo com os objetivos desta tese, tendo sua estruturação baseada nos relatos das experiências vividas. Portanto, a análise e o entendimento do fenômeno seguem a cronologia histórica dos eventos acontecidos com as mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas que relataram sofrer traumas decorrentes desse consumo. O Quadro 10 apresenta dados presentes nos relatos históricos das entrevistadas que se fizeram determinantes na memória de cada uma das participantes. Foram dados resgatados por todas as entrevistadas e que, de alguma forma, para elas, exercem influência sobre o que sofreram.

Participante	Idade de iniciação	Orientação médica	Tempo total de uso	Quantidade de interrupções	Mudança de marca	Mudança no estilo de vida*
PART1	13	SIM	5 anos	0	2 vezes	DT
PART2	19	SIM	10 anos	1	1 vez	MV
PART3	14	SIM	12 anos	1	6 vezes	MT
PART4	17	SIM	4 anos	1	1 vez	DT/MV
PART5	21	SIM	2 anos	0	2 vezes	DT/MV
PART6	16	SIM	8 anos	2	4 vezes	DT/MV
PART7	16	SIM	5 anos	3	1 vez	DT/MT
PART8	14	SIM	5 anos	0	0	MV
PART9	19	NÃO	5 anos	0	2 vezes	DT/MT
PART10	21	SIM	6 anos	1	4 vezes	DT/MT
PART11	15	SIM	8 anos	0	4 vezes	DT/MT

PART12	15	SIM	4 anos	0	2 vezes	DT/MT
PART13	16	SIM	7 anos	0	5 vezes	MT
PART14	22	NÃO	6 anos	1	2 vezes	DT/MV
PART15	14	SIM	3 anos	1	1 vez	DT/MV
PART16	15	SIM	7 anos	2	2 vezes	DT/MT
PART17	17	SIM	12 anos	1	0	DT/MT
PART18	18	NÃO	2 anos	0	1 vez	DT/MT
PART19	16	SIM	4 anos	1	1 vez	DT/MV

**Quadro 10:** Dados marcados na memória evidenciados nos relatos das entrevistadas

**Fonte:** Dados da pesquisa (2018)

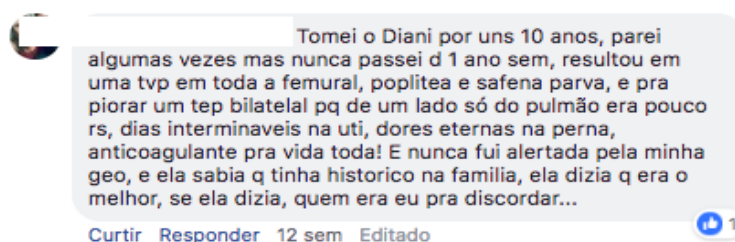
\* DT: dependência de terceiros, MV: medicalização vitalícia, MT: medicalização temporária

O Quadro 10 expõe informações presentes nos relatos, que marcam a memória das consumidoras entrevistadas. O tempo total de uso considera o período em que a consumidora passou tomando o medicamento, desconsiderando as interrupções que, não é uma informação exata presente na lembrança de todas as entrevistadas, mas em alguns casos alcançam três anos. Muitos dados contribuem para a percepção de que, por pelo menos algum momento na linha do tempo do consumo do medicamento elas estavam vulneráveis, e sofrer algum dano seria algo imediato, até mesmo inevitável. O tempo total de uso do medicamento, por exemplo, esteve presente em todos os relatos, levantando dúvidas quanto à segurança de uso de um medicamento por um período muito longo.

“Nossa! Dez anos! Sabe o que é dez anos? Engraçado que só percebi isso quando olhei para trás e vi. Meu médico nunca me alertou, assim, nunca chegou pra mim e disse: - olha! Vamos dar um tempo, já vão cinco anos, sete anos, isso pode ser perigoso! Mas não, fazia meu preventivo, e a pergunta era a mesma: - ainda tá tomando a pílula diretinho né? **Olha o risco ai! Então, aconteceu! Tô aqui te contando isso!** Um dia ia acontecer. **Dez anos tomando aquilo, tomando um veneno...** porque remédio também é veneno, né? Todo dia, o mesmo horário, era parte do meu dia, imagina dez anos tomando um remédio sem estar doente? Não são dez dias não!” (PART2)

“Não lembro exatamente, mas parei de tomar duas vezes, uma vez porque queria engravidar e não consegui, então meu ginecologista me convenceu a voltar a tomar. **Passei um ano tomando e parei porque tava me sentindo muito mal, coisas que sentia quando não tomava, sei disso.** Foi aí que sim

engravidar, sem esperar, mas foi uma benção...(Pausa: Choro)...foi uma benção porque depois que minha filha nasceu eu tive uma trombose. **O médico me disse que foi por causa do anticoncepcional, as enfermeiras sempre me falavam de algum caso que elas conheciam, que tinha aparecido no hospital, era comum.**” (PART6).



Os dados relatados pelas entrevistadas desempenham papel de marcadores temporais do período de experiência de consumo das pílulas, cada marco tem uma importância pelo fato de envolver um fato marcante como uma mudança sentida no corpo ou um objetivo de vida, gravidez ou desejo de engravidar, por exemplo, ou mesmo o próprio trauma vivido. As entrevistadas buscam, em seus discursos, relacionar as informações, como a idade com que começou a tomar a pílula com o tempo de uso, dados que são comparados, por exemplo, ao momento em que aconteceu o trauma ou quantidade de marcas diferentes de anticoncepcionais consumidas, fazendo surgir a percepção de que essa combinação de fatores contribuiu para o evento danoso sofrido.

“Comecei a tomar muito nova, mas sei que era uma necessidade, **me senti até mais madura, mais mulher** do que minhas amigas e minhas primas (risos). Fui diagnosticada com ovário policístico aos dezesseis anos e precisava tomar. Pouco tempo depois comecei uma relação séria e daí minha vida sexual começou, foi até bom pra mim. **Daí entre um namorado e outro eu sempre buscava um ginecologista e sempre era um medicamento diferente**, percebi que alguns me causavam efeitos diferentes, enxaqueca, falta de vontade de transar as vezes, mas ia convivendo, **esperava os efeitos, que sempre viam e nem sempre eram os mesmos**. Costumo até brincar que **pra cada namorado foi um anticoncepcional (risos)...mas paguei caro**, tomei tanto que um dia acordei com a boca cheia de sangue.” (PART16)

“Última cartela. Último comprimido. Começou com uma pequena dor de cabeça. A dor foi aumentando, até ficar insuportável. **Fui ao hospital em Botucatu, onde a médica me receitou remédios para enxaqueca, não pediu nenhum exame e não quis me encaminhar para um neurologista**

(mesmo com minha insistência), pois disse que não era o caso. Escovando os dentes percebi que minha mão direita também não estava normal. [...] No hospital realizei alguns exames, administraram três medicamentos para a dor, sem sucesso, a dor continuou forte. **Em poucas horas fui chamada para saber o resultado dos exames e na ressonância magnética foi diagnosticada trombose venosa cerebral.** Foi um choque, não consegui entender bem o que estava acontecendo, **o médico me perguntou se eu tomava anticoncepcional, eu disse que sim, há cinco anos, e então ele disse que essa poderia ser a causa do problema. Cinco anos de YAZ, três ginecologistas diferentes, e nenhum me alertou sobre a trombose,** mesmo perguntando a respeito, nenhum falou que seria um risco. Não tenho histórico familiar, não sou fumante, e os exames de sangue estavam normais, não tinha predisposição a ter trombose.” (Relato extraído de grupo do *Whatsapp*)



#### ► Um Veneno Chamado Anticoncepcional

Olá meu nome é [redacted] tenho 24 e tb fui vítima tomei anticoncepcional por 7 anos, sendo 5 anos e injeção mesigina e mais dois com pilula tess ...  
 No começo do mês de Julho 2016 comecei com umas dores procurei o médico onde me informou que era nervo ciático e passou a profinid , voltei pra casa dois dias depois a dor voltou e a perna inchando voltei no médico Av dai que ele me informou que meu caso era tpv (trombose venenosa).  
 Eu fiquei muito assustada ai fui até um hospital e fiquei dois dias internada onde o vascular confirmou que era tvp e dai me deu alta e comecei a tomar o xarelto 15 mg dois por dia .  
 Depois de 21 dias entrei com xarelto de 20 mg 1 por dia, mais depois de dois dias que entrei com xarelto de 20 mg me deu hemorragia uma menstruação fora do normal e dai agora tive a primeira consulta com o vascular onde trocou meu medicamento .  
 E agora eu estou bem para honra e Glória de Deus pois eu pensei que ia morrer pois eu fiquei com muito medo e venho alerta para não tomar nenhum veneno ...



25

5 comentários 18 compartilhamentos

Esses dados aparecem também nos discursos coletados nas duas páginas do *Facebook* que tratam da causa. Nesta rede social *online* é frequente longos relatos de mulheres que sofreram o trauma e os comentários consequentes sobre o histórico em forma de respostas que por si trazem novos relatos de toda a experiência de consumo, desde as primeiras consultas até o tratamento, compostos por todos os sentimentos e percepções sobre o processo.

Desta forma, as informações relatadas deram continuidade à efetiva prática de análise já iniciada com os procedimentos de observação realizados em espaços onde essas consumidoras eram encontradas. Assim, temos um caminho definido de confirmar as

interpretações realizadas a partir dos relatos com o que foi observado nas primeiras fases da pesquisa.

#### **4.1 Fatores observacionais da análise**

Observar o contexto que envolve a experiência das participantes e o meio em que se inserem reforça a interpretação dos dados, ademais, possui papel complementar e interacional com as análises realizadas dos relatos (Ritchie, Lewis, Nicholls & Ormston, 2013). Aqui, embora tivéssemos o roteiro de entrevista em mente, não o submetemos às participantes sob a forma de questões preestabelecidas, seguimos o proposto por Paugam (2015), ao coletar a informação sem interrogar diretamente.

Os ambientes compõem necessariamente o contexto da experiência de consumo, e neste estudo o ambiente físico foi composto por hospitais, clínicas e consultórios, postos de saúde e a residência das participantes, tendo os dados coletados sido cruzados com os relatos das participantes das entrevistas, etapa de pesquisa que serviu como procedimento de validação dos dados. Nesses ambientes, marcadamente hospitais e clínicas, onde se deram os processos de internação, as consumidoras vivenciaram momentos de reflexividade quanto a vida e quanto a situação de vulnerável em que se encontravam ao se depararem com outros casos e com a notícia de que o evento é mais comum do que o imaginado.

Os relatos apresentados nesta seção foram extraídos das entrevistas com as 19 participantes e confirmam o que foi constatado durante o período de observação do fenômeno, procedimento imbricado às entrevistas, dado que inevitavelmente, os fatos relacionados à experiências de consumo do contraceptivo pelas entrevistadas estavam presentes no ambiente onde aconteciam as entrevistas, seja numa residência ou num hospital ou clínica.

O ambiente residencial sofria mudanças quanto à estrutura e quanto à composição dos cenários; exemplos são os de medicamentos dispostos ao alcance das pacientes para evitar esquecimentos e facilitar a ação de tomar, e, casos de mudança da estrutura para locomoção e repouso. Isso promovia o consumo de novos bens como camas apropriadas, cadeiras de roda ou adaptadas e consequentemente alteração na estrutura física da casa.

“Logo de manhã cedo, pedi a minha mãe me levar ao hospital, **porque nunca na minha cabeça iria passar que estava relacionada com a trombose**, minhas pernas não incharam, até tive um pouco de dor nas pernas, não senti falta de ar, não ficou perna vermelha, nada, só a dor para respirar, chegando ao hospital, todo achando que era pneumonia, problema de coluna, tudo, menos embolia, mas depois de uma bateria de exames e muita discussão entre os plantonistas, alguém diagnosticou a embolia, enquanto isso eu comecei a sentir dor, até pra chorar eu sentia dor.”(PART8)

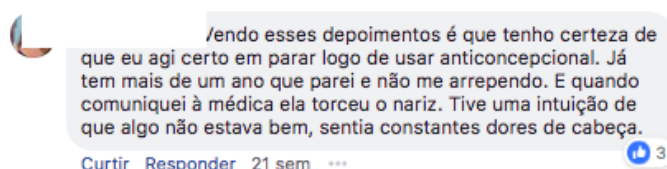
“Eu achei que era raro, **mas no hospital soube que outras pessoas tinham passado por isso**, quando comecei a procurar na **internet** vi que tinham grupos e vi que havia muita gente com esse problema, eu não era a única, muita gente contando as histórias. A primeira coisa que me perguntaram da embolia foi se eu tomava anticoncepcional, eu falei que tomava, ou sejam as pessoas sabem, mas ninguém avisa. **Procurei o grupo, mais pra ver o que tá acontecendo, eu não estou sozinha, isso acontece com outras pessoas, isso me ajudou.**” (PART10)

“**No hospital fui atendida por dois platonistas diferentes**, foi o segundo que perguntou e **disse que perguntou porque tem muitas meninas na minha idade aparecendo com embolia pulmonar e todas tomam anticoncepcional, é a única coisa que elas tem em comum**. E ninguém me procurou para registrar o caso, pra dizer que vai ficar registrado que meu problema foi por causa do anticoncepcional.” (PART6)

“Gastamos muito, rezo e agradeço por ter **condição de ter comprado uma cama melhor e uma cadeira pra eu tomar banho**, e como passei um tempo que ficava de cadeira de rodas parte do dia **meu marido mandou fazer umas rampas na casa**[...] os móveis mudaram de lugar pra eu passar, a casa ficou horrível (risos).” (PART14)

“Nesse momento eu já estava medicada com morfina, fui fazer a tomografia com contraste, dei entrada nove da manhã e quando foi onze da noite veio o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, atingiu uma parte pequena do meu pulmão (Choro...pausa na entrevista). **Eu não tinha risco nenhum, nem na família, ninguém, não fumava, não havia feito viagem longa, o único fato foi o anticoncepcional, fiz um exame de trombofilia e descobrir que tenho uma mutação em dois alelos.**” (PART16)

O relato da Participante 10 evidencia uma falta de informação inicial sobre os riscos que tornaram-se fatos, isso aconteceu naquele momento em função de sua internação para tratar das consequências da trombose, fato que durou 38 dias. Sua atitude de pesquisa na *internet* sobre a experiência demonstra um novo comportamento como consumidora de medicamentos: o de busca de informação sobre aquilo que se consome e nesse, sentido, as comunidades virtuais também têm desempenhado o papel de auxílio na busca de informação e na tomada de decisão. Em alguns casos, aparenta ser uma mudança tardia dado que ocorrem após o trauma, mas esbarram na confiança no profissional médico, aspecto explorado nos relatos coletados via entrevista, “*Nunca duvidei do que o médico me prescrevia*”, afirmou a Participante 10.



No relato apresentado na Postagem feita no *Facebook*, notamos duas perspectivas: na primeira, a consumidora traz o alerta que os sintomas relatados por ela representaram para a própria saúde, é a exposição de um comportamento de monitoramento e atenção às mudanças e a inconformidade com esse fato. Para ela, o ambiente virtual configurado pela comunidade deu a certeza da decisão tomada. Os relatos das experiências servem tanto de endosso para uma decisão já tomada, quanto de uma garantia para aquela que ainda está em dúvida, tudo resultante da interação entre as mulheres membros das páginas.

Na segunda perspectiva, o relato expõe o lado da visão médica, a de algum modo, contestar o abandono da pílula pela consumidora com base no que foi exposto em redes sociais. De um lado a profissional pode enxergar um risco assumido, dando liberdade de escolha, e por outro, poderia caber um levantamento sobre os fatos, indo a médica em busca das mesmas informações que deram base à decisão de sua paciente. Esta segunda posição poderia servir como uma ligação entre o profissional médico e as consumidoras, promovendo conteúdo e direcionando as decisões, para que não sejam tomadas sem um conhecimento técnico de apoio.

No que concerne ao ambiente social e humano observamos que a interação com outras mulheres que vivenciaram experiências semelhantes formam uma rede de apoio e solidariedade, há uma mobilização coletiva de suporte emocional, informativo e até mesmo jurídico. Lideranças surgem a partir de alguém que se dispõe a divulgar a própria experiência e até mesmo ingressar com processos judiciais contra laboratórios farmacêuticos e médicos.

Outra forma de apoio baseada no mecanismo judicial presente na rede de colaboração existente entre as mulheres se encontra nos processos movidos para garantir o recebimento do medicamento anticoagulante ao qual muitas delas dependerão, pois é um medicamento fora do alcance financeiro, comprometendo o orçamento doméstico em muitos casos quando não fornecido.

“Preciso tomar o remédio, todo mês é uma caixa, e olha que uma caixa nem dá para o mês todo. **É caro, mais de trezentos reais numa caixa de remédio que você não queria tomar, você nunca tomou e do nada tá lá, tem que tomar senão morre**, eu ganho dois salários, trezentos reais é o valor do meu supermercado, tenho contas que já existiam antes da embolia, sabe? E aí, tem mês que chego no postinho e não tem mais, e não sabem quando vai chegar. **Fui pra justiça, se foi um médico do postinho que me deu o anticoncepcional, então o governo vai me dar o tratamento.**” (PART4)

“Há um **suporte jurídico a mulheres do Brasil todo que passaram pelo mesmo problema que eu passei**, tem um escritório aí no grupo que faz isso, e faz de graça, porque sabem que muitas delas não tem condição de comprar. Mas o que acontece também é que muitas recebem o medicamento e sobra, elas perguntam no grupo quem tá precisando e enviam por conta própria, a gente vai se ajudando.” (PART3)

O relato da Participante 3 refere-se à um assessoria jurídica prestada por um escritório de advocacia que aciona o estado para o fornecimento dos medicamentos a mulheres que comprovadamente não possuem condição de comprar. O escritório também aciona laboratórios e a agência reguladora do setor, ainda sem sucesso até a conclusão desta tese. No entanto, por motivos éticos optamos por não mencionar o nome do escritório nesta pesquisa. Nas redes de colaboração entre as mulheres via *Whatsapp* e *Facebook* observamos manifestações de agradecimento pelo envio de remédios que sobram para algumas e faltam



para outras, é uma movimentação que acontece em todo o Brasil, com envio por meio de transportadoras, correios ou por um favor de algum conhecido.

No que concerne às atividades praticadas pelas participantes da pesquisa, seguimos o protocolo sugerido por Patton (2002) que aponta o olhar para as interações formais e informais, planejadas ou não planejadas das participantes e como as conversações surgem em direção ao fenômeno da pesquisa. Nesse sentido, percebemos que a religião é um aspecto presente, com diferenças sutis quanto à prática da fé, mas que o apego ao que se crê colabora na fase de recuperação e na busca pelo entendimento da experiência. Essa prática se manifesta também nas redes sociais online em mensagens de apoio conforto.

O uso mais frequente das redes sociais se dá em função do apoio necessário para recuperação da saúde e na prevenção, com informação disponibilizada pelas consuidoras sobre como se comportar em todo o processo de consumo do contraceptivo oral, desde a consulta médica, passando pelos exames a serem exigidos até o efetivo consumo e escolha da marca. Nesse sentido, observamos que há manifestações referentes à orientação e resistência de uso, esta sob a mesma perspectiva do estudo de Peñalosa & Price (1993) em ações que objetivam alterar o significado dos produtos e táticas que buscam alterar elementos do composto de marketing, como a luta por produtos mais seguros ou regulação.

“A gente briga para que o anticoncepcional **não seja vendido de qualquer jeito**, tá assim: só chegar na farmácia, pedir, pagar e levar, sem falar nas amostras grátis. **O governo tem que botar uma lei para exigir a receita, é um remédio por um lado, mas é um veneno por outro.** Assim, tem benefícios, mas tem riscos...gravíssimo, eu sou exemplo claro disso. No meu ponto de vista nunca vou dizer: - olha, não toma!, Não! Nunca vou falar isso para ninguém porque não sei da vida de ninguém, mas vou dizer: -procura, um médico, faça todos os exames, busque que exames, até os que ele não pedir, só tome se tiver plena certeza de que não causará mal nenhum.”(PART10)

“**O problema é porque eu tomei e sempre me fez bem, podia ir à praia, controlava meu corpo**, sabe? Não entendi porque do nada tive uma trombose, tá certo que sentia umas dores, depois falta de ar, achei que fosse cansaço, mas eu corria, fazia atividade, quando piorou que senti as dormências, procurei um médico e ele disse que foi o anticoncepcional, claro!, depois de me fazer mil perguntas sobre a minha vida e meu comportamento. Mas, porque não fizeram antes? Porque todo médico não faz isso? Deveria. **Meu primeiro tomei com receita, depois, já sabia o que tomar, comprava sem receita mesmo, naquela hora era normal pra mim, hoje vejo o quanto isso é perigoso.** E ninguém faz nada!” (PART5).

“Gente, não falem pras meninas que vcs conhecem pra n cairem nessa de comprar a pílula sem receita pq alguém indicou, **a gente sabe que mesmo com receita tem risco, imagina só comprar sem acompanhamento.**”  
(Relato extraído de grupo do *Whatsapp*)

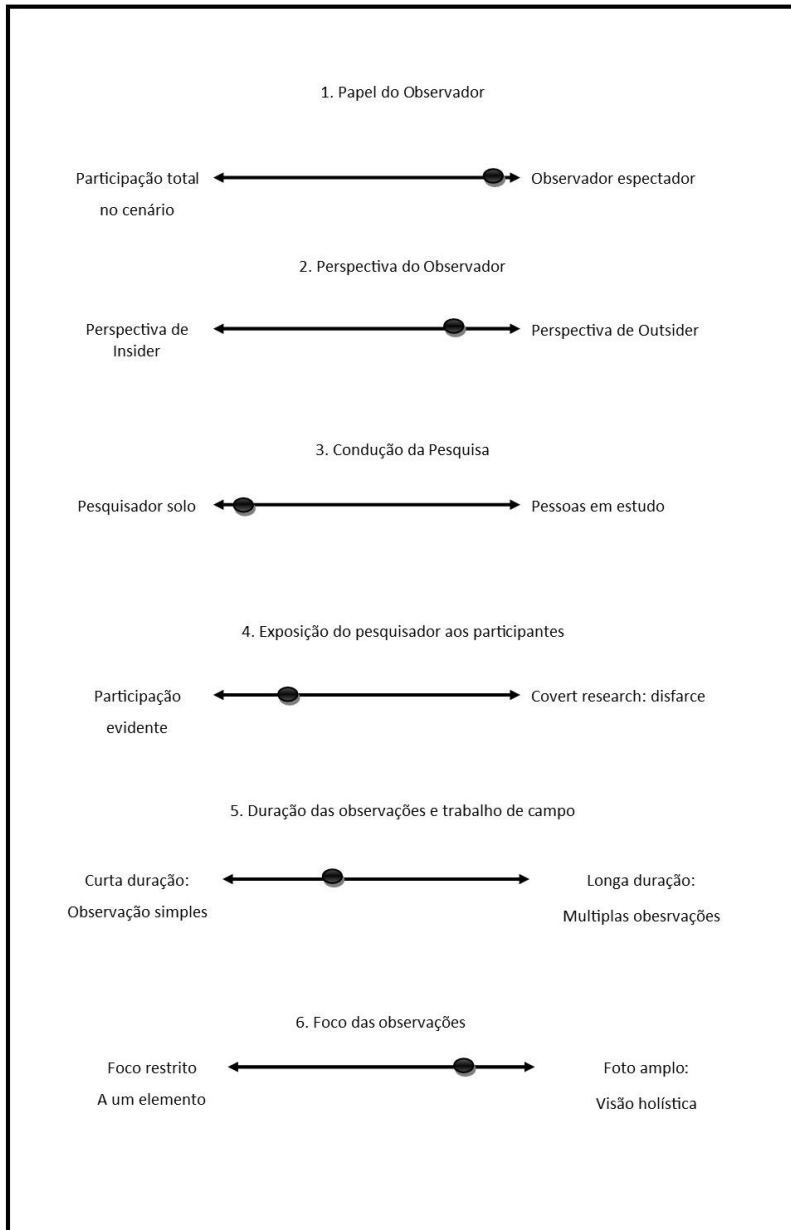
Os relatos, a princípio, podem trazer pontos de contradição quando as entrevistadas afirmam benefícios antes de abordar o trauma. Isso revela uma transição percebida pela consumidora, inicialmente quando relata os detalhes dos benefícios trazidos pelo consumo do medicamento, como por exemplo a possibilidade de controlar algumas funções do corpo relacionadas à reprodução.

Esses benefícios alcançam inclusive as possibilidades trazidas pelo contraceptivo hormonal, como o poder de regular deliberadamente o ciclo menstrual e efetuar atividades impossíveis de serem realizadas durante o ciclo. Nesse aspecto os relatos trazem o lazer e o prazer sexual como dois exemplos frequentes. Se os benefícios são o ponto de partida da transição, a fase final dela traz nos relatos os malefícios por causa do trauma sofrido decorrente do consumo. O sofrimento envolve o medo, a decepção e o aprendizado. Tudo isso evidencia que a busca pela informação não trará apenas aspectos negativos do consumo, mas também um discurso educativo de uso do medicamento.

Assim as observações começam a se direcionar também para as atividades de diversão e prazer, presentes nos relatos quando abordadas também sob a perspectiva da transição, pois tornam-se limitadas por causa do trauma sofrido e a nova condição de vida enfrentada, desta forma o consumo também sofre limites, como por exemplo viagens de avião são em muitos casos, proibidas sob o risco de um novo incidente trombótico e a alimentação é readequada às necessidades pós-trauma. A aquisição de medicamentos e artefatos relacionados ao período de tratamento, como medicamentos anticoagulantes, meias anti-trombo, muletas e cadeiras de roda passam a ser uma constante na vida da consumidora, em alguns casos para sempre.

Outro aspecto percebido durante as observações foi o sofrimento das pessoas que fazem parte do cotidiano da consumidora, principalmente pais, companheiros e filhos. O sofrimento forçava uma relação de maior proximidade, de amparo e apoio. Emergia também por parte dos familiares o discurso da revolta e da surpresa, além do medo da morte, que afetava a consumidora que sofreu o trauma em duas perspectivas; primeira relativa o medo de morrer, que trazia junto sentimentos de não proveito da vida, a segunda perspectiva se revelava quanto à preocupação com o sofrimento dos próximos em sua ausência.

A observação nesta pesquisa permitiu que possamos acessar informações não apresentadas diretamente nas entrevistas ou nos discursos dos grupos, mas possibilitou uma confirmação em via dupla. Deste modo, definimos alguns critérios relativos à observação para que houvesse o mínimo possível de influência nos cenários de observação, assim, aspectos como o papel do observador, sua perspectiva, forma de condução, exposição e revelação como tal, duração e foco das observações foram os pontos nivelados para que a observação ocorresse, assim, com base em Patton (2002), tais critérios foram obedecidos, tendo sua graduação exibida na Figura 7, a seguir.



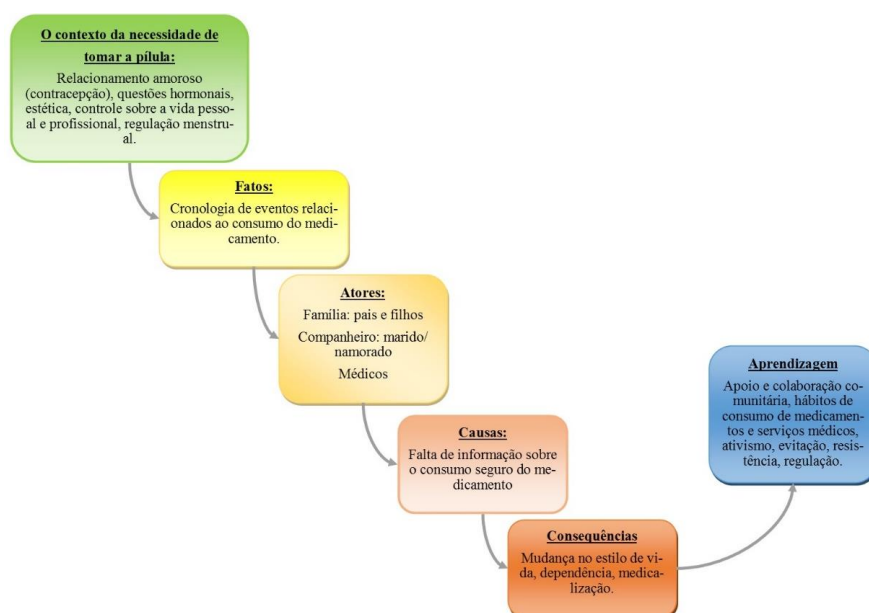
**Figura 7:** Critérios e níveis de observação de campo  
**Fonte:** Baseado em Patton (2002)

Diante do exposto na Figura 7, descrevemos os níveis concernentes aos critérios seguidos e como se deram suas influências nas análises iniciais e na definição das demais coletas de dados. Nas observações, o papel do pesquisador foi predominantemente espectador,

atentando para fatos relevantes na composição do contexto da experiência de consumo e do trauma, sem, no entanto interferir no ambiente, conseqüentemente esse papel determina a perspectiva de *outsider*, o que o define como um aprendiz dos fatos indo a campo sem categorias de investigação pre-estabelecidas, contudo as anotações realizadas nos diários de campo confirmaram as categorias que emergiram nas entrevistas. A atuação do pesquisador na condução da observação foi solitária, munida apenas do diário de campo, e tendo a autorização para pesquisa concedida pelas mulheres observadas e pelos profissionais presentes no ambiente. As observações duraram entre quarenta minutos e uma hora, tempo que correspondia ao olhar sobre os eventos, as dinâmicas e sobre os procedimentos, mas que não se demonstrasse invasivo na rotina médica, afim de coletar dados sobre todo o contexto de atendimento médico para que se pudesse gerar questões de entrevista. Creswell (2009) afirma que a entrevista qualitativa deve trazer categorias pré-estabelecidas, no entanto, neste estudo a dinâmica permitiu que a categorização sucedesse a coleta, para que pudesse emergir dos dados.

#### **4.2 Categorias emergidas**

Nesta seção iniciamos as análises com base nas categorias que refletem os significados e os sentidos presentes nas experiências de cada consumidora. O processo de categorização segue o percurso temporal dos relatos e nesse sentido seguem as análises, iniciando com o *rapport* e a contextualização de uso como um relato histórico e finalizando com os aprendizados e mudança de vida, esta configurando um momento de transição. A Figura 8 expõe como os discursos possuem seu marco temporal e uma seqüência relacionada com os fatos acontecidos durante a experiência de consumo do medicamento, portanto, optamos por seguir com as análises nessa perspectiva.



**Figura 8:** Experiência elucidada nos discursos  
Fonte: Elaboração própria (2018)

Na seqüência temporal exibida na Figura 8, os relatos se iniciam por dar base às categorizações relativas ao histórico de consumo do medicamento. Nesse aspecto, a relação com o contraceptivo possui um peso no discurso tal que define toda a trajetória da consumidora nos anos seguintes até o trauma e a transição pelo qual passa. Nesse ponto ela percebe que se houvesse abandonado o medicamento a tempo não teria sofrido o trauma.

**“Comecei a tomar porque não queria ter filhos mesmo, não era o momento, percebi que tinha entrado numa fase mais de crescimento de vida, relacionamento sério, noivado e nós tínhamos projetos, e ter filhos não era naquele momento. Daí, tudo bem! a pílula ajudou muito minha vida na época. Eu menstruava quando queria, e aquilo pra mim era demais! Mas tinha um preço...tinha dia que eu não sentia desejo nenhum, e passava de semana assim, até afetava a relação, as enxaquecas eram terríveis, e eu achava que eram por causa de stress, vida corrida, só agora, depois de tudo isso, de quase morrer é que me toquei que enxaqueca, libido, trombose etc etc..nenhuma delas teria acontecido se eu tivesse optado por outro método e não ter tomado isso.” (PART5).**

**“meu primeiro contato com o remédio foi inclusive com outra marca, não o que me causou, mas foi uma dermatologista que me receitou, tinha 14 anos, não tinha vida sexual ativa ainda, nunca pus uma gota de álcool na boca, odeio cigarro, ela não me perguntou isso na época, eu sei agora porque pesquisei muito[...] e ela me receitou, só por conta de espinhas, ela não me pediu exames não me pediu nada, mas porque anticoncepcional? Não havia outro remédio? Havia, mas é muito estranho essa prescrição de anticoncepcional, eu era novinha, minha mãe também não estranho, tomei.” (PART3)**



....., De tanto ver os tristes relatos, larguei esse veneno, não quis ser mais uma vítima. Minha medica foi contra, troquei de médica. As espinhas voltaram, os ovários policísticos também, mas melhor do que perder a vida. Sem contar que minha libido é outra, hoje sei que estava "castrada" quimicamente.



Portanto, todo o relato parte de um contexto de uso, que na maioria dos casos é com objetivo de contracepção, mas há outros interesses, como tratamento para a síndrome de ovários policísticos e combate à acne, e em todas as falas as entrevistadas se vêem em momentos de reflexão sobre o que vivenciou, em muitos casos se perguntando se a vida teria outros fatos se a decisão de consumo fosse outra, se houvessem orientações diferentes. Assim, os discursos se direcionam para os eventos que passam a compor o cotidiano da entrevistada, as mudanças, mesmo que leves começam a tomar sentido de um risco de morte associado a consumo do medicamento, como afirmado pela Participante 11.

**“Quando me internei, fiquei 12 dias no hospital, as enfermeiras falavam que era muito mais comum do que eu imaginava meninas chegarem com problemas causado pelo anticoncepcional. Como assim? Eu perguntei. Então que quer dizer que a gente toma isso e ninguém fala que a gente pode morrer? porque na bula diz que é 1%, diz que se tiver histórico pode acontecer, diz que é raro, mas na bula é uma coisa, pelo que vi na realidade é outra. Eu não tinha histórico, não tinha comportamento de risco, não fumava, não bebia, me exercitava e tive isso. Pelo médico que me acompanhou fiquei sabendo do exame de trombofilia, e meu ginecologista nunca falou nisso. Fiz o exame, tenho o gene e não poderia ter tomado hormônio nunca na vida, isso poderia ter mudado minha vida, não era para eu estar aqui. Agora vou usar meia, tomar anticoagulante, que eu já soube que é caro, não vou poder andar de avião tão cedo, e minha profissão como fica?” (PART11)**

**“Não houve um dia sequer que não tivesse pensado nas minhas escolhas, dentro daquele hospital, sozinha eu me perguntava: - e se eu não tivesse tomado anticoncepcional? Essa hora não estaria aqui. E minha vida, como vai ser? Eu não conseguia ver nada de bom, sabia que tudo ia mudar até porque, né? Já sabia que ia tomar anticoagulante pro resto da vida senão ia ter outra embolia e morrer....Cara! sabe o que é ter medo de dormir achando que vai ter outra embolia? Se eu tivesse acho que não escaparia, sei lá, sabia que estava no hospital com uma ótima equipe, mas tinha muito medo de morrer, ainda tenho, por isso sigo o tratamento direitinho, na risca, exames, remédios, alimentação.” (PART18)**

**“Sei lá, você quer fazer uma viagem, daí você sabe que pode cair da viagem acontecer bem no meio do ciclo, e o anticoncepcional ajuda muito nisso, porque era chato, as vezes queria entrar numa piscina, no mar e com ele a gente sabe que isso pode ser controlado. Quem toma tem um ciclo de no máximo dois dias, quem não toma pode as vezes ficar sete dias de ciclo. Assim ele me ajudava muito, e eu pensava, que até queria parar, mas tinham essas questões. Como benefício, no meu ponto de vista era esse, podia me programar. Podia ficar catorze horas dentro dum avião sem me irritar. Nem toda mulher tem sintoma de TPM, mas é complicado pra quem tem, e o anticoncepcional dá uma melhorada nisso, mesmo quando você deveria parar e tem gente que não para por isso. É uma coisa muito prática, você toma um comprimidinho ali e ok.” (PART4)**

São relatos que também trazem mudanças no organismo e no estilo de vida, contados tanto sob uma perspectiva negativa quanto positiva. Em seguida, ao falar sobre o trauma, as participantes revelam-se desconhecedoras dos riscos e demonstram surpresa com a descoberta de que a causa foi o medicamento contraceptivo, revelada sempre pelo médico e reforçada pela equipe de cuidadores como enfermeiras, fisioterapeutas e nutricionistas, nesse momento começam a se perceber vulneráveis, e essa informação afeta diretamente os membros da família e os amigos mais próximos.

Vistos como atores no processo, os membros da família representam um importante domínio na autoestima e na mudança de vida das participantes, isso acontece no sentido de perceber o apoio familiar durante a experiência e a preocupação da entrevistada com a situação da família ao passar por uma experiência de quase morte. A mudança de estilo de vida também afeta os pais, os filhos e o companheiro, seja ele o marido ou namorado, logo seu consumo também é afetado. A família busca recompensar os danos do trauma, promove novas experiências de consumo, mas também se vê limitada pela nova condição de vida.

Certas transições são desejadas, como um casamento, uma formatura ou o nascimento de um filho, e por muito são acompanhadas por comemorações ou rituais e atividades de



consumo. Outras transições são negativas e inesperadas, como o diagnóstico de uma doença grave, ou no caso desta tese, um efeito colateral de um medicamento. A literatura reforça o entendimento de experiências vivenciadas por consumidores durante transições desencadeadas por doença, envelhecimento e perdas (Gentry *et al.*, 1995; Baker, 2007; Banhardt & Peñaloza, 2006, Pavia & Mason, 2014) expondo como suas atitudes modificam-se e podem ser reavaliadas nesse período. Aqui há um processo de aprendizado relacionado à novos hábitos, busca por informação e um repensar sobre o ato de consumir.

Portanto, toda a experiência de consumo da pílula contraceptiva gerou as categorias de análise por meio dos relatos. O tempo total de uso considera interrupções, por falta de confiança, medo, desejo de ter filhos, controle e emancipação, considera também os benefícios e danos causados, o sofrimento da mulher e da família, o tratamento, autoestima e a mudança de vida, que envolve aprendizado, ativismo e informação, fatores estes que deram suporte às categorias de análise apresentadas nas seções a seguir.

#### 4.2.1 Categoria: Confiança

Nos primeiros momentos dos relatos das consumidoras as informações revelam um sentimento que é expresso em função da sua relação com os entes que compõem seu processo de consumo, o médico, o próximo e o medicamento. No entanto, nesse momento ela se mostra uma consumidora com limitação de informação, o que eleva sua confiança nas práticas presentes no processo, que se dão principalmente do médico para o consumidor (Hollon, 2004). Aqui ela possui informações limitadas, há pouca percepção de risco e na maioria dos casos elas são confrontadas com uma nova experiência de consumo.

A consumidora não avalia precisamente o risco que o medicamento traz e, de fato, isso não faz parte do seu objetivo, dado que há a confidencialidade médica, por exemplo, e a segurança do viés de autoridade. Portanto, ela exerce uma confiança no profissional médico que se reflete no medicamento que pode lhe dar controle e emancipação, e se expande para os próximos em forma de boca-a-boca, sugestões informais às amigas e confiança matrimonial, surgindo até mesmo a prática de marketing direto ao consumidor, adotada com respaldo legal em função do baixo risco que alguns medicamentos oferecem (Lexchin & Mintzes, 2002).

Desta forma o sentimento de confiança revelado nos relatos se subcategoriza em três aspectos: Confiança no médico, confiança no medicamento e confiança no próximo.

“A mulher tem vergonha de ir num ginecologista diferente, é uma cultura complicada, e acaba se tratando com a mesma pessoa a vida toda. **Eu vou em vários, porque não confio, preciso de a palavra de mais de um pra eu me sentir segura.** Mas se o médico for bom ou boa eu fidelizo por um tempo.” (PART19)

“Não posso mais usar hormônio nenhum, nem mesmo quando estiver na menopausa. Aaaaah! **eu me sinto ludibriada como se eu tivesse toda essa informação do profissional que me atendia,** se a mídia divulgasse que tem todos esses riscos, se a anvisa fizesse o trabalho dela, eu não sei, eu nunca teria tomado, se eu soubesse do risco real, se eu tivesse morrido, ninguém iria devolver minha vida.” (PART14)

“Eu fui morar com meu noivo na época, ele queria ter filho, mas eu não queria, daí eu comecei a tomar YASMIN de novo escondida, porque eu tava iniciando um mestrado, eu não queria que fosse um fator pra não me dedicar. **E como já tinha sido receitado duas vezes, eu fui lá e comprei de novo, daí eu tive, depois de quase um ano embolia pulmonar.**” (PART9)

“-Eu fui no ginecologista e me passou o papa e a ultrassom p por o diu de cobre  
 - Semana passada sim. Mas não está mais inchada. É uma sensação estranha, não sinto dor, a perna está 1\_2 cm maior só. Mas preciso do repouso pois sei que ainda tenho tvp  
 - **E muito vago e causa dores de cabeça, vômitos blá blá bla caso os sintomas não sumam, procure um médico**  
 - **Aí vc vai ao médico ele te fala seu organismo não se adapta a esse vamos tentar outro**  
 - Ha entendi e repouso e importante  
 - Vdd eles ficam mudando  
 - **Médicos assim não passam confiança né**  
 -E eu disse q inchava com anticoncepcional e ele me disse q esse era fraco eu vo fraqueza dele rsrs  
 - Fico pensando se só um mês de repouso será suficiente no meu caso  
 - Sim depende de cada um ...o médico disse algo? Ou na consulta ele fala o tempo  
 - O meu tbm mais vi na página de vcs que uma moça teve trombose por causa do Elaine 28  
 - Hummmm  
 - Ele disse que quer repetir o doppler daqui um mês.  
 - Sim e mt bom  
 - Agora q vou fazer a doppler dps de 2 meses rsrs

- Me **sinto um pouco impotente, tanta coisa acontecendo**. Trabalho, pós-graduação, voluntariado e meu irmão em tratamento pra dependentes químicos. No entanto, no momento não posso fazer nada. ☹️
- **Não sei se vcs se sentem assim tmb... Essa espera é triste. Mas Deus nos deu uma nova chance por outro lado.**
- Isso porque briguei com a médica ela disse a n há necessidade vê se pode” (Diálogo extraído de grupo de *WhatsApp*)

A confiança no profissional médico se caracteriza pela transição causada pelo trauma sofrido. Os relatos abordam essa confiança inicialmente sob uma visão positiva, principalmente porque a experiência de consumo do medicamento contraceptivo é uma novidade para muitas mulheres nesse momento e por muito, há casos de que ao se assegurar dessa confiança, a consumidoras decide sobre a medicação sem o auxílio do médico, como relatou a Participante 9, essa atitude expõe a mulher como consumidora, ao estado de vulnerabilidade. Logo a confiança tem suporte em expectativas criadas para a solução de um problema com o mínimo de risco possível (Gentry *et al.*, 1995; Pechmann *et al.*, 2011), assim o médico se configura como a maior e principal fonte de informação nesse processo de consumo.

Quanto a uma perspectiva negativa da confiança, os relatos trazem evidências de vulnerabilidade no consumo analisadas aqui sob a lente dos significados do consumo, criados por um grupo em particular, perspectiva que, como sugerem Baker *et al.* (2015), tem seu foco nos sentidos e na experiência de vulnerabilidade considerando condições biofísicas, psicossociais e ambientais, estas destacadas por erros de diagnósticos que acompanham todos os relatos.

**“liguei num pneumologista do meu convenio, que hoje é meu médico, e fui...no outro dia, mas fui mal indo, não conseguia levantar, muita dor que eu nem conseguia chamar minha mãe...fiquei quietinha pra passar a dor até consegui..e saindo sangue de novo, coagulado, umas bolinhas, e quando contei pro pneumologista, só de contar pra ele esses sintomas ele falou assim: Tenho quase certeza que você está com embolia pulmonar. Ele me perguntou quantos dias eu tava sem tomar o anticoncepcional, já fazia um ou dois dias ele disse pra não tomar mais” (PART14)**

“Comecei a sentir uma dor por dentro do braço, até achei que fosse do frio, por que tem gente que sente. Cheguei em casa, passou, mas na madrugada a dor veio forte, muito forte, fui pra uma emergência ortopédica porque como era dor no braço achei que fosse bursite ou algo assim. **O médico disse que eu não tinha nada ortopédico, sugeriu uma ultrassonografia, mas não fez, me passou uma coisa pra dor e me mandou pra casa. Ele tinha dito que poderia ser rim, tomei o remédio por cinco dias, não senti as dores, o remédio mascarou.** Quando foi um dia o remédio acabou e fui gritando

pro hospital de madrugada, fui muito bem atendida, por todos, e a primeira coisa que o médico pensou foi bem nas costas, atrás. **Ele me pôs na observação com um remédio pra dor, mas antes tinha feito um raio-x.** Fiquei numa poltrona, e na hora que sentei, e a poltrona deixou doeu mais ainda, gritei, **depois soube que a pleura estava inchada e constava no músculo, foi aí que o médico deduziu que era no pulmão, porque não apareceu nada no pulmão.**” (PART2)

“Fui pra uma segunda clínica, dessa vez **quem me atendeu foi um pneumologista, ele quis saber meu histórico, se eu bebo, fumo e foi fazendo os exames físicos,** pediu pra eu puxar o ar e encher os pulmões e eu não aguentei. **Ele disse que poderia ser uma infecção ou uma embolia e requisitou um exame de imagem, uma angiotomografia.** Ele me pareceu bem preocupado e isso me deixou assustada. Fui fazer o exame, tomei o contraste e fui esperar fazer efeito, ainda com muita dor, não conseguia deitar, mas eu sabia que precisava de um diagnóstico preciso. Daí foi que me disseram que eu tive a embolia pulmonar, disseram que isso mata e que pelo tempo que eu passei, havia alto risco de eu morrer, isso foi uma enfermeira que me disse, e ainda relatou que mesmo que leve pode danificar fortemente a capacidade respiratória.” (PART18)

**“fui pesquisar na internet, eu sabia que não estava com pneumonia como já haviam me diagnosticado, impossível pneumonia fazer aquilo...tomando remédio certo igual e tudo que eu achava tava relacionado a embolia, e tudo que eu achava relacionado a embolia pulmonar caía no nome YASMIN, que era justamente o que eu tava tomando, então eu suspendi o uso, por conta própria...nesse mesmo dia eu liguei num pneumologista do meu convenio, que hoje é meu médico, e fui...no outro dia, mas fui mal indo, não conseguia levantar, muita dor que eu nem conseguia chamar minha mãe...fiquei quietinha pra passar a dor até consegui..e saindo sangue de novo, coagulado, umas bolinhas, e quando contei pro pneumologista, só de contar pra ele esses sintomas ele falou assim: -Tenho quase certeza que você está com embolia pulmonar. Ele me perguntou quantos dias eu tava sem tomar o anticoncepcional, já fazia um ou dois dias ele disse pra não tomar mais, e fui fazer a tomografia de tórax.”** (PART7)

Desta forma, diversas informações sobre o medicamento e inclusive exames, segundo as participantes, poderiam ter sido mais detalhadas, exames antes da prescrição poderiam ter sido solicitados e alertas mais enfáticos sobre os riscos e os comportamentos poderiam ser dados para que se evitasse comprometer a saúde quando associados ao consumo de hormônios. Os relatos das Participantes 4, 2, 18 e 7 revelam um ponto de conversão da categoria confiança, em que a incerteza dos diagnósticos alertam para a busca de informação sobre o que está acontecendo e isso desperta a desconfiança no processo.

Os termos e as expressões relacionados ao trauma vêm acompanhados de sentidos que levam às mulheres relatarem erros de diagnóstico, imperícia e negligência, isso contribui para

a redução da confiança no profissional e no medicamento. Aqui, o contraponto da discussão se vale de sua disponibilidade e do acesso à informação, o que ajuda na tomada de decisão (Oehler & Wendt, 2017), pois há discursos que evidenciam fatos que levam à limitação de acesso à informação, onde o profissional médico seria o principal meio de ter o conhecimento do risco de consumo do anticoncepcional, isso é mais frequente em consumidoras pertencentes aos extratos da sociedade de renda mais baixa e menor nível de educação formal. Contudo, o risco é assumido quando as consumidoras detêm do acesso, conhecem a disponibilidade da informação e incorrem no consumo mesmo sabendo dos riscos, como já exposto por Bordalo, Gennaoli & Shlefer (2013).

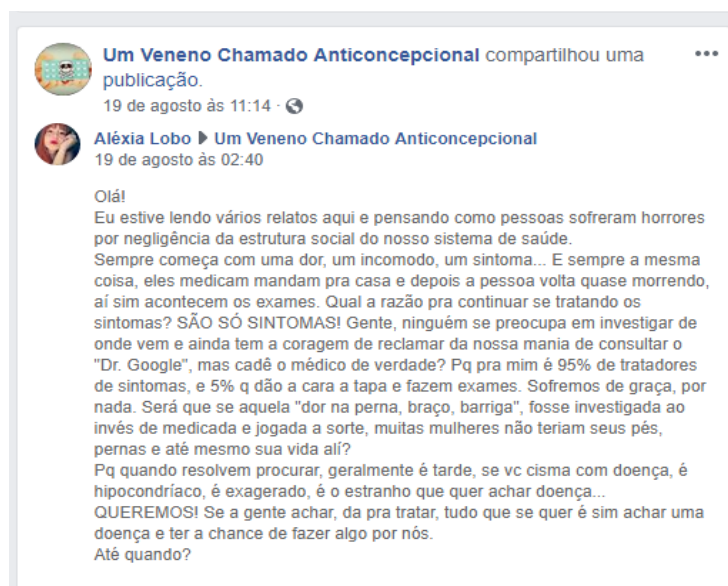
O relato da Participante 1 expressa a dicotomia de que a responsabilidade é apenas médica, mas, que seu histórico de vida foi desconsiderado na decisão de contracepção. Contudo, ela não deixa claro no relato se a omissão do histórico na consulta foi por negligência médica ou por ação deliberada sua. Nesse caso, não conhecendo o medicamento ou temendo reações adversas e sendo ela conhecedora do próprio histórico, poderia atuar na decisão. Esse comportamento pode pôr em xeque o sentido de vulnerabilidade no consumo em outras situações que não médicas e que envolvam risco de morte ou dano grave (Baker, Hunt & Rittenburg, 2007), pois, não se imagina que um paciente arrisque sua vida para dar voz ao papel de vítima na transação.

**“Nós somos leigas, não temos obrigação de saber o risco que a gente tá se expondo, essa obrigação é do médico ao qual a gente coloca nossa confiança, então eu como consumidora da pílula, não entendia do risco que eu tava correndo, então quando vou ao consultório eu tenho receber a informação sobre os riscos, não tem que ser uma imposição eu só ter a pílula como opção. Se eu quiser usar a pílula ou outro método, o médico tem que estar aberto a isso, ele tem que ver também meu histórico, pra me dar a melhor opção com segurança. Não posso tomar algo que não sei o que vai acontecer comigo. Como cliente, me sinto totalmente negligenciada, não só eu, muitas que conheço, tanto de gente que tem trombose e avc, a gente só tá sabendo hoje pela questão das redes sociais, as pessoas estão mais acessíveis, se comunicam mais, talvez não fosse eu ainda estaria tomando e o médico não iria me alertar e provavelmente eu seria mais uma vítima, logo eu tenho pressão alta.”** (PART1)

**“Eu não sabia nada sobre anticoncepcional, nunca tinha tomado, e até mesmo nem sabia que era hormônio, só depois que comecei a tomar, foi que por conta própria dei uma lida básica e soube disso. Quando fui ao meu primeiro médico, ele relatou vários benefícios e eu confiei porque o profissional é ele, não? Eu disse: ah, então tá! então ele me deu uma amostra grátis do anticoncepcional e disse: - toma que vai te fazer bem. E eu acreditei.”** (PART10)

“Nunca tinha tomado anticoncepcional na vida, comecei a tomar com dezenove anos mesmo, porque o médico disse: - você tá com problema, você precisa. Aquilo me assustou, e ele ainda falou que se eu parasse de tomar o cisto no ovário poderia voltar e eu fiquei tomando por dez anos, claro que eu não iria parar, a não ser se um dia quiser engravidar.” (PART2)

“Nunca me falaram nada, eu tive reações como dor de cabeça e enjoo, e falei que era o remédio pro médico e ele me disse que era fase de adaptação, mas pensei que talvez fosse meu corpo dando um alerta. Mas acreditei nele. Eu nunca gostei de tomar remédio nenhum, porque sei que você toma remédio pra uma coisa e ele pode fazer mal pra outra. EU nunca fui muito a favor, mas como era orientação dos médicos, eu pensei que ele deve saber o que tá fazendo. Lembro que quando ele me deu o anticoncepcional, fora o ultrassom para ver se eu tinha cistos no ovário, ele não pediu exame nenhum, nem de sangue, nada assim, acho estranho porque o anticoncepcional você pode pegar ele no posto de saúde sem receita, qualquer pessoa pode ir lá, e dizer que não quer engravidar, e pegar e tomar, e qualquer uma pode ter um problema.” (PART17)



“Foram três dias dentro da UTI, e um total de quinze dias de internação. A causa era mesmo o anticoncepcional, um remédio que era pra estar me ajudando, mas que ali poderia ter me causado uma seqüela irreparável ou até mesmo algo pior. De certa forma me culpei por ter ignorado as notícias sobre a trombose que via na internet ou que ouvia falar. Confiava demais no YAZ, confiava demais em mim mesma, pensava que aquilo não iria acontecer

**comigo.** Após o diagnóstico parece que virei um ímã de histórias de trombose, ouvi incontáveis casos como: a amiga que teve trombose na perna ou no braço, a outra amiga também com trombose venosa cerebral que teve que realizar cirurgia, a menina que tem que tomar anticoagulante pro resto da vida por causa da trombose, e o pior, como a amiga que morreu de tromboembolismo pulmonar.” (Relato extraído de grupo de *Whatsapp*)

No entanto, há relatos onde tanto a consumidora se exime de responsabilidade quanto assume que também possui um sentimento de culpa. É nesse ponto onde a discussão do conceito de vulnerabilidade pode ser explorada quanto às suas definições, seus limites e abrangências. Pois sabemos que, ao analisarmos a vulnerabilidade, a experiência humana e material é susceptível ao dano e o consumidor em dados momentos do processo de consumo pode evidenciar conhecimento do risco e ainda assim dá continuidade ao consumo pois há uma percepção de benefício maior que a probabilidade do prejuízo. Isso se reflete em relatos que mencionam a leitura da bula, por exemplo, remetendo aos efeitos colaterais do medicamento, como expõe a Participante 18.

**“Sim, achava q era natural alguns sintomas, tipo a enxaqueca, como o médico disse que os riscos eram baixíssimos, raríssimos então eu confiei nele, também fui ler a bula e vi lá muito termo que não fazia a ideia do que era, mas entendi basicamente que era muito raro, claro que pensei que jamais iria passar por isso, a gente sempre acha que não vai acontecer com a gente. Eu ia na cardiologista pra tratar a hipertensão e na hematologista e nenhum falava nada sobre isso, sempre perguntam que remédio eu tomo, eu falava do anticoncepcional mas nunca ninguém me alertou, nenhum profissional da saúde que eu tive contato me alertou sobre isso e ainda via na bula que era raro, via em todos que tomei, ai hoje eu até sei que assumi o risco, mas sei hoje, na época eu fui na onda, precisava tomar, tomei!”** (PART18)

**“Eu tinha muita confiança na minha médica, porque fui nela desde adolescente, contava até meus segredos pra ela, mas depois disso eu fiquei decepcionada, não sei, mas não tive mais coragem de me consultar com ela, sabe?! Não porque ela não seja uma profissional ruim, mas acho que ela deveria ter se preocupado porque na família há o problema do gene alterado, e isso é um gatilho pra muita coisa, agora desconfio de qualquer médico que eu vou.”** (PART5)

**“- Você tem que usar! E eu pensei no fato de que era um médico, tava cuidando de mim e eu usei, mesmo sem ter solicitado, usei por uns seis meses e parei pelo mesmo motivo de alteração de humor, e meu marido sempre me dando apoio pra parar. Depois de um tempo sem usar, não**

**queríamos mais ter filhos, decidimos voltar a tomar e voltei por conta própria.** E tomamos a decisão juntos porque sabíamos do problema de humor que me causava.” (PART10)

“Eu pensei **realmente “ nossa, como eu sou vulnerável, como as mulheres são vulneráveis”**, muita gente confia num profissional e hoje em dia eu tenho certeza que a medicina virou um mercantilismo, principalmente a ginecologia, hoje me dia descobri que essas pessoas, esses vendedores de laboratórios eles oferecem horrores para os médicos, descobri até que eles reformam consultórios dos médicos em troca deles receitam os medicamentos que eles querem, viagens, jantares, tudo de graça pro médico receitar os remédios que eles querem. **E assim, descobri que fui enganada, completamente**, que eles só pensam no dinheiro mesmo, quase a totalidade dos ginecologistas e eu não posso provar assim, mas a secretária do meu ginecologista eu já ouvi ela falar que ele não faz mais parto normal só agenda cesariana por causa do dinheiro, ou seja, o parto normal seria bem melhor para a mulher, mas ele pelo menos só faz a cesárea por causa do dinheiro e isso onera até o plano de saúde.” (PART8)

“Eu com certeza acredito que ele não tenha me passado todo o risco que eu corria, que **hoje em dia eu sei que depois que eu tive agora a doença eu fui pesquisar, correr atrás, e eu sei que em hipótese nenhuma ele poderia ter me prescrito esse anticoncepcional** que é uma fusão de dois hormônios sintéticos porque eu tenho hipertensão e ele não poderia ter me prescrito e ele disse que eu não correria risco.” (PART12)

Ainda quando a discussão da vulnerabilidade e seus limites conceituais o comportamento relatado pelas participantes quanto ao consumo do anticoncepcional reflete as concordâncias dos pesquisadores quanto a multidimensionalidade da vulnerabilidade, mesmo considerando as diferentes naturezas, níveis e resultados. Hill (2001) e Baker *et al.* (2007) afirmam tratar de um estado dinâmico, dependente do contexto. Isso surge quando nos relatos verificamos a constante busca pelo estado normal da vida após o dano sofrido, aqui percebemos a transição passada e os novos desafios de vida a serem enfrentados.

Assim, a vulnerabilidade presente nas mulheres que passaram pelo trauma é reconhecida como um estado temporal, definido pela especificidade do ato de consumo, contudo, com características pré-existentes. Ou seja, há o estado de vulnerabilidade no consumo do medicamento contraceptivo oral, conseqüentemente após o trauma sofrido, há outro estado de vulnerabilidade, concernente à condição de vida adquirida, efeito da transição, como a dependência de terceiros e de próteses, por exemplo (Baker, 2009).



Uma evidência está na necessidade do exame para detecção da trombofilia relatado por algumas pacientes e profissionais da saúde como um fator que pode contribuir para a redução dos casos de trombose que acometem consumidoras de pílulas contraceptivas. Segundo as entrevistadas, descobrir a existência do exame após o trauma, contribui para o aumento da sensação de vulnerabilidade e da percepção de que o evento poderia ter sido evitado.

“Fui a uma médica e tudo para ela era normal, eu não concebia uma médica achar normal uma mulher de 27 anos ter uma trombose, passar sete dias num hospital, três numa UTI, desculpa, mas isso não é normal. **Fui pra outra, e essa até hoje me acompanha, ela diz que quem tem trombofilia ela não deixa tomar anticoncepcional**, pede o exame a todas a clientes dela. Mas em contrapartida ela me passou o DIU MIRENA, que eu soube que tá causando reações adversas, e eu não vou pagar pra ver. Mas uma coisa **eu sei é que se eu já tivesse feito esse exame, pelo menos soubesse dele teria feito sem a médica mesmo pedir e, por mais que ela me passasse anticoncepcional eu não ia tomar nem forçada.**” (PART 19).

“**Graças a deus a médica que me atendeu ficou muito atenta e pediu logo os exames** e pediu um chamado D-DÍMERO, que detecta se tem algum trombo no organismo, mas o plantão dela acabou. Pra depois pedir uma tomografia, meu D-DÍMERO deu alterado demais, **mas o médico que ficou de plantão e que recebeu meu exame me disse que não era nada demais**, que seria algo muscular, ele só fez a tomografia porque a medica anterior solicitou e ele tinha que cumprir, poderiam ter pedido um exame desses antes né? Vou confiar em quem?” (PART7)

“O anticoncepcional foi fator determinante porque o tipo de trombofilia que eu tenho é como se ela precisasse de um estímulo para poder acordar, tanto que minha gestação foi normal, daí o hormônio acordou o trombo, que eu não sei de onde veio, até hoje não sabemos, **o hospital não sei se por falha não fez nenhum exame nas pernas para saber de onde veio**, quando foram ver já estava no pulmão, minha sorte foi que não tive nenhuma falta de ar, só a dor mesmo.” (PART16).

“Eu não tinha risco nenhum, nem na família, ninguém, não fumava, não havia feito viagem longa, o único fato foi o anticoncepcional, **fiz um exame de trombofilia e descobrir que tenho uma mutação em dois alelos da MTHRF**. Se tivessem feito os exames quando eu comecei o anticoncepcional, porque minha gravidez foi um milagre, correu tudo bem, mas eu poderia ter perdido o bebê, e minha irmã veio a perder um, fez os exames depois e descobriu que também é portadora, graças a deus não aconteceu nada com ela, tomou por muito tempo mas hoje não toma mais.

Outra irmã, também fez o exame e descobriu que também tem a mutação, **só de exames na minha casa foi mais de dois mil reais.**” (PART10).

**“Interessante é que meus pais fizeram também esse exame da Protrombina que o hematologista pediu e descobriram que também tem essa alteração genética.** Então não tive escapatória, e minha mãe nunca tomou anticoncepcional, e o **ginecologista dela ficou assustado porque viu que deveria ter sabido disso antes.** Minha prima, também fez os exames, e descobriu que também tem a alteração genética, mas foi o endocrinologista que pediu e não a ginecologista, ela ficou com medo porque tem mais fatores de risco do que eu, ela é obesa.” (PART5)

“A minha mãe tinha tido trombose na perna, já tinha infartado e eu já tinha falado isso pro ginecologista, ele me perguntou e eu falei, mas ele nunca me pediu um exame pra saber se eu podia tomar ou não, ai eu fiz todo os exames de coagulação e deu tudo negativo...(gaguejar), teoricamente era pra eu não ter tido esse problema, não tinha nenhum fator de coagulação predisposto a ter uma trombose. **Daí os médicos falaram que foi por causa do anticoncepcional e eu falei: -então tá bom!** Fui correr atrás do prejuízo, fazer o quê?” (PART2)

A realização de exames é de fato um ato de consumo, é uma demanda negativa, dado que essas consumidoras se viram obrigadas realizar um exame que atesta que um direcionamento diferente do tomado no comportamento de contracepção poderia ter evitado o dano à saúde que sofreram. Pagar para saber que não poderia ter consumido o anticoncepcional contribui para a sensação de impotência e põe em xeque a prática daquele médico em quem confiou sua saúde e a essencialidade do uso do medicamento para ela e para outras mulheres.

Relacionado a esse fato, há um sentimento que as Participantes 7 e 16 trazem em seus relatos relacionado à negligência, onde após todo o caminho percorrido para recuperação, elas buscaram informações em fontes variadas, inclusive médicos de outras especialidades, que concluíram que haveria um procedimento a ser adotado e não passaram por isso. A Participante 7 se encontrou em estado de vulnerabilidade ainda no hospital, é consumidora de plano de saúde particular e do serviço médico que, para ela, não forneceu o serviço da forma adequada ou omitiu informações por imperícia, o que segundo seu relato “Uma falha que poderia ter tirado minha vida”.

O relato da Participante 7 aborda um exame em específico, o D-Dímero, que segundo Stein, Hull, Patel, Olson, Gall, Brant *et al.* (2004) ainda é um exame que precisa de outros para efetiva acurácia em seu diagnóstico. Esse exame é componente de várias orientações de

diagnóstico de tromboembolismo profundo, e a paciente demonstra seu interesse por detalhes dele para entender o que acontecia com seu corpo e que atitudes tomar. É o início do processo de busca pela informação tratado por Malhotra (1984) e Büchter, Fechtelpeter, Knelangen & Ehrlich (2014), nesse caso referente aos medicamentos, procedimentos, causas e consequências do que sofreu, mas ainda revela um problema de confiança nos médicos que teve contato, isso revela a transição de confiança, polarizada pelo que, segundo as pacientes, se deu pela informação que não foi repassada ou foi dada de forma incorreta, como o vivenciado pela Participante 4, ao afirmar em seu relato, parte de seu percurso até descobrir o que havia sofrido, sua causa e como os erros de diagnóstico afetaram sua confiança.

“eu tava cuspidando sangue, bastante sangue...e **fui direto pro pronto socorro, lá eles disseram que eu estava com pneumonia**, eles não disseram que eu estava com embolia pulmonar, disseram que eu estava com pneumonia (engasgo, choro)...fiquei trinta dias internada tomei uns cinco ou seis tipos de antibióticos fortíssimos, a pneumonia não melhorava, aí o último antibiótico que eu tomei a febre não melhorava, ele fez ela melhorar, voltei pra casa e depois de três dias comecei a me sentir meio esquisita, tontura e tudo, mas eu sai do hospital e não me sentia muito bem...não sei explicar, era esquisito, como se fosse uma fraqueza. **Fiquei uns três dias em casa, meio tonta, cuspi sangue uma vez, quando vi pensei: Tem coisa errada, fui pra internet pesquisar!** E fui para outro hospital. Fiquei trinta dias nesse outro hospital, **não descobriram o que eu tinha e me mandaram pra casa sem eu estar curada**, aí eu fui pra outro e lá falei pra eles tudo, que tava com pneumonia e lá foi **que fizeram uma tomografia com contraste porque no primeiro só fizeram um raio x do pulmão e uma tomografia sem contraste que não dá pra ver nada. Fizeram também uma cintilografia e viram que eu tinha era uma embolia no pulmão**. Foi aí que me disseram: Olha, você pode até ter tido pneumonia, porque quando o sangue vaza no pulmão, pode infeccionar, mas a causa foi a embolia. Meu Deus, imagina o que eu passei correndo de um hospital pro outro e ninguém me dava a resposta certa do que eu tinha, ia morrer sem ninguém saber do que tava morrendo. Graças a Deus e a busca que fiz que por conta própria vi que não tava certo e soube como proceder.” (PART4)

“**Procurei um ortopedista que associou o problema à coluna, pela minha má postura**. E esse desconforto ia e vinha, e menos de um mês depois comecei com uma tosse completamente seca. Tossia muito, até dar ânsia de vômito, e não saía secreção nenhuma...e a dor nas costas aumentando, nesse meio tempo, um dia deitada com uma dor insuportável nas costas...eu fiquei sem ar, **fui ao plantão, tiraram um raio x, viram que tinha umas manchinhas mas era um médico residente ele olhou e disse que tava com pneumonia**. Beleza! Voltei pra casa tomando tudo que eu tinha de tomar. Aí, depois de uns sete ou oito dias, eu estava deitada e começou a sair sangue coagulado da minha boca, e dor nas costas, meu pais me levaram correndo pro pronto Socorro e meu pai ia ligando para uma amigo dele medico pneumologista que foi pra lá, **fiz uma bateria de**

**exames a madrugada toda e chorando de dor, até que descobriram a embolia**, será que o sintoma de sair sangue coagulado pela boca já não daria uma direção do que fazer?” (PART2)

“Não tinha vestígio, e a conclusão é que foi um trombofilia causada por algum agente, nunca tinha sofrido pancada, nunca tinha fumado, bebido, engasgo...nada...**chegou-se ao fator que era o anticoncepcional, mas tem uma certa dificuldade, inclusive do hematologista confirmar que é por conta do remédio.**” (PART18).

“O laboratório tem o cadastro de clientes e eu pedi pra me tirarem desse cadastro porque tinha tido um problema com o produto deles, não movi nenhuma ação. **A empresa não me procurou, nenhuma empresa de regulação ou ministério não me procurou.**” (PART15)

“**O diagnóstico da embolia foi por exclusão, ela foi fazendo as perguntas, depois que eu fiquei sabendo que era embolia, ela ainda não tinha certeza**, mas depois dos exames, fiz o exame de genética, da trombofilia, não tinha nenhum fator de risco, até porque quando li a bula eu não me encaixava em nada, foi por exclusão. O que sobrou foi o anticoncepcional. **Quando me foi falado, eu tava na UTI, e o médico me falou que não tinha sido apenas eu, disse que só nesse ano foi mais de 30 e eu me assustei**, fiquei abismada...como que ninguém fala nada” (PART14)

“Todas as vezes que fui ao ginecologistas **eu nunca fui questionada sobre problemas de família ou meu histórico, nunca fui questionada se eu queria a pílula ou outro método**, quando você ao ginecologista a impressão que você tem é que só tem esses métodos, se a mulher não quiser engravidar é só isso que ele tem a oferecer. **Eu sinto que se eu não me preocupar com minha saúde e eu não me preocupar com minha escolha com o que vou tomar ou não na prevenção da gravidez eu vou ser mais um número**” (PART13).



Olá meninas.

Fiquei muito impressionada com este caso, pois é **IDÊNTICO** ao meu, sem por nem tirar.

Isto aconteceu comigo há , mais ou menos, 20 anos atrás, e até hoje sinto uma enorme raiva do ginecologista que me indicou pílula, pois ele atendia também minha mãe, e sabia dos antecedentes de trombose.

Depois da primeira trombose venosa profunda, seguida de embolia pulmonar, tive mais duas tromboses na sequência, e aí detectaram que eu tinha (tenho) **TROMBOFILIA**.

Hoje aos 57 anos sofro muitíssimo com fortes dores na perna esquerda, que foi a mais comprometida. As veias chegam a saltar para fora

Curtir Responder 16 sem



São relatos que detalham um conjunto de eventos em que as participantes se veem sem a certeza do que está acontecendo, isso gera a sensação de insegurança que compromete a confiança no profissional médico e por consequência na equipe, no hospital ou clínica. Para elas, o profissional que até o momento não poderia errar, começa a expor essa insegurança no diagnóstico. Essas características dos relatos revelam um estado de impotência já abordado por Baker & Mason (2012), perda de controle e de dependência que surgem de uma variedade de situações internas e externas ao indivíduo.

Por ser uma questão relacionada à saúde, os fatos que levam a essa impotência se tornam determinantes na experiência de vulnerabilidade, pois a doença e a incapacidade da entrevistada possuem interação com aspectos estruturais do mercado e da dinâmica de vida como consumidoras, assim há o confronto obrigatório com uma transição de vida, o que interfere na identidade da consumidoras.

Mais uma vez a percepção da negligência é evidenciada nos discursos. As Participantes 15, 14 e 13 evidenciaram a ausência de registros mais detalhados sobre seus casos abordando a ausência do órgão regulador e o desinteresse hospitalar em registrar o anticoncepcional como causador do trauma nos prontuários. Esse fato, segundo seus depoimentos, poderia trazer mais confiança e segurança ao processo, pois se tornam comuns falas questionando a ausência de estatísticas exclusivas sobre os casos que pudesse estar disponível para a sociedade.

Aqui, a visão de McShane e Sabadoz (2015) relativa ao empoderamento do consumidor se revela quando dá à busca pela informação e ao direito de escolha destaque no comportamento adotado pelas consumidoras. Ela passa a confiar na combinação de fontes de informação que busca, não em apenas uma, esse novo comportamento se direciona aos profissionais médicos e ao medicamento, produto que também era alvo de confiança devido aos benefícios que proporcionava e ao baixo nível de percepção de riscos.

A confiança no produto, o medicamento contraceptivo oral, ficou evidente a partir dos relatos que decorre tanto da confiança no médico quanto da confiança no próximo, que nesse caso se caracteriza por ser uma amiga ou uma parente próxima que já usaram o medicamento. É comum, segundo as entrevistadas, uma troca informal de informações sobre os efeitos colaterais e as vantagens de cada marca de anticoncepcional, isso segundo elas, também contribui para a tomada de decisão. Esse comportamento configura um risco relativo ao consumo de qualquer medicamento e reflete a assunção da consumidora nesse sentido (Bordalo *et al.*, 2013)

**“Eu conheço várias meninas que tomam por conta própria, eu mesma já fiz isso de certa forma quando já tinha ido em dois ginecos e eles me diziam a mesma coisa[...]pra quê gastar se vou ouvir a mesma coisa, vão me passar o mesmo remédio, só muda a marca[...]vou comprar que dá na mesma. Agora sei dos exames e sei que não faria isso antes se soubesse dos exames, eu sei que tenho culpa também,** mas quantas hoje não sabem e os médicos podem avisar? Daí vejo meninas perguntando: - Que anticoncepcional tu tomas? O que tu sentes? Se perguntar pra mim vou contar toda a historinha. Mas e quem não sabe o que eu tive, que quase morro? **Mesmo assim, tem gente que acha que é raro, que não vai acontecer com ela [...]** Gente, não é tão raro, vai em qualquer hospital da tua cidade que tu vais achar pelo menos uns cinco casos.” (PART7)

“Comecei a tomar por unicamente contracepção, a sociedade mesmo, os médicos dizem que você tem que proteger, prevenir, então eu tinha medo, fui como a maioria, tem umas que vão por acne essas coisas, mas eu não. Existe muito de indicação de amiga para amiga, eu sempre tive cautela quanto ao uso de remédio. **Mas anticoncepcional pra mim é como se não fosse um remédio, como se fosse algo que não dá problema, e acredito que não seja só eu, sabe? Que não veja que causa consequências graves como outro qualquer.**” (PART14)

“O que eu estranho é quando um médico te oferece de graça uma caixa de comprimidos que custa por volta de cinquenta reais. E eu começo a me perguntar o porquê. **Você descobre que o médico ganha muitos, de graça, e isso fideliza ele pra ele indicar...tipo, a gente fica vítima porque ele também é vítima, eu vejo assim.** Eu recebi muita amostra grátis, vi alguns que possuem publicidade mais ativa, outros nem tanto.” (PART3)

“Minha ginecologista tinha um armário no consultório dela que quando ela abriu tinha uma vitrine cheia de anticoncepcional da marca que você imaginar, do laboratório que você quiser. E ali era só um expositor, algo assim, porque em algum lugar havia mais, muito mais, **não falta anticoncepcional para amostra grátis,** sempre que chego pra consultar tem um representante vendedor, e o pior é que em muitos casos eles entram na fila, furam fila, chegam como se fosse se consultar. Muita menina ali precisando urgente de uma consulta, tá perdendo trabalho para estar ali, e os caras entram na fila para vender esse negócio, o que me garante que o cara não vai me receitar só pensando nos ganhos?” (PART8)

As Participantes 3 e 8 relatam uma prática de mercado que para ela é comum nos consultórios médicos, é uma afirmação também presente na maioria dos discursos das entrevistas e nos relatos encontrados nas comunidades do *Facebook*. Segundo os relatos, a publicidade farmacêutica tem peso na decisão médica de indicar uma marca de anticoncepcional. Isso, faz com que haja a dúvida de que a prescrição de qualquer

medicamento pode não seguir somente a decisão técnica do médico, mas inclusive sendo considerado a atuação do laboratório.

A perspectiva da confiança em um bem ou serviço define a disposição para o seu consumo e é de influência vital para qualquer modelo de negócio. Quando diz respeito a um profissional médico a confiança é, segundo as entrevistadas, reforçada pela relação médico-paciente que, em muitos casos, alcança a relação de amizade. Nessa relação, cabe a proposta de Moorman, Dhespande & Zaltman (1993), que definem a confiança já ocorre com o desejo de confiar em um parceiro de troca antes de a troca acontecer. É possível já identificar relatos que falam da busca pelo médico em função de sua qualificação, experiência e reconhecimento obtido com a prática no mercado.

Logo, se um médico é legitimado no mercado há, segundo os relatos, maior confiança de suas pacientes em suas informações, por conseguinte essa confiança se expande a qualquer medicamento prescrito ou não por ele. Aqui, identificamos a definição de confiança argumentada por Mangan & Hunt (1994) ao abordarem os conceitos de integridade e responsabilidade na relação de troca, o primeiro reforça a legitimação médica pelos seus pares e pacientes, e o segundo a decisão com base em conhecimento científico adquirido para receitar um medicamento a uma mulher presente em ambiente de incerteza sobre seu organismo.

**“Eu não tinha muita informação, todas as mulheres tomavam e fui mais uma das que aderiu. Nós somos leigos no assunto no que diz respeito a remédio, querendo ou não a gente confia no que é falado pra gente pelo médico, fui começar a tomar, e procurei o ginecologista, e sem muita informação ele já me receitou um remédio.”** (PART11)

**“Eu fico me perguntando o quão responsável foi o médico pelo meu problema, ele tava de certa forma, responsável pela minha vida porque tava me passando um remédio, pensando de outra forma é um veneno porque pode te levar a morte, e quase me levou. Então, só estar escrito na bula não é suficiente.”** (PART16)

**“Hoje eu me sinto diferente em relação aos médicos, antes eu tinha total confiança, o médico falava eu fazia porque pra mim ele sabe o que tá fazendo, tá cuidando de mim. Ele estudou pra isso. Hoje depois do que eu passei tenho o pé atrás com tudo, claro que tem médicos excelentes, mas a gente nunca sabe o que por trás disso, da indústria da doença, de medicamento, depois de tudo que eu li, eu vejo tudo de forma diferente, evito ao máximo tomar remédio, tenho medo. Leio a bula com muita**

**atenção**, vejo se realmente tenho que tomar, mas tem hora que não tem outra opção...como na UTI, eu tava nas mãos dos médicos, não tinha escolha do que tomar, e lá sim, foram excelentes médicos.” (PART13)

Os relatos evidenciam uma transição pela qual passa o sentido de confiança após o trauma sofrido. Segundo Hosmer (1995) e William, Agle & Gates (2018), o que contribui para a definição de confiança é a expectativa de que as partes componentes da troca irão se comportar com compromisso, honestidade, sem tomar vantagens da situação mesmo diante de oportunidades surgidas. Essa definição pode reforçar o pensamento das entrevistadas quando confrontada com a assimetria de informação sobre o medicamento presente no contexto, pois há relatos que demonstram que a confiança pode levar a um estado de vulnerabilidade, percepção mais forte principalmente depois da experiência negativa com o anticoncepcional.

Nesse momento, em que a confiança no médico fica comprometida, o medicamento e sua atuação no corpo da mulher também são contestados. As percepções são reforçadas pelo resgate do histórico de consumo e as sensações passam a não serem mais encaradas como normais, mas como um alerta.

“Tomando pílula é como se eu tivesse o tempo todo de TPM. Eu não sabia, hoje eu percebo isso. Mesmo eu tomando a pílula eu engravidei, e na gravidez eu tive pressão alta, depois que minha filha nasceu nunca mais minha pressão foi normal. **Mesmo procurando o ginecologista e falando da pressão alta, eles pensam que a pílula tendo prós e contras, para eles os benefícios são muito maiores que o risco e querendo ou não, somos um número, a medicina nos vê como um número.** Na minha gravidez eu tive picos de pressão alta, inclusive ficando dias internada por causa disso.” (PART17)

“**Hoje em dia assim eu andei pesquisando bastante e eu vi um termo jurídico que fala que ele agiu com total imperícia,** que ele mesmo eu falando que eu tinha hipertensão e sobrepeso ele não me deu bola e me deu o hormônio pra tomar, então assim eu acho que hoje em dia **tinha que ser obrigatório os ginecologistas pedirem esses exames de trombofilia, pra ver se a paciente não tem, que tem muitos casos que a mulher toma o anticoncepcional e tem trombose tem trombofilia e nem sabia,** não é o meu caso, mas acho que tem que ser obrigatório e acho que a anvisa tinha que cumprir o papel dela de regular melhor isso aí, exigir esses exames e controlar melhor esse mercado, porque virou realmente um mercantilismo e com a **anvisa ne, é uma agencia governamental, acho que ela devia ser melhor aparelhada, que o governo tinha que ter esse controle,** fico pensando em como teria que ser pra ser uma coisa séria, tá errado!” (PART6)



**“minha confiança é quase zero, eu não tenho coragem de voltar ao ginecologista que me deu o anticoncepcional que quase me matou, tratei com o cara quase dez anos e ele deixou acontecer isso comigo, um examezinho de sangue depois de três anos seria bom, não sou eu que tenho que pedir exames pro médico, ele é o médico, ele tem que me dizer.** Então, nunca mais voltei nele, to procurando outro. Agora quando quero um serviço de saúde eu pego os hospitais bons da cidade, entro na lista do médico e vou perguntando se aceita convenio, quanto é a consulta...vou pesquisando, **se acho um médico que posso pagar, pego e vou ver o lattes dele, vejo o que ele já fez e vou testar.** Isso afeta até pra eu indicar um médico pra alguém que conheço. Eu pago dois planos, um da empresa e ou outro por fora.” (PART5)

**“Numa escala de zero a dez, minha confiança em todo médico é dois, quando vou conhecendo o médico vou aumentando, mas tá muito afetada a confiança, e isso falo de médico de convênio. Tem muito médico se formando sem ter a preocupação de valorização da vida, é dinheiro, há poucos que se preocupam com isso. Há pouca humanidade, não que todos os médicos tenham que paparicar o paciente, mas que peguem um raio-x e olhem com mais precisão e cuidado, porque até parece que não sabem direito o que estão lendo. Basta investigar mais e não sair dando diagnóstico no olhometro...eu sinto dores nas costas por causa da minha coluna e hoje qualquer dor hoje me assusta, me apavora, eu já chego no hospital dizendo que já tive trombose, ai sim já vao fazer o exame pra saber como tá a coagulação, porque não fizeram isso quando eu cheguei com uma tosse seca e uma mancha no pulmão? Foram logo me dando uma pneumonia sem ser. Teria pego o problema muito antes, e em vez de perder metade pulmão teria perdido só um quarto.” (PART4)**



gente, os medicos deviam ser treinados para quando receberem mulheres com dores de cabeça, pernas, bracos, perguntarem do uso de anticoncepcionais e desconfiar de trombose logo de primeira!! eh muito descaso simplesmente mandar a paciente pra casa com analgesico como ja vi mto ser relatado nesse grupo...e nesse caso, nem atendida ela foi!!

Curtir Responder 2 sem

Um aspecto fora do comum encontrado no relato da Participante 5 refere-se à sua busca pelo perfil profissional e acadêmico dos médicos com base numa plataforma de registro de produção científica. Para esta participante, o conhecimento científico do médico no seu campo de atuação pode determinar a escolha, informação que deve ser conjugada com a capacidade financeira da paciente de pagar por uma consulta de alguém mais qualificado. E no relato extraído do Facebook a mulher aborda o problema dos erros de diagnóstico frequentemente relatadas nas entrevistas e discutidos nos grupos do *WhatsApp*. Nesses relatos

as mulheres levantam dúvidas sobre os protocolos de atendimento em urgências e emergências, pois que o diagnóstico correto quando realizado o mais cedo possível pode reduzir a gravidade das consequências do dano.

Um Veneno Chamado Anticoncepcional adicionou uma nova foto ao álbum "DEPOIMENTOS, COMENTÁRIOS ENVIADOS PARA A PÁGINA".  
13 de novembro de 2017 · 🌐

Relato de [\[nome\]](#)  
"Diagnóstico: tromboembolia mid  
Sequela: AMPUTAÇÃO DA PERNA DIREITA  
Causa: Uso do anticoncepcional MICROVILAR

Resolvi contar a minha historia dia 16 de abril senti uma dor no pé e fui no hospital de Ibiuna Sp chegando la o medico me passou uma injeção de voltarem e me mandou pra casa mas a dor continuou cada vez mas forte e o meu pe começou a ficar roxo e gelado retornei mas uma vez naquele hospital e de la fui transferida para o hospital regional de sorocaba la ja cheguei quase morta a dor que sentia era tão forte que eles me aplicaram tramol e depois morfina ,ai fiz exames que constatarem tvp passei por duas cirurgia para salvar minha perna mas nada adiantou .Fui entubada tive entre a vida e a morte,mas como tenho muita fe o senhor me livrou daquele leito de morte, como meu pe ja estava morto resolveram amputar.Hoje não posso mais usar o anticoncepcional e tomo AAS."

(...)

[\[nome\]](#) relata que ela e todos da sua família sofreram muito com tudo que lhe aconteceu, principalmente suas duas filhas, que graças a Deus hoje estão com a mãe.

👍👎👤 74

16 comentários 431 compartilhamentos

Segui pro HPS ainda na quinta feira de manhã e relatei tudo pra médica. Ela descartou a possibilidade de ser trombose porque aparentemente não tinha nada na minha perna esquerda. A médica disse que eu estava muito nervosa e ansiosa e passou a medicação: Diazepam e remédio pra dor na veia. Fiz um exame de sangue também a pedido da médica. Voltei para mostrar o resultado e ela me olha assustada. Leucócitos 18.000, uma infecção no sangue.

Sem entender o que estava acontecendo, ela me passa um antibiótico na veia e vou pra casa. As 20h minha perna esquerda volta a doer e assim foi até as 4h da manhã. Acordei as 07 da sexta feira e voltei pro HPS. Outro exame de sangue, um raio x e um ultrassom arterial e venoso da perna. Graças a Deus consegui fazer particular, porque infelizmente pelo SUS eu só iria conseguir fazer hoje mesmo sendo de emergência/urgência. Fiz e levei pra médica já sabendo do laudo: TROMBOFLEBITE. TROMBOSE NA SAFENA COM INFLAMAÇÃO.

TENTEI MANTER a calma porque eu estava bem. Apenas com dor.

Na mesma hora fui internada. (A médica ainda estava tentando entender como que isso estava acontecendo sendo que minha perna estava NORMAL.)

Comecei a ser medicada com antibiótico e As para ralar o sangue. Passar a noite ali sozinha e vendo a situação do hospital e daquelas pessoas me deixou chateada e naquela noite eu chorei e desabei. No outro dia (sábado) a médica Angiologista passou e disse que eu ia ser transferida pro HTO. Fui pro HTÓ, medicada novamente e comecei a tomar Anticoagulante na barriga. Chorei de novo.

Hoje, meu Angiologista bonzinho e atencioso me deu alta para eu tratar em casa. Porque no geral eu estava bem. Agora durante 4 meses vou tomar anticoagulante (que custa 200 reais, só pra constar 🙄) e continuar com o antibiótico.

Foram 4 dias internada. Gostaria só de fazer um alerta. Minha perna não inchou nem nada, apenas dor e peso. Não posso tomar anticoncepcional mais e o resto da vida vou ter que tomar cuidado. PROCURE UM MÉDICO, CONVERSE COM ELE E SE CUIDE.

OBRIGADA aos médicos e enfermeiros do HPS (que Deus abençoe esse hospital por o negocio é feio la) e do HTO pelos cuidados. Muito obrigada aos internados e aos acompanhantes pela cia e pelas ajudinhas.

Obrigada minha família e meus amigos. Amo vocês ❤️🙏

👍🥰🙄 878

151 comentários 392 compartilhamentos

**“Foi um erro atrás do outro, me mandaram pra casa com uma trombose sem saberem que era trombose, voltei em outro hospital, o terceiro, foi lá que fizeram o exame que diagnosticou.”** (Extraído de grupo do *WhatsApp*)

No entanto, é preciso destacar, de um lado, que a qualidade do profissional não é determinada pela sua produção acadêmica, mas que a atitude de buscar por mais informação sobre ele, mesmo na plataforma *Lattes*, deve ser reconhecida como um mecanismo de empoderamento com base na informação a ser utilizada por qualquer paciente. Nesse sentido, o papel de busca da informação para se empoderar na relação de consumo exerce uma função de proteção mesmo que as respostas à estas informações não sejam racionais, pois em diversos relatos surge a regulação como medida protetiva maior para essas consumidoras.

**“Recebi muita amostra grátis,** ainda tem muito a questão da farmacêutica e do médico pra vender os remédios, claro que ele vai indicar sempre aquela que patrocina ele, a indicação é sempre de uma pílula que eles indicam, quando se fala em outra ele insistiu na que ele indicou. Isso afetou minha

confiança no médico, tanto que eu não procurei um médico quando fui parar de tomar, porque sei que se procurasse **ele ia me convencer a não parar**, procurei informação sozinha, sinto que não vou procurar um profissional que vai se preocupar comigo, é minha saúde que está em jogo. **Mas essas amostras grátis deveriam ter um controle também, não preenchi nenhum formulário e até quando comprava na farmácia era muito fácil, ainda é.** No dia o médico abriu uma estante que tinha um megamostruário de anticoncepcionais, foi lá e escolheu um pra mim e a partir dali aquela decisão seguiu minha vida, como ele tinha tanta certeza de que era o melhor pra mim? Não tinha!” (PART8)

**“Nunca fui procurada para fazer o registro do que aconteceu, ninguém, nem a anvisa, nem o laboratório, nem o hospital.** Tem o prontuário, tá lá tudo que passei, meu perfil, e os médicos, os enfermeiros[...] todo mundo me tratou dizendo que era causa do anticoncepcional, mas isso não veio no meu prontuário, ninguém quis assumir e não adiantou brigar, chorar... **Passei mais de quinze dias no hospital ouvindo horrores sobre a pílula e de meninas que tinham sofrido coisas e coisas por causa dela, vou tomar anticoagulante um tempão, mas quando saí que pedi meu prontuário, nada, não falava nada de anticoncepcional!”** (PART3)

Notadamente, o sentimento de confiança transita de uma concepção positiva para uma negativa quanto ao profissional médico e o medicamento. Contudo, a confiança no próximo permanece positiva dado que pessoas do círculo familiar e de amizade são vistas como fontes de informação mais confiáveis quando há troca de informação sobre bens e serviços, e as pílulas anticoncepcionais não foram exceção. Relatos tratam de uso de pílulas apenas com base na sugestão de alguma amiga de confiança ou de uma parente próxima que descreve apenas benefícios de uso.

Nesse âmbito, as redes sociais *online* atuam como mediador de informação (Bakshy, Rosenn, Marlow & Adamic, 2012), com base em postagens e relatos sobre todo o processo de consumo, da pílula anticoncepcional aos demais métodos contraceptivos não-hormonais, transformando-se assim, numa fonte confiável para essas mulheres. Assim, as páginas possuem conteúdo educacional e informativo sobre diversas óticas da reprodução feminina, principalmente, não somente sobre os contraceptivos e consequências.

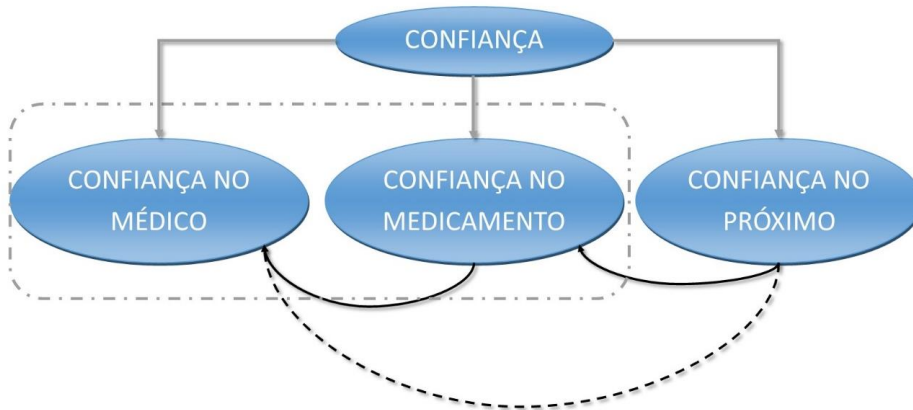
Quanto aos relatos postados nos perfis que tratam dos efeitos do consumo da pílula anticoncepcional, analisados nessa tese, expõem pontos do comportamento de consumo desses medicamentos que vão desde a consulta ao dano e o tratamento. Logo, se há uma intenção de que a consumidoras tome uma decisão sem a prescrição médica, ela é logo revertida ao verificar o que as associadas às páginas relatam.

A confiança nas redes sociais *online* tem base na coesão entre as participantes, mesmo havendo alta frequência de compartilhamento de emoções nos dois ambientes (Stieglitz & Dang-Xuan, 2013). Nos grupos de *WhatsApp*, os relatos e as mensagens de apoio demonstram mais afetividade e a interação é mais intensa do que no *Facebook*, a justificativa para o benefício dessa mecânica pode ser vista no relato da Participante 8, que foi entrevistada e é membro dos dois grupos aos quais nos associamos para a coleta de dados desta pesquisa.

“Uma fala pra outra dos problemas, as que tem já qualquer problema, já informa, umas já deixam de tomar, param, com medo. So que não adianta só parar, quem tem algum relacionamento tem que tomar algum outro método contraceptivo, de preferência sem hormônios. **Esses grupos são importantes no sentido de divulgar a informação, compartilhar por exemplo que o anticoncepcional não fez bem para algumas e ficar esperta, avisar dos exames, alertar dos médicos. A questão não é indicar remédio, é divulgar como ele funciona, porque é bom e porque é ruim.** Ficam uns alertas, se a pessoa não sabe disso, isso alerta, é bom. Mas tem gente que é doída, que vê duas ou três pessoas tomando e vai lá e toma também. Mas a questão da rede como educadora ela funciona bem, pelo menos nesse caso assim, eu acho que funciona.” (PART8)

O empoderamento que ocorre com base nas interações acontecidas por meio das redes sociais *online* é fruto do fluxo de mais informações sobre o mercado e de mudanças provocadas no comportamento sem a inserção de marcas e organizações em seus processos, isso dá às consumidoras mais controle sobre as próprias atividades de consumo. Esse controle possui um resultado subjetivo para a mulher quando afeta sua percepção de mundo como consumidora de um produto que pode alterar seu organismo, seu projeto de vida, sua posição socioeconômica e seu papel familiar.

Portanto, a confiança se revela como uma categoria determinante no comportamento de consumo das consumidoras que investigamos, pois em seus relatos, a imagem do médico surge associada diretamente à do medicamento, e a dos próximos aparece como um ponto de apoio, como ilustrado na Figura 9.



**Figura 9:** Apresentação visual da manifestação da categoria confiança  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A Figura 9 demonstra as divisões da categoria Confiança emergidos nos relatos das participantes, ilustrando uma forte ligação entre a confiança no profissional médico e no medicamento devido ao conhecimento esperado pela entrevistada do médico quanto ao contraceptivo, pois é sua especialidade. A confiança no próximo se revela como meio de busca de informação e as redes sociais online surgem como um reforço nesse sentido, pois há o compartilhamento voluntário de informações sobre os outros dois níveis de confiança, médico e medicamento. Aqui, tanto a percepção de vulnerabilidade quando o alcance do empoderamento é dado pelo nível de confiança que ela sente na dinâmica do mercado, o que expõe a mudança para uma visão mais pessimista e aviva as redes sociais *online* como uma fonte segura de informações.

#### 4.2.2. Categoria: Emancipação e controle

Nesta categoria os relatos revelam dois momentos relacionados ao sentido de emancipação e controle percebidos pelas mulheres entrevistadas. O primeiro, relacionado à situação anterior à vulnerabilidade, concerne ao uso do medicamento, diretamente vinculado à confiança que existe no anticoncepcional, sua representatividade sociocultural e todos os benefícios que ele traz a consumidoras, está ligada à confiança sentida no médico e no medicamento.

Já o segundo momento diz respeito à uma sensação oposta ao que traz o primeiro, aqui o conceito de emancipação e controle se relaciona ao fato de deixar de tomar o remédio, sempre acontecida após o trauma quando os dados vem das mulheres entrevistadas, mas também presente nos relatos coletados das redes sociais *online*, onde não é necessário passar pelo trauma para que as consumidoras abandonem o consumo da pílula e adotem outros métodos de contracepção (Wathieu, 2002).

**“Quando comecei a tomar, eu pensava...tipo...eu engravidado quando quiser. Eu sabia que podia controlar isso. Eu achava que tinha como planejar minha vida, sem depender do meu marido.** Mas hoje eu já vejo diferente, pra mim hoje é uma mentira isso tudo, **você fica escrava do remédio** na verdade. Principalmente as mais novas, que usam pra controlar a menstruação...aí fica a vida inteira uma pessoa saudável tomando um remédio, começa com 16 anos e nunca vai saber na real como é seu corpo, como é sua libido...não vai. Por que altera tudo, e se ela com 26 anos toma desde os 16, nunca ela vai ter a real noção de como é a libido dela porque o remédio mascara tudo. **Ela nunca vai saber como ela verdadeiramente é, é uma liberdade mentirosa, e escraviza.** Muitas vezes ela não precisa, ela gasta dinheiro achando isso, corre um risco que ela não sabe...ta numa roleta russa, e **pensa que tá livre.** Ela nem imagina uma coisa horrível que pode acontecer com ela, como eu não sabia.” (PART5)

**“Quando eu era mais nova, tinha a sensação de independência,** hoje com a informação que eu tenho e sabendo o que sei, eu sinto que estava presa, não tinha essa informação, **minha sensação de liberdade veio com minha busca pela informação, isso me dá liberdade porque me permite escolher o método que melhor se adequa a mim.** Se hoje eu for a um ginecologista e falar isso, ele vai me tratar como uma louca, a primeira coisa vai ser me mandar tomar a pílula, outras mulheres também não entendem, só esse grupo que aumenta cada vez mais, a **maioria teve trombose, teve que ter consequência para se informar, outra parte menor, é porque soube por alguém que teve ou soube de alguém, e está se informando.**” (PART3).

**“É um erro a gente achar que essa independência que a pílula dá é real.** É o contrário, muito pelo contrário. Você controla sua vida, tudo bem, mas não vê que seu corpo tá dependente da pílula, **as vezes a gente não se reconhece.** Eu usei anticoncepcional a vida toda, de adolescente para adulta, e pra mim ele mascarava alguns efeitos da síndrome do ovário policístico, **eu achava ótimo, agora é diferente, mesmo fazendo tratamento eu sinto um alívio em não ter que tomar mais anticoncepcional,** mesmo com as minhas limitações **tem umas coisas que não sinto mais, mas estou limitada justamente por causa dela”** (pílula)(PART7)

**“Também usei o remédio por necessidade, Confesso que é muito confortável, o rosto fica limpinho, a TPM desaparece, cólica você não tem tanto, o ciclo diminui e eu transava sem a sensação de medo ou culpa já que eu era noiva, mas você não tem alerta nenhum das possibilidades de efeitos colaterais, tem na bula, mas a bula não tem dizendo que eu posso ter um adenoma hepático, que descobri quando tava me tratando da embolia.”** (PART14).



Estou completando 9 meses sem o uso de anticoncepcional, nunca me senti tão bem, minha ginecologista é contra a descontinuidade, mas eu disse a ela que essa decisão é minha e agradei a preocupação. Infelizmente como tenho síndrome de ovário policístico, estão voltando a acne, mas estou recorrendo a outros tratamentos com dermatologia.

Os relatos apontam para uma característica transitória e efêmera da independência trazida pelo anticoncepcional segundo as entrevistadas, afetadas principalmente pelo trauma. Essa percepção se traduz na falta de informação ou na sua insuficiência no processo de consumo desse medicamento. A Participante 5, em seu relato, utiliza termos derivados da palavra ‘escravidão’, e paradoxalmente utiliza termos derivados da expressão ‘liberdade’ para demonstrar o efeito transitório do consumo do anticoncepcional. O relato extraído de uma das comunidades do Facebook expõe uma outra faceta dessa emancipação, relacionada ao abandono da pílula, o que tem ligação como comportamento de evitação. Há nos relatos das consumidoras entrevistadas evidências de que o abandono da pílula é um ato de empoderamento e controle.

**“Eu abandonei a pílula assim que comecei a passar mal e sentir muitos efeitos colaterais, coisas que eu não sentia antes de tomar, e olha que tomei muito tempo, viu? foi uma sensação ótima poder ser eu novamente, sentir meu corpo, mas depois de quatro meses a embolia apareceu e fui bater no hospital. Foi uma decisão minha, soube desses casos de trombose que estavam acontecendo, pesquisei, meu médico foi contradizendo que isso era raro, mas não fez nenhuma investigação mais a fundo, e por ironia do destino, aconteceu comigo.”** (PART14)

**“Depois de uns cinco anos tomando eu comecei a me sentir estranha, sabe? Comecei a ter um pouco de espinha, tive algumas infecções de urina que ninguém descobria de onde vinha e eu pensei que deveria ser essa porcaria aqui, depois que quase morri por causa do veneno descobri que tudo foi por causa da pílula”** (PART2)

Percebemos que o relato da Participante 2 evidencia um comportamento quanto ao anticoncepcional que traz a percepção de alteração do organismo já antes do trauma. A



entrevistas já demonstram uma transição ocorrida em função do processo de consumo do medicamento, confirmada após o trauma.

As transições experienciadas no fenômeno de estudo desta tese são reconhecidas como processos, e assim como Hogg, Curasi & Maclaran (2004) afirmam, há evidências trazidas pelos relatos de que não são apenas mudanças ou passos dados, mas, um contínuo vivenciado que leva a adaptações, novos papéis e novas responsabilidades. Podemos identificar nos relatos mudanças na identidade das entrevistadas quando exprimem o peso psicológico da baixa autoestima, a insatisfação com novas condições de consumo, o reconhecimento de que, por mais que supere uma dificuldade de vida decorrente de uma situação de consumo que a põs vulnerável, ainda se considera como tal por causa das limitações adquiridas, o que Croker & Wolfe (2001) denominam de contingências de autoestima.

Os relatos revelaram três fatores em que as consumidoras afirmavam ter perdido o controle de suas vidas na experiência de consumo do contraceptivo: a percepção de quebra da promessa, a sensação de injustiça e o prejuízo expresso à vida. A quebra da promessa foi definida pela crença da consumidora de que o medicamento não cumpriu o que prometeu. Nesse fator, por mais que houvesse de fato a contracepção, objetivo do medicamento, o dano anula em muitos casos o benefício trazido, fazendo com que a consumidora conteste em alguns casos até mesmo sua eficácia.

A percepção de injustiça aborda a crença da consumidora de que não merecia sofrer aquele dano, e conseqüentemente ele poderia ser evitado pelo médico, pelo governo por meio do órgão regulador ou pelo laboratório farmacêutico. Esta percepção leva a consumidora a relatar percepções de que empresas são de alguma forma favorecidas pelo agente regulador ou pela própria dinâmica do mercado. A percepção de injustiça é um fator-chave na postagem das consumidoras para influenciarem a tomada de decisão de consumo do medicamento.

Na percepção de prejuízo expresso à vida foi possível identificar a crença da consumidora de que a empresa, ou seja, o laboratório que produz o medicamento, detentor das marcas, deliberadamente age com as táticas de comercialização do anticoncepcional mesmo sabendo que os efeitos adversos não são tão raros. Para as consumidoras, há violações expressas de normas sociais aceitas, isso promove experiências de relacionamento cruciais entre consumidor e fornecedor, redefinindo o papel de consumidora nesse contexto de troca.

Os desafios associados ao papel e as responsabilidades como consumidoras emergiram de uma característica comum nos relatos, a mudança no estilo de vida causada pelo trauma

que promoveu um repensar no papel de consumidora. Isso influenciou não só sua atuação como consumidora mas seu papel na cidadania; como consumidora o espectro da mudança se ampliou para outros medicamentos, e por vezes para outros produtos, na cidadania, se pôs na busca pela informação adequada, na busca pela justiça, pela regulação de bens e serviços que podem causar algum dano ao consumidor, isso já se caracteriza como um perfil de consumidor empoderado.

Seu empoderamento como consumidora está também no reconhecimento de que, em experiências positivas de consumo, há o sentimento de que é possível conseguir recursos e estratégias como por exemplo conhecer os direitos dos consumidores para alcançar resultados positivos, como fácil acesso informação, acesso ao bem de consumo ou ao serviço etc. As essas experiências criam emoções positivas e facilitam o processo de melhoria da autoestima após o trauma, notadamente uma experiência negativa.

**“Não consigo entender como uma pessoa pode se considerar emancipada porque toma anticoncepcional, com certeza é falta de informação.** Eu mesma não sentia isso, só não queria ter filho, não acho que isso venha a controlar a vida de alguém, o problema é que há muito adolescente inconsequente, e eu fui uma, mas criança de catorze anos tomando anticoncepcional é um absurdo. A desculpa é que é pra melhorar a pele, mas acho que não é isso, acho que é porque não querem engravidar mesmo. **Mesmo se for, é uma inconseqüência um dermatologista passar um remédio tão perigoso pra uma adolescente,** se existe outros meios, esse sim deve ser processado, porque é absurdo.” (PART9).

**“Não posso mais fazer nada do que eu fazia antes, correr, escalar, andar de avião, e agora?** Já passei dessa fase de me perguntar o que vai ser de mim, senão eu deito numa cama e não levanto mais. **Agora é olhar, perguntar: - O que tá liberado pra eu fazer? Pois vou fazer. Revoltante, é, muito!** Mas não dá pra voltar atrás, serve de aprendizado pra eu ver a vida nova que vou levar, tenho amigos que me ajudam, uma família que ajuda, e meu marido que, ‘tadinho’, vai ter a rotina alterada também, porque ele é daqueles que fazemos tudo juntos, até praticar esporte, mudou a vida dele também, virou de ponta-cabeça.” (PART6)

**“[...] desanimei, tô muito abalada ainda, me descuidei e não dá vontade nem de sair de casa,** agora tudo é entrega em domicílio, comida, bebida, quando comecei a comprar roupa pela internet meu pai me chamou a atenção, me pôs no carro e me levou para passear. **Isso já depois de seis meses da internação e ainda tomando anticoagulante, porque, quando vejo esse remédio vem tudo volta na cabeça como se fosse um filme,** dá vontade de chorar.” (PART17)

A polarização dos sentimentos que contribuíram para o surgimento de uma categoria de emancipação e controle estão presentes nas percepções de vulnerabilidade e de empoderamento (Baker, 2005; Villagran, 2006; Tiu *et al.*, 2006). Aqui, a consumidoras se vê vulnerável quando se percebe sem controle da situação de consumo, o que ocorre durante o trauma e o tratamento, e se sente empoderada como consumidoras quando adquire informação sobre a experiência e contribui para a sua disseminação, ajudando outras mulheres que consomem ou pretendem consumir pílulas anticoncepcionais, pois consumidores que se percebem em controle do processo podem ser mais propensos a reclamar e participar de ações ativistas, por exemplo, pois a princípio possuem mais informação sobre o bem ou serviço consumido.

Da mesma forma, é possível sugerir que, suficientemente informada, a consumidora possui um impacto nos relacionamentos com os médicos e com o medicamento. Nos relatos, as participantes indicaram que participaram de atos de resistência ou de evitação de forma mais frequente quando passaram pela experiência do trauma, promovendo boca-a-boca negativo e intensificando com comportamento de queixa nas redes sociais online ou diretamente com o profissional médico.

No conceito de vulnerabilidade atual definido por Saatcioglu & Corus (2014), o estado de vulnerabilidade é experimentado e logo o consumidor se dar conta do que a causou. É uma definição convergente com a maioria dos relatos apresentados aqui. Contudo, a assunção dos riscos de se automedicar converge também com o conceito de vulnerabilidade percebida, onde há a possibilidade de não estar tão vulnerável como se percebe. Nesse sentido, devemos discutir se a vulnerabilidade independe da condição de conhecimento do consumidor sobre aquilo que se consome.

Se uma mulher, que mesmo sabendo dos riscos de consumir a pílula anticoncepcional (Vandenbroucke *et al.*, 2001), a consome não for considerada vulnerável, o conceito de vulnerabilidade do consumidor se limita à razão das organizações, logo a bula, nesse caso serviria como uma solução para o problema. Uma analogia pode ser feita utilizando o caso de brinquedos e suas faixas etárias, onde as indicações de sugestão de aquisição e manuseio são direcionadas aos pais e responsáveis, no entanto, a criança é o consumidor vulnerável ao estar passiva de sofrer um acidente.

Nesse caso, a vulnerabilidade independe do conhecimento que o consumidor possui do produto, logo mesmo que leia a bula, e que o médico forneça as informações necessárias, ao

incorrer no consumo a mulher vai estar vulnerável ao dano, não há independência dela nesse sentido mesmo que perceba isso. Ademais, vulnerabilidade pode ser identificada quanto ao consumo de serviços públicos quando os relatos trazem frustrações com o órgão regulador do setor, as iniciativas tomadas pelas entrevistadas são frustradas pela resposta dada pelo órgão, o mesmo acontece em relação ao laboratório fabricante do medicamento. Isso afeta a confiança no sistema, expõe uma percepção de que não são bem atendidas quando o fato ocorre no que concerne os eventos pós-traumáticos.

A questão da emancipação também é confrontada com os aspectos culturais envolvidos ao consumo da pílula contraceptiva. Os relatos trazem tons de responsabilização feminina nesse tocante, abordando a decisão de tomar o medicamento como uma forma não de empoderamento de consumo, o que pode ser defendido com informação e conhecimento, mas no que se revela como empoderamento feminino.

**“Essa questão da dependência é relativa, porque a mulher não tem muita alternativa, quem não tem parceiro fixo e tem essa preocupação de não ter filhos corre o risco de se expor a um monte de doença, porque pode achar um parceiro inconsequente. Então, é só ela que pode tomar essa medida, e isso é complicado dependendo do grupo social de onde ela vem, o homem ainda tem essa ideia de que não é responsável pela gravidez.”** (PART1)

**“É bastante comum meninas na adolescência ter relações sexuais e começar a tomar anticoncepcional, e eu enxergo isso como uma coisa comum, a sociedade tapa os olhos para não ver isso porque tudo que envolve sexualidade feminina é como um tabu. E com relação a tomada do anticoncepcional, que é cada vez mais cedo, isso é deixado de lado. Não vejo problema em tomar, mas tem que ser tomado com acompanhamento médico. Todo cuidado é pouco, não é errado ter uma gravidez muito cedo, mas planejar é muito melhor.”** (PART8)

**“Eu nunca tive muitos parceiros, mas a mulher tem o controle da relação, basta ela querer, ela vai pensar mais do que o homem, ela tá no controle. Ela pode colocar um diu, um mirena, ela não precisa tomar anticoncepcional, ela pode exigir que o parceiro use camisinha, ela pode acompanhar ele a colocar, e pode conferir no final não houve furo, se tá em bom estado, ela tá no controle, basta ela querer. Toma anticoncepcional só se quiser. Tem outra: você quer ficar mais segura, faz seu ciclo, no dia em que estiver muito fértil, não transa. Tem três dias no mês que a mulher está fértil, evita sexo nesses dias e usa preservativo nos demais que dá certo, mas tem que ter a compreensão do parceiro. Basta ter informação de tudo. Se ela souber de tudo sobre o anticoncepcional ela pode optar pelo que quiser.”** (PART6)

“Eu nunca me prendi muito ao remédio por causa só pra evitar gravidez, por que acho que a camisinha é tão importante quanto, como a prevenção de doença, o que o remédio não garante. **Talvez a camisinha seja uma alternativa melhor, porque não vai causar mal ao seu corpo, evita gravidez e também muitas doenças.** Mas já vi muita mulher falar dessa coisa da liberdade, **mas do meu ponto de vista me pergunto até que ponto você vai ter liberdade?** Você só não vai ter um filho, E uma coisa por outra pelo menos a camisinha não faz mal à saúde.” (PART5)



Que lindo! Eu também tomava o Microvlar e tive começo de AVC. Minha vida era horrível. Perdia os empregos de tanto atestado de dor de cabeça. Sentia muita dor nas pernas, enjoo, mal estar geral. Depois que parei, minha vida mudou muito pra melhor.

No que concerne ao empoderamento, convergindo com a percepção de vulnerável é possível enxergar duas visões do conceito. A primeira identificada nos relatos evidencia o empoderamento no consumo como um resultado, consequência do processo de consumo que evidenciou a consumidoras como um indivíduo vulnerável. A segunda visão remete ao empoderamento como um processo, aqui, é uma resultante da primeira visão, onde as consumidoras buscam o controle sobre seu contexto de consumo, desenvolvendo práticas e habilidades de suporte à sua tomada de decisão. Esse entendimento é afirmado por Zimmerman & Warschausky (1998), destacando o empoderamento como um resultado subjetivo.

“**Nós somos leigas no assunto no que diz respeito a remédio, querendo ou não a gente confia no que é falado pra gente pelo médico,** fui começar a tomar, e procurei o ginecologista, e sem muita informação ele já me receitou um remédio, a primeira pílula que tomei foi a YAZ, tomei por muitos anos e realmente ela reduziu o fluxo, as cólicas melhoraram mas ainda continuavam tanto que eu tomava outro remédio pra melhorar mais. Depois que quase morri até um remédio de verme **eu investigo tudo, pergunto pro médico, pro farmacêutico, leio a bula, a internet até segurança.** Percebi que comecei a fazer mais isso. Já fazia com alguns produtos, alguns muito caros, uma TV nova, um carro, **mas com remédio nunca, nem com antibiótico, porque tem toda aquela burocracia para comprar e a gente acaba confiando, porque não fazem o mesmo com anticoncepcional?** Mas enquanto não fazem **vou cuidando eu mesma da minha saúde** lendo, pesquisando, perguntando a um e a outro porque o médico atente mil do jeito que me atente.” (PART12)

“**Achava que tava segura**, se eu tivesse relacionamento, se eu não tivesse nenhum outro método, achava que fazia bem pra pele, achava que me fazia bem, daí quando a mulher toma ela sabe ao certo quando vai ter o período da menstruação, tem como saber o dia que vai tá ou não vai tá (risos), **eu me sentia com o controle da situação**, saber quando ia menstruar, não tinha cólica, daí agora que eu não tomo eu quase morro de cólica (risos), sinto a dor mas não tomaria mais nem se não tivesse sentido nada. Só o fato de conhecer o meu corpo sem o anticoncepcional já é uma vantagem enorme pra mim.” (PART9)

“Eu usei anticoncepcional a vida toda, de adolescente para adulta, e pra mim ele mascarava alguns efeitos da síndrome do ovário policístico, eu achava ótimo, mas tive crise de enxaqueca coisa que nunca tive...ele parou com minha TPM mas diminuía a minha libido e fui percebendo alguns efeitos colaterais que eu não havia percebido. Eu comecei a usar o anel vaginal, a tpm voltou e a enxaqueca diminuiu. **É como se eu não conhecesse mais a naturalidade do meu corpo e não soubesse mais lidar com isso.**” (PART16)

Wathieu *et al.* (2002) questionam se o empoderamento do consumidor acarreta mudanças no ambiente que podem fazer com que as consumidoras se sintam mais empoderadas. Nos relatos, essa mudança de ambiente está relacionada ao processo de controle de comercialização do medicamento, o que seria uma iniciativa tomada por meio de ato legal. Assim, a mudança relacionada ao processo de empoderamento está vinculada ao trauma sofrido e à busca pela mulher por habilidades de consumo que a ponham numa posição de poder e autoridade em suas decisões, desempenhando papel de educadora, disseminadora de informação e ativista, para ela isso tudo se configura como uma visão de emancipação e controle adquiridos.

Essa perspectiva força o modelo social a mudar seu foco de criação para os consumidores com alguma desvantagem, promovendo acessibilidade ao consumo de bens, informação, espaços e serviços que atendam novas necessidades e assim promovam maior controle sobre o processo, o que pode reduzir a vulnerabilidade e maximizar o empoderamento do consumidor no contexto de troca. Isso incorpora outros campos como a arquitetura, pois ambientes podem ser remodelados e indivíduos não podem ser excluídos.

“Eu tomei exatamente por ter problema de ovário policístico, que o médico disse que me trazia um benefício se eu tomasse, eu achava q a minha pele ficava melhor, **agora de fato a mulher tomar a pílula pra ter uma independência maior, sexualmente falando, não se preocupa muito em engravidar**, mas isso pra mim não fazia muita diferença, por exemplo, não

sou casada, não tenho nenhum relacionamento atual, mas, eu tomava porque eu acha que me trazia benefícios. Agora eu falo para as meninas verem se realmente precisam, se é extremamente necessário, que em ovário policístico há outros métodos, **tomar anticoncepcional é o mais conveniente e o mais arriscado**, ponderem! **Procurem outros médicos, vejam pelo menos duas opiniões de profissionais diferentes, e se tomar peça a receita, compre com ela e guarde, porque um dia você pode precisar.**” (PART4)

**“O ginecologista disse uma vez que se eu quisesse não menstruar mais, nossa! é o sonho de qualquer mulher, né? Daí comecei a tomar essa pílula direto sem interrupção e aí tomei e fiquei uns 4 anos sem menstruar, fiquei sem dor, sem nada, só que é aquilo...hoje eu percebo que a pílula muda o corpo, tem retenção de líquido, celulite, inchaço, e o principal é o libido que muda...e o humor. Mas a pior parte foi quando vi que não poderia mais viajar por um tempo, como assim? Meu lazer, não tenho mais? Senti muita coisa na pele que até percebia, mas sentir é outra coisa, até sair do carro, no supermercado, locomoção, complicado”** (PART10)

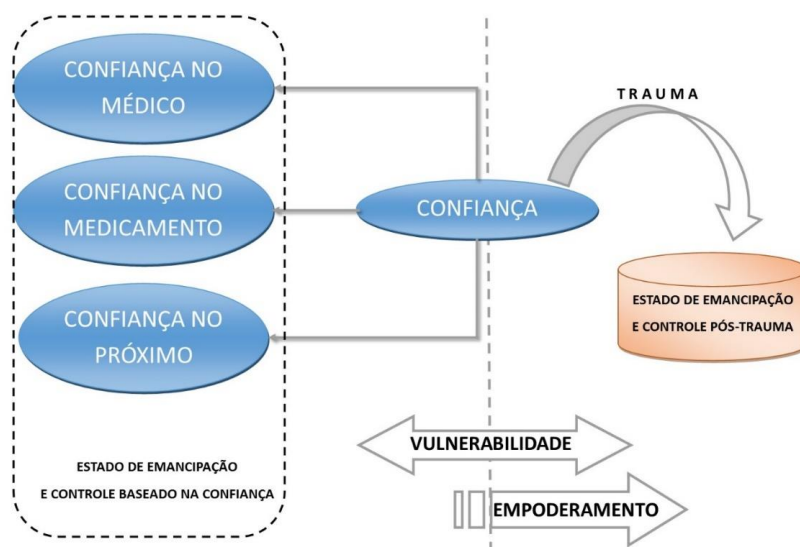
**“Com remédio é assim, você toma uma coisa pra melhorar e ele te ataca em outra, e com anticoncepcional é assim, eu não sou médica pra dizer onde é bom ou não, mas sei o que senti.** Fiquei um tempão sem tomar, cinco anos, e voltei a tomar por causa de um novo relacionamento. Fui ao médico de novo, para evitar gravidez, sempre tive medo. E nunca tinha me sentido segura com camisinha apenas. Eu fui morar com meu noivo na época, ele queria ter filho, mas eu não queria, daí eu comecei a tomar YASMIN de novo escondida, porque eu tava iniciando um mestrado, eu não queria que fosse um fator pra não me dedicar, **agora dependo de anticoagulante**” (PART5).

**“De repente você se vê comprando coisas que nunca imaginaria comprar,** fui a uma loja dessas especializadas em material hospitalar que atende o paciente também. **Muleta, quem um dia acha que vai precisar comprar uma muleta, um aparelho pra fisioterapia respiratória,** aqueles das bolinhas que assopra, foi mais de quinhentos reais em produtos, fiquei satisfeita porque consegui tudo num lugar só, que aliás nunca tinha ido, fiquei surpresa com a variedade, mas ai cheguei em casa me assustei, veio um filme quando tava desembalando tudo aquilo, era uma vida nova, por quanto tempo? Não sei, vou lutar para ser curto, mas agora conheço cada loja dessa na cidade, estou aprendendo novas coisas, **é dolorido, mas me livrar do anticoncepcional a duras penas, isso eu não queria, queria mesmo era ter me livrado antes de tudo.**” (PART19)

Os limites da emancipação e do controle esbarram na dependência de novos medicamentos, as entrevistas contestam a visão de emancipação e controle expressa socio-culturalmente, pois segundo elas, pelos meios de comunicação e pela indústria farmacêutica. No entanto, sua visão possui a influência do trauma sofrido, pois todos os relatos trazem

algum tipo de dependência vista como uma nova posição de vulnerabilidade, seja de outros medicamentos, de terceiros ou de mecanismos que provocam uma nova rotina de vida, exigindo adaptação e resiliência, já que todas enfrentam uma mudança de vida.

Contudo, adaptar-se à nova vida traz novos comportamentos o que as permite enxergarem-se também empoderadas como consumidoras, visão mais evidente do que a de vulnerabilidade, pois aqui atentas aos processos de consumo, às informações disponíveis e a como agir diante de possíveis assimetrias no contexto de troca (Labrecque, von der Esche, Mathwick, Novak & Hofacker, 2013). A Figura 10 ilustra a relação, exposta nos relatos, que existe entre a categoria relativa ao sentido de confiança e a que representa a emancipação e controle.



**Figura 10:** Apresentação visual da relação entre as categorias de confiança e emancipação e controle  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A Figura 10 expõe uma transição no sentido de confiança onde o trauma é sempre mencionado nos relatos como uma causa. Deixar de confiar plenamente ou reduzir a confiança no profissional ou no medicamento reflete também um sentido de empoderamento quando os relatos expõem que a busca por informação em diversas fontes, inclusive outros profissionais, serve como reforço à emancipação e controle na sensação de empoderada. No entanto, a dependência provoca a sensação de vulnerabilidade em situações específicas de



consumo, lazer, por exemplo, fato que, a princípio parece ser contraditório, mas contribui para a resiliência, que culmina no empoderamento.

Embora pareça menos deliberada, a falta de controle não leva em conta requisitos bem conhecidos quando se considera uma população específica em um processo de consumo, como não prever que mulheres com maior acesso à informação ou com alto nível de educação formal necessitem de menos regulação do que outras em situações de vulnerabilidade mais difíceis de se contornar como pobreza ou baixa alfabetização, pois de fato o controle, quando ausente, afeta qualquer uma, por isso esta tese traz relatos de traumas sofridos por mulheres que fazem parte de todas as classes sociais.

A consumidora vulnerável quando busca a manutenção da posição social e não possui os recursos necessários para atender às suas aspirações, passa a enfrentar um dilema a mais. Elas passam a relatar a falta dos recursos necessários para adquirir os bens e serviços para levar as vidas que aspiravam e desempenhar os papéis que eles esperavam de si mesmos ou que a sociedade esperava delas, pois os custos com o tratamento e a nova condição de vida foge do controle até que ela consiga se adaptar. Isso invariavelmente resulta em sentimentos de inadequação, constrangimento ou vergonha e na crença temporária de que não são valorizados pelo mercado de trabalho, por exemplo. Os relatos revelam uma forte sinergia entre os esforços consumidor vulnerável e sua luta diária para se adequar às normas de consumo da sociedade e à realidade das vidas das pessoas que a cercam.

#### 4.2.3 Categoria: Resiliência e Mudança de vida

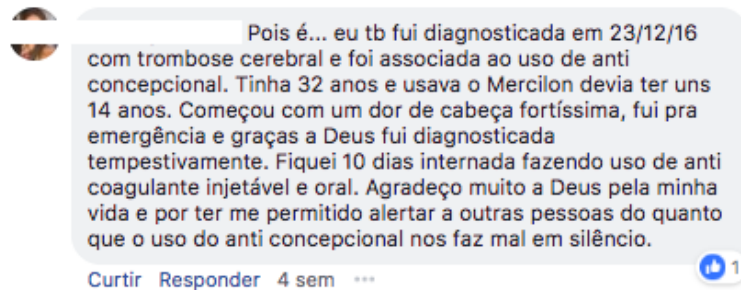
Os relatos que deram origem à categoria de resiliência e mudança de vida revelam os esforços exigidos às mulheres que sofreram o trauma para adaptarem-se às novas rotinas impostas às suas vidas em decorrência principalmente do tratamento consequente do dano à saúde, e como isso afeta suas identidades (Baker *et al.*, 2007). Mesmo que, em alguns casos, o tratamento seja de curto prazo, há mudanças na vida das mulheres, sempre relatadas nas entrevistas. Essas mudanças são associadas à dependência de medicamentos, de terceiros, adaptação residencial e laboral que geram nas mulheres novas formas de consumo que afetam até mesmo seus próximos.

É possível também identificar formas diferentes de lidar com a mudança, há a revolta, o inconformismo, a aceitação e o enfrentamento, não em fases mutuamente excludentes, mas num misto de sentimentos e emoções expressas pelas mulheres após o trauma. O sentimento de revolta é potencializado pela percepção de que a vida não será a mesma, e que o maior esforço será exigido no cotidiano para lidar com essas alterações (Banikema & Roux, 2014). Aqui os sentimentos negativos se direcionam ao médico, ao medicamento e ao poder público, gerando um comportamento de evitação de consumo, transmitido às mulheres mais próximas e compartilhado nas mídias sociais online. Há, nesse ponto do tempo, um forte apego à religião como ferramenta de apoio ao enfrentamento com o sofrimento que a experiência de sofrer uma embolia ou uma trombose, como podemos observar nos discursos abaixo:

**“Isso mudou minha vida drasticamente, eu tinha um ateliê, um empreendimento que eu tive que fechar porque não conseguia mais trabalhar,** não tive psicológico para aguentar ver ele fechado e como trabalhava sozinha, se eu contratasse alguém não iria cobrir os custos. **Isso mudou muito minha vida, mas passei a ver a vida de outra forma, ser mais entusiasmada com a oportunidade que Deus me deu de viver de novo por que sei da gravidade do que me acometeu.** Eu não entendia por que eu não conseguia mais retomar o meu negócio, mesmo incapacitada naquele momento, não conseguia nem me olhar no espelho.” (PART03).

**“Vou passar o resto da vida tomando anticoagulante,** pelo menos foi isso que meu médico me disse, já estou com um ano e meio tomando, **meu marido fez vasectomia porque não posso nem sonhar engravidar, a alimentação é toda regrada, não posso comer qualquer coisa, aí já vai nutricionista, e o que ele passa tem que ser aprovado pelo meu hematologista, exame quase todo mês, teste de coagulação, e lá vai dinheiro,** lá vai paciência também porque tem dia que dá vontade de jogar tudo pro alto, mas é minha vida, né? (risos) mas, **virou rotina, toda consulta vou rezando** para que meu médico diga: “- Olha, você só vai tomar mais essa Caixa!”, um dia essa hora vai chegar.” (PART14)

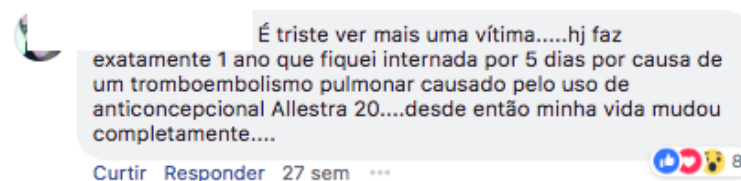
**“Mudou muito minha vida, eu tenho que fazer exame de seis em seis meses, esse gasto eu já tenho que me preparar,** não posso tomar nenhum medicamento hormonal, tenho que fazer muitas consultas. **Mas pelo menos eu presto mais atenção ao meu corpo, observo melhor a mim e as outras pessoas, porque quero ajudar.** Eu fico muito triste com o que vejo acontecendo com essas mulheres, sabe!?! Porque poderia ser evitado, fazendo exame, acompanhamento, o médico não faz, a gente que se souber é que tem que pedir..., mas eles não pedem. **Deus tá me ajudando a ser forte, vou sair dessa.**” (PART15)



“Hoje eu tenho uma vida normal, não tomo mais anticoagulante, **a única coisa e mudou é que a rotina de trabalho é outra, reduzi o ritmo, pedi demissão do trabalho, abri meu escritório com uma amiga porque sabia que teria uma flexibilidade maior e tenho**, não fico mais muito tempo lá, me sinto mal vou pra casa, faço meus horários, trabalho em casa e a trombose pediu que eu fizesse mais exercício, e tivesse mais qualidade de vida. **O que me confunde é que o cansaço pode não ser desgaste do dia a dia, e sim uma nova embolia, isso me dá medo, e o medo me ensinou a mudar assim.** Isso me fez até ficar mais tempo com meu filho, porque na UTI eu achava que ia morrer e ele não lembrar de mim, porque ele tinha dois anos só. Entrei em pânico com isso.” (PART7).

“**Minha percepção hoje sobre o anticoncepcional é péssima hoje, muito negativa**, eu até fiquei pensando “nossa, mas tantos anos eu tomei e não me deu problema e agora deu” eu cheguei à conclusão com as pesquisas que eu fiz é porque esse anticoncepcional que ele me receitou era uma bomba hormonal, um hormônio sintético, e ainda de uso contínuo, e ainda por cima receita para uma paciente hipertensa e obesa, acho que foi por isso que eu tinha parado e voltei então meu organismo tava um pouco limpo e voltou uma bomba hormonal e deu o estrago que deu.” (PART2)

“**A estatística de que dizem que o problema é raro eu vejo como uma mentira**, é mentira, é abafado pela indústria farmacêutica, pela classe dos ginecologistas, isso mentira pura, deslavada, eu não acredito. É muita gente. **Hoje em dia eu tenho visto o pessoal no Facebook que eu fui atrás, as comunidades, as páginas, muita gente com problema, muita gente com trombose, avc, isquemia, muita gente morre sem ter chance de buscar auxílio** do médico, morre no caminho, mulheres com avc, tem ataque do coração, morre e não sabe nem porquê e vai perguntar o que ela tomava, era só o anticoncepcional, mulheres novas sem nenhum fato de risco como eu, saudáveis.”(PART16)





Melhoras querida! Devido ao anticoncepcional tive menopausa com 23 anos, e muitos problemas hormonais... ainda depois de anos, sinto as seqüelas de hormônios desequilibrados devido a usar vários anticoncepcionais na intenção de me adaptar a algum deles... nunca deu certo.. todos que usei me fizeram mal, e suspendi por conta própria... Saúde pra nós!!!!

Curtir Responder 19 sem ...

Nesses relatos podemos identificar os elementos que contribuem para a resiliência das entrevistadas onde se percebem ativas na construção de suas novas rotinas, novas vidas, como monitoramento, preservação, adaptação de comportamento e emoções e autorregulação. É o que Dillon *et al.* (2007) afirmam ser o amadurecimento do sentimento de eficácia sobre o risco e sobre as decisões tomadas.

Para elas, qualquer decisão a ser tomada relativa a sua saúde deve vir suportada por muita informação e segurança, e isso é embasado com pesquisas feitas pelas próprias consumidoras sobre o produto, pois após o trauma a busca por informação se intensifica, ela passa a se enxergar como vulnerável por não ter o mesmo volume de informação no início do processo de consumo do anticoncepcional. Incluindo o aspecto financeiro embutido nessa mudança de vida, o que exige resiliência dessas consumidoras (Baker & Mason, 2012), também foi afirmado pelas entrevistadas a exigência de novos planejamentos, as entrevistas relatam gastos altos e inesperados que vêm com a mudança de vida; todo o custo envolvido no tratamento, aquisição de produtos e adaptação alimentar, o que afeta em alguns casos a estrutura familiar, exigindo resiliência também dos pais, filhos e companheiros.

“Daí os médicos falaram que foi por causa do anticoncepcional e eu falei: então tá bom! **Parei de tomar e agora estou em reabilitação desde o ano passado, eu não consegui voltar para o meu trabalho direito, eu to afastada** pelo INSS e ainda estou fazendo um monte de fisioterapia pro pulmão e tudo e agora tem que tomar um remédio caríssimo e o negócio tá complicado, gastos demais, não tava preparada pra isso, minha poupança tá indo embora e eu ainda não voltei a trabalhar.” (PART3)

“Agora trocaram meu remédio por um que eu estou tomando agora que chama XARELTO, **é um absurdo, uma caixa custa mais de 230 reais e não dá para um mês, mas pelo menos eu acho que ele tá resolvendo**, já me sinto bem melhor, to começando a fazer caminhada, coisas para exercitar

o pulmão...coisas assim, porque eu preciso voltar para minhas atividades, né? Afinal de contas, tenho trinta anos, **interrompeu toda a minha vida, eu tinha acabado de entrar no emprego novo, três meses, fiz compras, dívidas que estava pagando, e agora to a sete meses afastada**, estou mais afastada do que eu trabalhei, acho que vou me mandar embora quando eu voltar, como vou pagar minhas contas? [...]estava organizando minha vida e acontece isso” (PART6)

“Olha, você pode até ter tido pneumonia, porque quando o sangue vaza no pulmão, pode infeccionar, mas a causa foi embolia. **Aí me deram anticoagulante, tomei MAREVAN, era uma bagunça, tinha que colher sangue todo dia, todo dia...**depois de quatro meses tive muita dor nas costas...intensas, liguei pro médico e disse que a dor estava mais forte, não tava melhorando e os analgésicos não faziam mais efeitos. Aí ele falou pra eu correr pro pronto-socorro, quando chegou lá **eu tava tendo outra embolia de pulmão, só que menor do que a de antes, mas era outro...quer dizer...o MAREVAN não tava fazendo efeito assim.**” P11

Quanto ao monitoramento, as consumidoras tornam-se obrigatoriamente mais vigilantes no controle do seu estado de saúde, no entanto, o monitoramento se intensifica em outros aspectos da vida, como na parte financeira pois esta é uma das mais afetadas pela nova condição enfrentada. Os relatos revelam comprometimento ou redirecionamento de renda, pois surgem na vida da consumidora novos dispêndios, e isso exige comportamento de resiliência. Os discursos das Participantes 3 e especialmente da 6 mencionam um espectro da vulnerabilidade que afeta a autoestima da mulher e desloca de sua posição de autonomia, acontece quando envolve o trabalho. Quando responsáveis pela manutenção da rotina familiar, como apresentado em Commuri & Gentry (2005), a família acompanha toda a mudança, sofrendo diretamente com a transição de forma mais intensa e traumática. Contudo, quando há um compartilhamento de despesas ou ela é solteira, a preocupação envolve apenas a si mesma, ficando mais fácil enfrentar o trauma, são duas perspectivas de apresentação do comportamento de resiliência, em intensidades diferentes.

A ideia de preservação surge quando a entrevistadas mostram-se preocupadas com a vida, há um sentimento de alerta em que qualquer dor, incômodo ou algo diferente sentido desperta o medo de um novo trauma e dispara a ação de procura imediata do médico, de uma clínica ou hospital para se assegurarem de que a saúde está sob controle (Wathieu *et al.*, 2002). Aqui, resgatamos o monitoramento, pois realizar exames são atos contínuos na vida das mulheres que sofreram o trauma, conseqüentemente o documento do exame é um artefato presente nas suas vidas de forte significado, que compõem os discursos sobre a evolução do

tratamento. Tais exames, para elas, ajudam a contar a parte da história de vida após o trauma, resgatam a memória dos fatos e geram expectativas positivas.

**“Enquanto eu tava tomando anticoagulante foi muito triste pra mim, não podia viajar, tinha que comprar meia, ajustar anticoagulante, a vida muda completamente. E de certa forma afeta seu parceiro, sei que o meu marido entende, e me dá muita força, mas isso afeta ele. A gente fica com medo de tudo. Eu sonho em ser mãe, posso financeiramente, minha vida é estável, mas tenho medo porque tem essas injeções que tem que tomar, isso me mata por dentro. Então to tendo que adiar esse sonho, to precisando de coragem pra seguir em frente, olha só o que isso me causou. Eu não posso nem viajar pra resolver problemas do meu trabalho. Eu penso até nas minhas possíveis filhas.”** (PART15)

**“O que eu passei, passei calada, quantas noites eu chorei porque o médico falava pra mim que eu ia tomar anticoagulante a vida inteira, uma menina de 19 anos vai tomar um remédio a vida inteira. AI vez por outra aparece uma notícia: “-Modelo de 21 anos morre de embolia pulmonar”, quando vou ler...diz que a causa pode ter sido o anticoncepcional...poxa! Eu pelo menos tô viva né? Mas eu sofro com as consequências de tomar o anticoagulante, olha só, meu cabelo ralinho, ele cai por causa do anticoagulante. Você não sabe o que é ter que sair do seu horário de trabalho e ter que tirar sangue pra fazer exame pra saber quanto que você vai tomar, se é um comprimido, se é meio, um e meio.”** (PART18)

**“Eu vejo as radiografias me vem tudo como um filme, cada momento ruim, cada ida pro hospital, como fui parar ali, como vim parar aqui, Entre idas e vindas tirando sangue, viagens de carro longas pois eu morava no interior e tinha que me deslocar de carro para uma cidade maior e fazer tratamento), foi um período bem complicado, muitos gastos. Cada viagem dessas é uma história, já passei mal, já cheguei e voltei porque não consegui vaga, quase morri nessa época, tivemos que ir pra justiça, aliá, ainda tá na justiça [...]olha só a papelada, é exame demais, até pra tirar sangue, agora tem a papelada da justiça, olha o que tudo isso me causou, mas vou me livrar disso logo logo.”** (PART3)

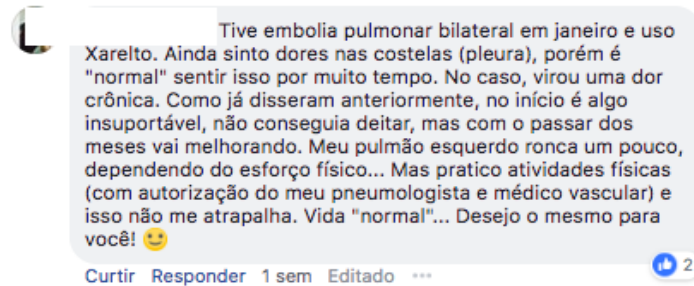
O relato da Participante 3, nesse momento, demonstra um estado de conformação com a mudança de vida. Os novos fatos, as novas condições de consumo, que envolvem o tratamento, exigiram adaptação comportamental e emocional, uma questão que reflete sua resiliência e revela uma expectativa positiva de uma nova fase, a de pós-tratamento. Já a Participante 18 demonstra em seu discurso uma faceta da resiliência e da mudança de vida analisada neste estudo que está presente em todos os relatos, a autoestima.

“Tirando a queda de cabelo, eu superei tudo, mas foi muito difícil, **tinha dia que eu nem conseguia me olhar no espelho. Me ver de meia, abatida.** Nem queria falar no assunto, mas superei e me sinto bem em falar, em informar em dizer que as pessoas podem se livrar disso.” (PART18)

“**a autoestima baixíssima (risos), baixíssima, até vou fazer, já agendei uma psicóloga pra fazer terapia porque além da autoestima tá baixa eu fiquei com umas crises nervosas** que qualquer coisa que eu quero tem que ser pra ontem porque senão dá um nervoso, da ate vontade de chorar, começo a chorar porque qualquer sintoma que eu tenho já ligo pro médico, já ligo pra emergência, porque eu acho que posso morrer. **Fiquei muito dependente dos outros até agora, era tudo, banho, vestir, ir ao médico, afetou muito minha respiração, até dia 8 de abril não estaria conseguindo falar com você assim,** tinha que fazer inúmeras pausas pra respirar. Fiquei bem triste mesmo, me deu até uma depressão, fiquei bem chocada, traumatizada.” (PART11)

“Olha isso foi bem complicado viu? Todo mundo fala que se tomar o anticoncepcional engorda, eu não! Eu perdi peso. E não muito, mas perdi quatro quilos fácil nos primeiros meses. **Tem aquela coisa estética, quase não tinha mais espinhas, meu cabelo era bonito, eu tava de bem comigo, mas aconteceu tudo isso, fiquei um tempão no hospital, tomei um monte de antibiótico, corticoide, fiquei um tempão sem me exercitar, praticava esporte e parei, voltei a caminhar agora, engordei mais de 15 quilos depois do problema.** Engordei bastante, sai do hospital nano entrava nas minhas roupas, me apavorei (risos). **Meu namorado entende, mas pra mim é complicado.** Eu não posso sair muito, ando pouco porque canso, quero sair, ir a aniversários mas não consigo ficar uma hora num local porque começo a ficar cansada, tem gente que não vejo, amigos que não vejo a mais de seis meses, perdi tudo isso, o médico diz que vai voltar, mas já vi que vai demorar...**isso deprime a gente, você se vê sozinha, doente...é complicado pra mim, muito! Existe muita paciência, não volta ao normal tão rápido.** Eu não conseguia nem ler, agora estou conseguindo, não conseguia me concentrar, mal lia gibis. Não conseguia nem ver TV, perdia a concentração e me perguntava sempre quando isso iria passar, foi difícil.” (PART4)

“**Hoje em dia eu estou melhor, entrei em depressão, mas nunca procurei psicólogo, sei que tenho que procurar, preciso, e não sei quando isso vai passar.** Quando veio a embolia eu pensei que ainda nova ter isso, me deu uma raiva tão grande, mas foi passando. Agora, tem dia que eu fico mal, qualquer dor me abala, já fico alerta, tensa, e **sei que preciso de um psicólogo pra me ajudar com isso, mas não consegui dar esse passo.** Quando vejo alguém do meu lado com o mesmo sintoma até entro em desespero, o trauma me fez até ficar chata porque fico dizendo pra todo mundo fazer os exames, todas as minhas amigas e conhecidas.” (PART2)



- “-Deus que me perdoe em **três meses de trombose é a primeira vez que estou revoltada com essa doença**
- Estou revoltada com essa doença
  - Revoltada
  - As vezes revolta, mas vamos lutar, um dia de cada vez
  - Calma Iana, **vamos esfriando a cabeça e pensando o que pode ser feito.** - Não tem jeito de fazer um doppler pra saber?
  - Nunca me senti assim, **sempre aceitei a trombose com resignação e por vários momentos com muito humor eu fui no pronto Socorro**
  - Mas ai Deus anda sempre uma palavra amiga e conforto ao ❤️”
- (Diálogo extraído de grupo do *WhatsApp*)

É comum que consumidores explorem significados simbólicos dos bens que adquirem ou desejam adquirir, há uma necessidade de balancear autonomia e identidade com esse bem para que suas escolhas sejam definidas de acordo com o significado que o consumo vai representar. Nesse sentido, a autoestima possui papel motivador de comportamento e tomada de decisão, principalmente quando a motivação para a decisão é positiva, porém quando negativa é possível identificar um comportamento de proteção da autoestima, o que de fato se exprime nos relatos, quando os esforços se direcionam para que uma redução nesse sentimento não seja algo mais com que não se saiba como lidar ou que precise de um profissional para dar suporte (Baker, 2005).

Aqui, a rejeição ao produto é evidente pela percepção de que a experiência negativa foi causada por ele e pela proibição de não o consumir mais. Além disso, a resiliência é incorporada à identidade da consumidora quando em momentos distintos ela transita entre a distinção social de se considerar uma vítima do produto, que segundo a indústria e a agência reguladora é um fato raro, e a identificação social com outras consumidoras que passaram pelo mesmo evento (Baker, 2009; Barnhardt & Peñaloza, 2012; Mason & Pavia, 2015). Essas consumidoras buscam experiências, em sua nova condição de vida, ligadas a aceitação,



manutenção, proteção e aumento do sentido de autoestima, é uma adaptação que aprimora o sentido de si mesma.

Sirgy *et al.* (1997) afirmam que os significados simbólicos dos produtos estão associados à imagem que o consumidor tem do bem que consome, e a pílula anticoncepcional possui um significado simbólico que está ligado às questões socioculturais femininas que influenciam a sociedade desde seu desenvolvimento e comercialização. Assim, a experiência dessas mulheres com o medicamento cria um entendimento compartilhado sobre o produto que envolve crenças e ideias que entram em conformidade com as normas do grupo. Quando as experiências são negativas, elas tendem a se conhecer e reconhecer como membros do grupo, percebem as sutilezas das diferenças e tornam-se vulneráveis aos estereótipos criados por si mesmas.

“Mas mudei minha alimentação, procuro não ser sedentária, faço atividade física todos os dias, me tornei uma pessoa melhor por causa dessa doença. **O meu trauma psicológico foi muito maior que o que sofri fisicamente, precisei de ajuda psiquiátrica, mas fiquei com a terapia e remédios como Rivotril.** Fiz até tratamento espiritual, porque eu queria era ficar boa, hoje eu consigo falar tranquilamente sobre isso, mas a um tempo atrás eu não conseguia falar sem chorar muito. **O problema destruiu meu relacionamento, eu não soube lidar, mesmo meu ex-noivo tendo me ajudado muito eu não soube lidar,** meti os pés pelas mãos e junto com muita coisa o relacionamento foi junto, bom que não ficou mágoa, mas foi difícil.” (PART5)

“Hoje eu ainda faço tratamento, com anticoagulante, pra prevenir mais uma trombose. Como tive embolia pulmonar a minha respiração ficou afetada, **eu faço uso de duas bombinhas pra poder respirar melhor porque eu sentia muita falta de ar,** por isso eu fiz outra internação agora em abril. É uma mudança horrível, e **agora eu tenho que voltar a fazer fisioterapia então é muito gasto, muito tempo gasto sobretudo, tem que se dispor a fazer a fisioterapia e não há uma previsão para regeneração do pulmão,** mas ninguém garante que eu vou ter o mesmo pulmão que eu tinha antes, **eu não me reconheço mais,** engordei, emagreci, faço coisas que não fazia e não muito do que eu gostava de fazer, **eu era mais vaidosa, não mais muito tempo nem paciência pra isso, porque tudo tem limitação. Quando descobro que posso fazer uma coisa que gosto, posso, mas posso com restrição.**” (PART7)

“**Isso cortou minha vida toda, ai fico me perguntando onde eu estaria no emprego se isso não tivesse acontecido,** os dois meninos que entraram comigo já foram promovidos, estão evoluindo e eu aqui não tenho perspectiva de voltar logo. **Fiquei pra trás,** tá ruim de arrumar emprego, quero nem pensar muito, que se mandarem embora, fazer o que? Procurar outro. **Você vai ficando velho e as exigências são outras. Interrompeu**

**tudo o que eu estava vivendo, provavelmente quando eu voltar não terei trabalho. A sensação de impotência é enorme.” (PART3)**

**“O emocional fica afetado, a autoestima vai lá pro chão. É pesado lembrar, e lembrar do fator, qualquer dorzinha eu corro pro hospital, me acham dramática, mas só quem sentiu e esteve lado a lado com a morte é que sabe. Quando eu relembro o que aconteceu eu choro até não poder mais. Depois enxugo a cara, olho pra vida que está vindo e paro de me vitimizar, tento pelo menos, porque tem outras mulheres que nem sobreviver conseguiram, outras perderam a perna, tem gente pior do que por causa de uma trombose e precisa a minha ajuda e não que eu fique chorando no canto lembrado do que passou, vamos lá, vamos ajudar quem precisa e conscientizar quem tá em risco, não posso deixar que uma pessoa sadia tome esse veneno sem informação nenhuma e termine como eu. E se for uma pessoa sem recurso, sem plano de saúde, vai depender do hospital público e morrer? Eu não confio” (PART15).**



Eu tive Embolia Pulmonar em 2013 por causa do anticoncepcional, o medo que vc sente é absolutamente normal eu tive que me tratar com psiquiatra pois quando sai do hospital não queria dirigir, não queria ir para a faculdade, não queria sair de casa....foi muito difícil e ainda é! Tenho medo o tempo todo de ter outra vez pois em 2015 descobri que tenho trombofilia...em 2016 engravidei usando o DIU de cobre, 9 meses tomando injeções de anticoagulante e mais 40 dias após o parto! Foi muito difícil mas graças a Deus minha princesa já está com 01 ano!!! Ainda tenho medo e acho que nunca vou deixar de ter....a fé que me guia!! Força.....vai dar tudo certo.

Curtir Responder 22 sem ...



Também tive depressão logo que comecei a tomar. Então como o quadro foi piorando cada vez mais, resolvi pedir para a ginecologista mudar. Ela disse que não podia, pq eu estava tomando a pouco tempo. Então resolvi parar por contar. Foi só parar com o anticoncepcional que não tive mais nada. Nunca mais tomei. Não gosto nem de lembrar o que passei.

É evidente que num estado de autoestima afetada pelo trauma, a consumidora se vê novamente vulnerável, essa impotência é percebida quando elas, as mulheres entrevistadas, relatam que se veem como “O lado mais fraco da corda” (PART8) nas interações de consumo, pois são obrigadas a mudar seu comportamento. Aqui, Segundo Baker *et al.* (2015), o controle foge do alcance do indivíduo, o que faz surgir dependência de fatores externos, como da regulação ou de outros bens e organizações, por exemplo, para criar justiça no mercado.

A autoestima é atingida porque, a vulnerabilidade real, já exposta por Baker (2005) surge da interação de estados individuais, características individuais e condições externas dentro de um contexto onde as metas de consumo podem ser dificultadas, e as consumidoras percebem-se frágeis após a experiência negativa de consumo. Nesse processo que envolve o anticoncepcional, os estados individuais vão desde a autonomia que o medicamento promove no início da relação de consumo da mulher com ele até aqui, onde a autoestima se prejudica, no entanto após o trauma elas se percebem vulneráveis desde o início.

Quanto às características individuais, os relatos apontam para a investigação médica e a real necessidade de tomar a pílula. Para as entrevistadas, a combinação entre exames mais detalhados e específicos como o da trombofilia e a informação mais precisa sobre os efeitos negativos e positivos do medicamento pode contribuir para evitar muitos danos. Assim, segundo elas, a investigação deve ser individual levando em consideração que sofrer uma trombose, um acidente vascular ou uma embolia pode não ser raro como exposto.


**“É um tipo de coisa que não aparece em um exame qualquer.** Comecei a tomar anticoagulante, o CLOREXIDANE, internada por 5 dias e fui melhorando. Mas, não tive nenhuma sequela, uma cicatriz no pulmão, mas dos males o menor, só dois meses de repouso, mas cinco anos tomando anticoagulante. **Parei de tomar e agora estou em reabilitação desde o ano passado, eu não consegui voltar para o meu trabalho direito, eu to afastada pelo INSS e ainda estou fazendo um monte de fisioterapia pro pulmão** e tudo e agora tem que tomar um remédio caríssimo e o negócio tá complicado. (PART2)”

**“Vulnerável...eu me sinto uma vítima, porque, se meu ginecologista tivesse me falado que tem métodos A, B e C...me mostrando prós e contras,** eu iria optar pelo de menor risco, claro! Essa ideia de anticoncepcional é como se fosse a única alternativa, porque uma coisa é eu ler a bula e ver aquelas coisas horrorosas que estão escritas e pensar que vai acontecer comigo, se você ler a bula de um xarope pra tosse vai ter contraindicações também, já aconteceu? Não é a mesma coisa! Tá pra prevenir, alertar, se acontecer suspende o uso, mas quantas bulas você já leu? Quantas aconteceram tudo aquilo? Mas comigo aconteceu e foi a única vez, um único remédio que me fez isso...e foi grave. É um caso muito sério.” (PART13)

**“Mas a gente, lá no consultório não escolhe, não tem escolha. Ninguém nem sabe de casos, porque se algum fala, fala como se fosse uma extrema raridade e ainda põe culpa no paciente...é comportamento de risco! fator hereditário...mentira! Quantas pessoas tem na página que não tem hereditariedade?** E quantas que tem e toma a vida inteira e não sentiu nada. Existe. E isso também não pode ser considerado, tem casos de gente assim

que tomou a pílula a vida toda mesmo com o fator hereditário, descobriu depois, parou, engravidou e teve um aborto espontâneo no oitavo mês de gestação, por conta do fator. **Essa menina vai tomar CLEXANE pelo resto da vida, que é o que vai acontecer comigo e eu tenho que agradecer porque eu tava com metade do meu pulmão comprometida mas em três meses ele tinha se recuperado, mas quantas meninas naquela página não ficaram com sequelas, teve uma que teve que amputar a perna...menina nova.** (PART9)



ficou com pânico e ansiedade pois foi internada várias vezes com suspeita de ter novamente. Faz terapia e vem melhorando vagarosamente. Está processando o médico. Temos passado muito trabalho. Abraço carinhoso, 

[Curtir](#) [Responder](#) 4 sem ...

Os discursos da resiliência possuem um fluxo cronológico que podem ser enxergados como um complemento do processo de consumo do medicamento (Dillon *et al.*, 2007). A história de vida das consumidoras que envolve sua relação com o anticoncepcional tem um repertório de sentidos que seguem uma sequência de eventos e cada um deles possui um conjunto de sentimentos e percepções que dão suporte a cada categoria. Mudar o modo de vida foi inevitável, adaptar-se foi obrigatório, e isso é uma evidência que contribui para o empoderamento dessas consumidoras fazendo-as se sentirem mais informadas, com mais controle sobre o corpo e sobre as decisões que tomam. Portanto, quando compartilham seus traumas e sentimentos, quando buscam por conta própria informações em fontes diversas e confiáveis, estão se empoderando no processo de consumo e contribuindo para o empoderamento de outras consumidoras (Smailhodzic, Hooijsma, Boonstra & Langley, 2016).

**“O que me impressiona é que a cada dia mais meninas novas estão passando por isso e sem informação.** Por isso eu entrei na página, dei meu relato, incentivo a postar os relatos e peço pra calcular o percentual de quantas pessoas seguem a página e quantas já tiveram (danos), por que a mídia não mostra, na França o YASMIN já tinha sido proibido e no Brasil ele tá em livre circulação. **Ele é caro, muito caro, ele te promete mundos e fundos, ele não te engorda, porque muitas querem prevenir e não querem engordar. Eu me senti uma vítima, eu quero alertar todo mundo, e o quanto eu puder eu vou alertar, vou escrever na página, porque tá crescendo, o pessoal tá correndo atrás, tem meninas que já tá mudando o método.** As pessoas nunca pensam que pode acontecer com ela

ou com alguém perto, porque uma coisa é você ver na página, outra é você conhecer alguém que teve. (tom de empolgação na fala).” (PART11)

**“Eu deixei por conta própria e ainda assim sofri uma trombose pouco tempo depois, é por causa disso penso que todas nós corremos riscos, então temos que buscar a informação por conta própria, porque pelo que percebo e converso com outras meninas, os médicos não falam nada, sem falar que se compra pílula em qualquer farmácia, só chegar, pedir, pagar e levar...qualquer uma, qualquer uma compra, se você mandar seu namorado ir lá eles vendem sem empecilho nenhum, cadê a ANVISA? Cadê o CRM? É por isso que não tem como saber quantas mulheres sofreram isso, não se sabe quantos anticoncepcionais são vendidos pra espinha, para ovário policístico ou pra evitar gravidez[...] daí a informação que a gente tem é a da bula, que diz que é raro, a do laboratório que praticamente manda a gente ler a bula e a da ANVISA que joga a culpa na gente, praticamente. Tá tudo muito errado!” (PART16).**



› Só quero saber até quando mulheres serão enganadas sobre o real perigo em usar esta DROGA comercializada livremente como anticoncepcionais, quantas mais vidas serão levadas para que falem a VERDADE sobre este assunto, vamos ver daqui aos próximos 10 anos por exemplo se vão continuar mantendo esta estatística FURADA de que são raros os perigos, esta doença se alastra muito rápido novamente eu afirmo quantas vezes for preciso, quem quer tirar esta dúvida passe algumas horas em um hospital e verás a quantidade de mulheres com trombose causadas pelo uso de anticoncepcionais, sou prova viva do que falo, por experiência própria, então com prioridade sobre este assunto, baseados no que estou passando, fatos reais, não se enganem mulheres, não esperem que aconteçam com vcs para ver que não é só com o vizinho que isto acontece, se coloquem a par das consequências desta doença, sequelas, limitações jamais recuperadas, dores constantes, aí sim podem fazer suas escolhas se realmente preferem optar em usar ou não a pílula.

Curtir Responder 3 sem ...

[Ver mais 4 comentários](#)

O conceito de vulnerabilidade trazido por Baker, Gentry & Rittenburg (2005) e Shultz & Holbrook (2009) pode nos levar refletir somente sobre as limitações sofridas pelo indivíduo ou que um consumidor nesse estado é incapaz de se engajar em alguma causa de consumo. No entanto, a fala da Participante 11 agrega para um outro ponto que contribui para os estudos da vulnerabilidade; o momento ‘pós-vulnerável’ ou, o instante em que ser percebido como vulnerável já não compõe mais o espectro de sentimentos do consumidor, daí em diante o empoderamento ganha espaço.

Esse discurso é reforçado no relato da Participante 16, que no momento pós-

vulnerável identifica os principais atores do sistema de marketing do anticoncepcional, evidencia um estado de revolta e responsabilização, além de buscar meios de regulamentação e controle do medicamento como uma forma de reduzir a vulnerabilidade de outras mulheres, pois para ela, o risco é iminente a qualquer consumidora. Contudo, essa fase de ‘pós-vulnerabilidade’ diz respeito apenas àquela vulnerabilidade vivenciada, nesse caso, quanto ao consumo do anticoncepcional, desta forma, ainda que nessa ‘pós-vulnerabilidade’ ela poderia estar vulnerável em outros campos de consumo, inclusive causado pelo trauma.

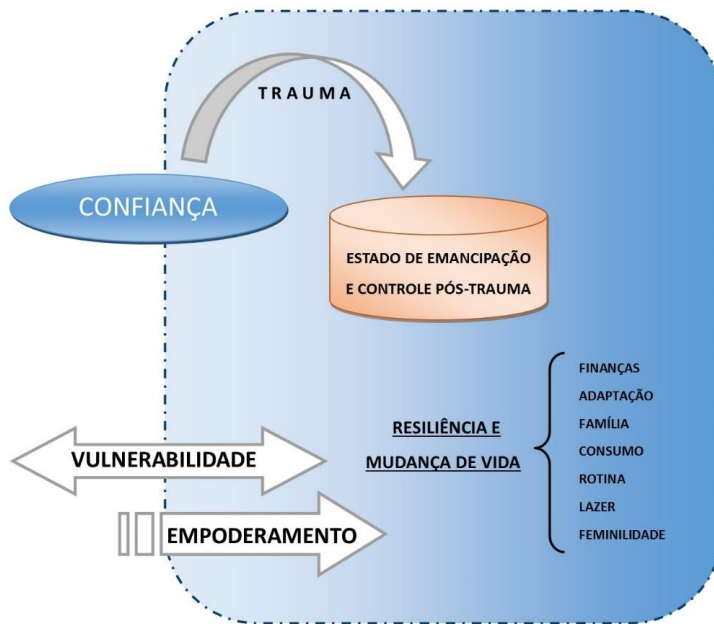
**“Eu me enxergo tendo caído numa armadilha que eu poderia ter previsto,** podia ter evitado, eu achava que tava me tratando de uma coisa, o cisto no ovário, daí descubro que já tenho outra coisa, grave, que foi provocado pelo que tava me, digamos, tratando. **Cai na minha própria armadilha. Então, meu empoderamento é hoje porque busco a informação e busco a informação completa, antes não, eu fui meio que enganada.** Eu até apoio o uso o anticoncepcional como remédio, não como acessório, que é como acontece hoje, eu não tinha alternativa porque era para me tratar.” (PART1)

Perante o exposto, diversos fatores contribuem para a experimentação da vulnerabilidade, porém o corpo, a saúde, são alguns deles que contribuem para desafios de consumo e alteração na identidade. Por isso, muito do engajamento de mercado das mulheres que sofreram o trauma se direcionam ao ativismo, conscientização, compartilhamento de informação e reconstituição identitária, todos com fim de construir sua resiliência, e reconhecer-se resiliente para elas é um fator de empoderamento (Baker, 2009; Fuller *et al.*, 2008; Brodie, Ilic, Juric & Hollebeek, 2013).

O sentido disso é que quando essas mulheres sofrem o trauma, elas experienciam sentimentos de tristeza, angústia e desconhecimento em relação a autoimagem e aceitar esta nova imagem, agora diferenciada pela mudança, pelo trauma, pelo tratamento, não é apenas experimentado pela mulher, mas pela sua família e seu ambiente, a posição do parceiro é decisiva nesse processo, pois por meio do apoio em forma de companheirismo e compartilhamento de recursos como tempo, esforço e dinheiro, os sentimentos incômodos se dissipam.

A maioria dos relatos traz o medo do abandono e a insegurança durante todo o tratamento, a confiança nesse momento já se encontra abalada e essas consumidoras estão num processo de formação da emancipação e controle, reforçando sua resiliência por meio do

aprendizado em uma nova configuração cotidiana, portanto, como ilustra a Figura 11.



**Figura 11:** Apresentação visual da resiliência e mudança de vida na vulnerabilidade e empoderamento das consumidoras de pílula contraceptiva oral  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A Figura 11 expõe como a resiliência afeta diversos componentes da vida e se caracteriza por ser uma condição que evolui com as experiências vividas, reforçando o estado de empoderamento. O impacto do trauma afeta a feminilidade da entrevistada, levando-a à frustração de diversos sentidos, como consumidoras, como mãe e como esposa, pois surge a uma autopercepção que leva a sentimentos negativos como sensação de imperfeição, frustração e desânimo, assim uma visão inclusiva de cuidados devem considerar que a resiliência nesses casos exige mais esforço do que se imagina, e que a exigência de um novo comportamento de consumo não pode resultar na fuga do problema e tornar-se mais um problema a ser enfrentado, o que intensificaria o sentido de dependência.

Existe uma complexidade na interação da identidade de qualquer indivíduo com o consumo, e uma transição nesse sentido tem um nível de complexidade tal que quando ligadas ao corpo ou a saúde o consumidor se vê ativo em novos mercado e compras, como uma

cadeira de rodas, por exemplo. São novos produtos e novas rotinas de compra que estão sob um novo escrutínio. As mulheres que sofreram o trauma causado pelo consumo de anticoncepcional enfrentam desafios de vida aos quais, para ela, não há certeza do futuro, com a presença desse fato em seu cotidiano por meio do tratamento, que é custoso e desgastante. Com a saúde provocada, a identidade se transforma e o comportamento de consumo é inerente a essa corrente.

A vulnerabilidade se reforça com a perda temporária da identidade (Pavia & Mason, 2014), as consumidoras enfrentam as dificuldades quanto a bens e serviços para atender suas necessidades, passam a questionar seu papel por um momento e o futuro de seus atos de consumo sempre se perguntando quando tudo irá ter um fim, ou mesmo concluindo que não há mais volta, aqui a resiliência é uma condição imposta pela situação vivida.

**“E ele me prescreveu a pílula. Confesso que fiquei receosa, mas compreí, li a bula e vi as reações, vi trombose, mas não sabia o que era, e como ele tinha me avaliado eu fiquei tranquila e comecei a tomar.** Depois de uns três meses eu comecei a sentir falta de ar, cansaço. Até que um dia eu senti essa dor muito forte no peito e pensei que era coração, nem relatei com o remédio, menos uma doença grave e ainda mais pelo remédio que eu tava tomando, jamais pensei que era aquilo, descobriram que eu tinha embolia pulmonar, fui direto pra uti e a medica mesmo falou que provavelmente era o anticoncepcional. **Isso afetou completamente minha vida, tive que parar, não conseguia não fazer nada, até para tomar banho tinha que ter auxílio, agora que eu to conseguindo tomar banho sozinha, lavar o cabelo, faltava ar para tudo.**” (PART7)



Há 4 anos tive uma trombose. Não sabia o que era isso até acontecer comigo. Tomava pílula desde os 26 anos e não fazia mais ideia do que era o meu corpo sem ela. Foi só quando parei que percebi. Por alguns meses, ficou uma bagunça: cabelo super oleoso na raiz, depois intensa queda de cabelo, e ele não é mais tão liso e brilhante como quando com a pílula. O ciclo se regulou direitinho, mas voltei a ter cólicas. Acne me pega de vez em quando, sinto meu corpo sem inchaço e a libido... Mudou completamente. Eu nem tinha noção. Segundo meus últimos exames, parece que estou com endometriose, e os médicos insistem para colocar DIU Mirena. Mas tenho muito receio. Não quero voltar a engordar e correr o risco de ter alterações de libido outra vez. O meu corpo "acordou" sem os hormônios.

Curtir Responder 9 sem Editado ...



5 Respostas



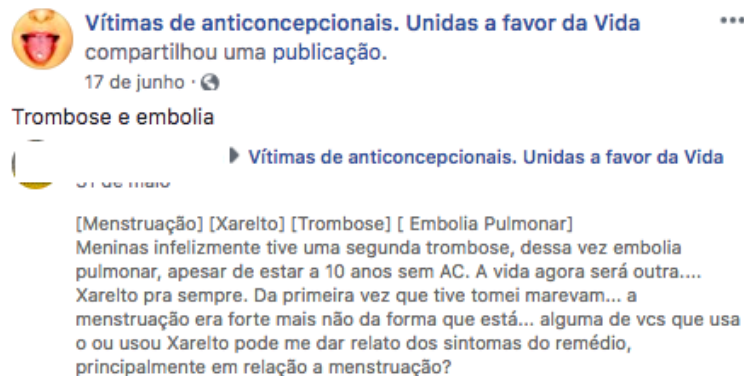
“-Gurias hj fui ao médico especialista que irá tratar a minha trombose venosa , ele me receitou um remédio antiguaculante que custa cada caixa 270,00 reais eu não tenho condições fiz as contas e gastarei 2 mil reais pra cima com tratamentos...remédios exames consultas...queria saber se o governo dá ajuda sei lá...se alguém sabe dessa informação...  
 -Eu sou obrigada a tomar se não me dá a aquele problema pulmonar acho que é ... 😊  
 -Que remédio ele passou?  
 -Clexane, será?!  
 -Xarelto antiguaculante  
 -Alguém toma ele?  
 -A maioria aqui  
 -Eu tomo marevan  
 -Xarelto muito caro  
 -Xarelto isso mesmo  
 -Eu tomei um ano  
 -Agora estou no marevan  
 - Tem como entrar na justiça pra conseguir  
 -Tem que ter um bom laudo médico  
 -Pra consegue  
 -Esse marevan é muito caro?”  
 (Diálogo extraído do grupo do *WhatsApp*)

Aqui a vulnerabilidade se configura pela condição da paciente que, segundo o relato, deve ser investigada, dado que não poderia consumir o medicamento, pois problemas de saúde, principalmente de causas externas como esse, prejudicam o bem-estar psicossocial da consumidora provocando uma trajetória de vida incerta. As consumidoras entrevistadas estabelecem um comparativo em memória que confronta sua personalidade saudável antes do consumo do medicamento com a atual, comprometida e dubitável quanto ao futuro.

Portanto, as questões levantadas quanto às mudanças, em especial as que afetam a identidade, sobrecarregam as consumidoras com preocupações corporais e medos relacionados à dependência e à perda, pois a incerteza presente nos relatos se torna um fator central nas novas experiências de consumo, assim perceber-se como doente ou mesmo limitada a leva a um confronto com realidades do dia-a-dia que provocam isolamento, pois a dependência a exclui de atividades antes triviais como dirigir, pegar o filho na escola, lavar roupa e cozinhar, alcançando as atividades laborais, isso afeta a percepção de autoeficácia,

controle e autonomia (Bandura, 1982; 1991). No mesmo âmbito, algumas entrevistadas revelaram a perda de suas identidades profissionais, e como se tornaram dependentes dos companheiros, de serviços ou do governo, e as aflições que isso suscita sobre a dependência de suas finanças futuras e do bem-estar como consumidora.

**“vou ter que tomar anticoagulante por pelo menos um ano, ele é um absurdo, uma caixa custa mais de 230 reais e não dá para um mês, mas pelo menos eu acho que ele tá resolvendo, já me sinto bem melhor, to começando a fazer caminhada, coisas para exercitar o pulmão...coisas assim, porque eu preciso voltar para minhas atividades, né? Afinal de contas, tenho trinta anos, interrompeu toda a minha vida, eu tinha acabado de entrar no emprego novo, três meses, e agora to a sete meses afastada, estou mais afastada do que eu trabalhei, acho que vão me mandar embora quando eu voltar.”** (PART7)



**“Por enquanto tô impedida de dirigir, ai vem mais um gasto** porque como meu marido trabalha a gente tem que pagar uma van pra pegar as crianças na escola. Vê só! Eu trabalhava, meu marido trabalha, dois salários, agora é só um, eu pedi demissão pra me dedicar ao tratamento, recebi uma rescisão, a empresa foi muito boa comigo, **mas tem hora q eu me sinto uma inútil.”** (PART16)

**“Olha isso, eu tô de meia de compressão, nunca tinha usado isso na vida, agora tenho uma gaveta cheia,** legal que tem de toda cor pra vender agora (risos). Mas pra mim é incomodo passa o dia todo com isso, **quando tem que sair fico me sentindo uma estranha, a gente fica feia, as coloridinhas são legais, da hora, as pessoas gostam, acham que é moda, mas é doença.”** (PART6)

**“Quantas famílias choraram a perda de mulheres sadias,** por conta disso, por preguiça de indicar outra coisa, hoje quando vou fazer meus tratamentos, não posso mais tomar hormônios, e me dão outras opções [...] **por que essas opções não me foram mostradas antes? Então é porque existem.** Porque não oferecem essas opções a outras meninas, mas não! Vão receitar o veneno lá. Eu não era gordinha, não tinha problema de pele, não bebia...nada, não tinha ovário policístico. Eu digo que é um veneno quando você não se cuida e deixa ele se torna um veneno, **e ainda tem a questão de não ser fiscalizado.**” (PART18)



Nossa boas melhoras a vc. Graças a Deus não cheguei a ganhar paralisia . Mas quase ganhei por conta do anticoncepcional Tamisa 30 . Era umas 5da manhã e eu comecei a sentir meu braço direito esquentar e perder a força. fiquei apavorada e falei com minha mãe. No mesmo dia ela me aconselhou parar de tomar o anticoncepcional e eufiz isso. O médico me disse que foi minha sorte pois se eu continuasse ia perder completamente força d corpo. Mesmo assim fiquei mais 5dias com os sintomas piorando começou tbm no lado esquerdo e n minha perna direita. Coisa simples como abrir o portao passar desodorant ei não conseguia mais fazer. De tanta fraqueza. E fora a dor e ardencia em sentir meus nervos repuxando era horrível um pânico. apos medicamentos fiquei bem. Tempo depois tomei diane 35 parei por conta das cólicas. Ai tomei ciclo 21 quer novamente comecei a sentir fraqueza e tambem não podia deixar o braço e a mão parado que ja adormecia horrível isso. foraa falta de ar eu puxava meu ar e e sentia ele pesado e tinha vez que o ar nem vinha quando eu puxava. agora aprendi parei pra sempre com essas drogass ainda que nosso Deus me fez parar a tempo e sem sequelas. Obrigada Senhor . Não pretendo ter filhos agora po minha condição não ser adequada mas se acontecer mais vale trazer mais um ser ao milagre da vida do que perder a minha !

Com o trabalho e a carreira afetados, algumas entrevistadas relatavam inseguranças sobre como se definir como trabalhadora, elas relatam a insegurança sobre o seu valor para a comunidade, apontando para incapacidade de satisfazer não apenas suas próprias necessidades futuras de consumo, mas a sua contribuição para o grupo. Os sentimentos de impotência na produção e dependência no consumo as faziam se sentirem mais vulneráveis no ambiente de transacional.

A evidência é que o senso de controle, o sentido de continuidade e a independência são afetados pelo problema tratado nos relatos e transformam o papel da mulher na estrutura familiar e na sociedade, isso desorganiza os fatores centrais da identidade e em posterior análise, potencializa a vulnerabilidade. Quando nos relatos, a compra de um novo item de consumo é destacada, como a meia compressora pela Respondente 6, há uma percepção de

que aquela compra levanta o questionamento do que aquele objeto diz sobre a consumidora, sobre suas crenças e como lida com seu corpo. Nesse sentido, existem sentimentos negativos relacionados à essa compra pois há também um constrangimento associado ao produto (Lemon & Verhoef, 2016).

Comprar meias, muletas, anticoagulantes etc., é uma declaração sobre a consumidora, surge para muitas mulheres a necessidade de apoio do estado para continuar o tratamento, fazendo-as questionar sua autossuficiência, compelidas à novas situações de consumo, com informações de mercado restritas, num processo de busca de entendimento do significado das novas necessidades e do que isso representa na vida nova. Nesse contexto, amigos e familiares levados ao processo, também se obrigam na visão desta consumidora, a atender as suas novas necessidades, o que pode fortalecer ou enfraquecer os laços, dificilmente elas se mantem como antes.

Os bens, no contexto de consumo que envolve todo o processo pós-trauma vivenciado pelas entrevistadas, resgatam à memória os eventos relacionados à mudança, reforçam a percepção da transição para uma outra posição de consumidor no mundo, pois atividades simples e normais de consumo como se alimentar assume novos significados e novas práticas.

Tai mudanças levam à vulnerabilidade devido à tensão quanto às limitações financeiras, ao tempo escasso e à energia reduzida para execução de tarefas diárias. São contratempos de saúde que levam a desafios de identidade que aumentam o cenário de vulnerabilidade da consumidora ao passo que seus recursos se limitam, pois, as decisões que costumavam ser tomadas sem indicação são tratadas com outras pessoas, a mobilidade é reduzida e o consumo é publicizado. Ao mesmo tempo, a maioria das entrevistadas vê que seus próximos estão presentes por amor ou amizade. Assim, o aumento da dependência é paradoxal quando seus laços intensificam os sentidos de pertencimento e apoio, mas ao mesmo tempo significa redução ou fim de autonomia.

Doenças e deficiências provocam mudanças na percepção de identidade em diversas perspectivas, como a de consumo por exemplo, e o tratamento pós-trauma causado por uma embolia, trombose ou acidente vascular cerebral não foge à regra. Numa perspectiva mais intrínseca, onde o mundo passa pelos sentidos e pelo corpo as informações que vem dele mudam, logo a experiência se altera, a dinâmica da mulher em suas atividades diárias muda e os demais atores do mercado percebem essas mudanças.

Por isso, os mecanismos de apoio por meio das comunidades são uma parte importante

na redução da vulnerabilidade dessa consumidora em qualquer ambiente e as redes sociais online contribuem para essa redução. Em nos casos levantados, as questões que consumidoras enfrentam são tão pessoais e comportamentais que os desafios de identidade continuam a ser enfrentados muito depois do evento inicial. Assim, são consideradas maneiras específicas de mudar a paisagem física e emocional das consumidoras, o que resulta em uma nova posição de vulnerabilidades do mercado a ser combatida em conjunto.

#### 4.2.4 Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais

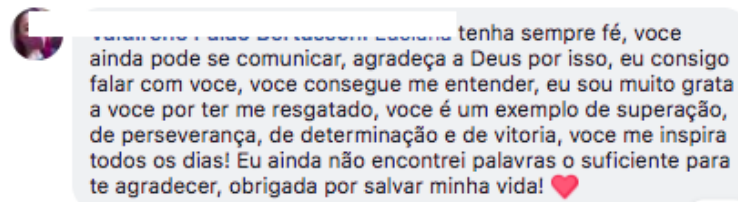
Um dos atributos comuns às mídias sociais *online* é que elas permitem às interações entre seus membros a possibilidade de centrar suas ações no usuário, impulsionando a colaboração, permitindo o compartilhamento de conhecimento e informação e a construção de atividades comunitárias, e a *internet*, segundo Punie, Lusoli, Centeno, Misuraca & Broster (2009), é o meio que mais aproxima os usuários na busca de informação.

Essa aproximação e possibilidade de interação criam expectativas e oportunidades de empoderamento sob a perspectiva de consumo, também diversifica as arenas das relações de consumo, integrando-as à vida do indivíduo e da sociedade. Contudo, há vantagens e desvantagens relacionadas a esse uso, o empoderamento é um ponto positivo, um instrumento utilizado para mobilizar e um conceito carregado de significados para as mulheres que estão em fase de tratamento, que pode representar seu estado de bem-estar.

Desta forma, as redes sociais *online*, ao facilitarem o compartilhamento de informações e experiências negativas ou não relativas ao consumo do anticoncepcional, reforça a capacidade de indivíduos, comunidades e grupos de acessar e usar seus poder pessoal e coletivo, autoridade e influência, operando força ao relacionamento com outras pessoas, instituições ou sociedade (Smailhodzic *et al.*, 2016). Aqui se desenvolve uma qualificação social de dimensões múltiplas que ajuda as pessoas a ganhar controle sobre suas vidas. É um processo que promove o poder nas pessoas para uso em suas vidas, em suas comunidades e sua sociedade, agindo em questões que eles definem como importantes.

**“Eu tenho amizade com muitas desses grupos, o que gerou esse movimento, o que me move é o amor ao próximo, pra que ninguém passe**

pelo que passei, vou fazer de tudo pra que todo mundo saiba disso, pra indústria farmacêutica isso não é importante, mas pra quem quase perdeu a vida e pra família isso é muito importante. Eu sou religiosa, mas tem gente agnósticas e etc. Mas todas temos essa coisa em comum, de ajudar o outro. Por que quando a gente se expõe dessa forma e assume que é religiosa muita gente já quer descredenciar, desacreditar, mas quem passou perto da morte como eu passei e vi uma amiga perder uma irmã por trombose causada pelo anticoncepcional, eu sinto muito (choro), e vi muitos relatos...e eu **faço isso por amor ao próximo e mover a informação, vontade de ajudar, passo informação pra todo mundo, por quem tá lá em cima** (referindo-se à indústria farmacêutica) não pensa em nada disso, só pensa em dinheiro.” (PART15)




O relato da Participante 15 expõe seus motivos de associação e engajamento tanto nas comunidades do *Facebook* quanto nos grupos do *WhatsApp* criados como fonte de informação e apoio, inclusive apoio religioso, muito presente nos discursos de apoio com o objetivo de levar conforto a quem passa por problemas. Para ela, esse comportamento se configura como uma ação de empoderamento no processo de consumo, pois se enxerga como consumidora empoderada e contribui com informação para que outras não incorram “nos mesmos erros” (PART15).

Há em diversos relatos uma comparação relação ao nível de informação disponível com o nível de informação acessado, o que transparece uma assimetria que nas entrevistas são expostas como um fator de natureza deliberada. Assim, as mulheres relatam que mesmo que a informação esteja na bula sobre a possibilidade de o trauma ocorrer ela ou é ignorada pelo médico ou não é tratada com a devida preocupação, e por isso, as redes sociais online são vistas como atores informacionais na redução da ocorrência dos traumas ou na prevenção e no apoio emocional e técnico que alcançam as mulheres, as famílias e seus parceiros, que em muitos casos possui papel determinante nas decisões de consumo do anticoncepcional.

**“Muitas meninas estão usando e não tem conhecimento do que pode causar, e com a página isso pode ser reduzido** ao ponto de que elas podem pôr a mão na consciência e saber que foram avisadas, mas nem todo mundo conhece a página. **Aconteceu comigo mas eu não tinha ciência disso, meu**

**médico não falou, não tive uma amiga pra me falar, e o papel da página é esse, informar as opções e deixar ela decidir conhecendo os riscos que estão sofrendo porque as consequências serão delas** e não é fácil, tem muito médico que não orienta, o meu disse que eu tava com pneumonia, e a maioria dos plantões que você chega é médico residente, claro, porque tem que ganhar experiência, mas raríssimos vão entender desse caso se alguém chegar com esse caso. Então, acho que tem que se informar sim, pra evitar sofrer algo pior ou ficar com uma seqüela irreversível se for atendida da maneira errada.” (PART17)

“Eu compartilho muita coisa, mas antes vou buscar a fonte da informação, e **se eu confio na fonte eu compartilho**, muita gente entra em contato comigo quando posto alguma coisa. **A vantagem dessas redes é que o conteúdo é gerado por todos, a comunicação não tá mais só no emissor, ela tá na massa.** E pra essa questão ela faz isso, **mesmo quem nunca teve o problema se sensibiliza e não toma mais, divulga a informação, faz os exames e exige a regulação.** Vejo que o resultado tem dado efeito positivo, mas é preciso de mais engajamento social.” (PART5)


 **Unidas a favor da Vida** 17 de maio de 2016 🌐 ▶ Vítimas de anticoncepcionais. ...

Meninas que foram **vítimas**, não deixem **de** compartilhar seus depoimentos, isso ajuda a salvar **vidas** (possíveis vítimas)

Muitas pessoas do nosso dia a dia não ficaram sabendo o que já passamos tomando esta veneno. Ontem **a** noite fui chamada no chat por uma colega que ficou preocupada com todos estes relatos, e se sentiu extremamente preocupada quando viu o meu, uma pessoa conhecida! Após uns minutos **de** conversa, ela que já estava optando por outro método contraceptivo seguro, se sentiu confortável e nos aprofundamos no assunto. Ela não quer mais tomar, procurará o gineco para verificar sobre métodos **de** barreira (não hormonais).

Muitas mulheres acompanham os relatos porém é aquela velha história, não conheço ninguém que teve....Por isso digo, relatem meninas, divulguem, muitos médicos ginecologistas alegam q não causam mal algum, rellitam **diante de** tantas **vidas** tiradas, sequelas e milagres postados aqui para tentar salvá las. **A** escolha é sua , o corpo é seu, se existe o risco pq não prevenir?

Administradora **da** página, tem como colocar enquete para saber quantas mulheres **da** página ja foram **vítimas** para termos um percentual para os seguidores?

 **Os textos daqui do grupo sobre os malefícios dos anticoncepcionais sobre o corpo da mulher ajudaram na decisão do meu marido de fazer a vasectomia. Foi a melhor coisa que fizemos!**

Podem abordar o tema de forma direta, **sim**, porque tem muito **hômi** lendo aqui e quem já fez, recomenda! 🍊🍊🍊

Curtir Responder 11 sem Editado ... 👍 🗨️ 8

O processo de empoderamento do consumidor passa necessariamente pela capacidade e liberdade de escolha do que o indivíduo decide consumir (Denegri-knott *et al.* 2006). E é evidente que as comunidades com base em redes sociais online não tem o objetivo e nem o poder determinístico de fazer a mulher optar ou não pelo consumo do anticoncepcional, seu papel é dispor a informação e estimular o aprofundamento na compreensão do processo de consumo de um contraceptivo e ainda prover de mais fontes sobre o medicamento e seu consumo, cabe à mulher, como defendido por Hayek (2013), decidir consumir ou não, ciente dos riscos, esse é um aspecto do empoderamento que deve ser considerado; não olhar para o consumidor apenas como o lado mais fraco da relação de troca, como sempre uma vítima.

Essa situação contrapõe a vulnerabilidade, que atua como um choque inicial, mas, uma vez superado o evento do trauma, o desafio fica na recomposição da vida como era antes (Baker, 2013). No entanto, essa fase é relatada como parte do discurso de apoio compartilhado a quem sofreu o trauma e está em tratamento por meio das redes sociais, e é um momento em quem ainda existem situações de exposição à vulnerabilidade.

Assim, na incerteza quanto ao futuro, também presente nos relatos que formam esta categoria de análise, a função de apoio por meio das redes sociais *online* torna-se menos em ajudar a restaurar uma vida anterior do que em apoiar a mulher à medida que se aproxima de um futuro desconhecido para ela mas ainda vivenciado por muitas ali associadas, há uma contribuição na aprendizagem do novo cotidiano e uma influência na satisfação com a vida (Trepte, Dienlin & Reinecke, 2015). As entrevistadas levantam dúvidas sobre situações de consumo distantes em perspectivas temporais, o que seria uma maneira de estimular o otimismo quanto à recuperação, ou articulam até mesmo fazer compras para esquecer do tratamento, sendo isto uma atividade de lazer e descontração, como relatado pelas Participante 3 e 10.

“A recuperação está indo bem, tô seguindo tudo que pede o tratamento e me sentindo mais ativa. **Eu e meu marido estamos pagando uma viagem para comemorar o fim do tratamento, uma viagem que nunca pensamos em fazer**, vai ser quando eu puder viajar sem medo de nada, mesmo que ainda tomando algum remédio, mas vou tá liberada. **Vai ser como uma outra fase, uma passagem, essa viagem vai marcar uma nova vida, não a de antes do remédio, não de agora do anticoagulante, mas a do renascimento.**” (PART3).

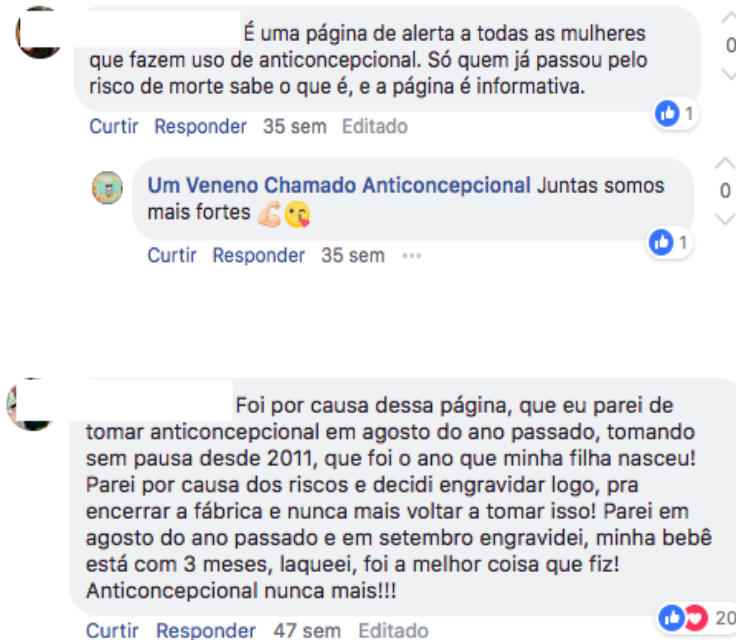


“Como eu sou funcionária pública eu já tenho a garantia de uma aposentadoria pública, **mas depois desse problema eu to investindo numa aposentadoria privada, pensando mais na minha velhice**, na velhice e no agora também. Acabou essa coisa de viver para trabalhar, agora meu bem-estar é que importa, trabalho da forma que dá, minha profissão permite, faço meus horários e tenho as horas de ir ao médico, de tomar remédio, **mas agora me dou ao prazer de fazer o que gosto, tem dia que vou para o shopping só passear por que hoje já posso, a seis, sete meses atrás isso era impensável.**” (PART10)

Uma visão de futuro que não seja de longo prazo pode tornar o consumo por impulso mais provável, e reduzir as chances de um comportamento de comparação de compras, por preço ou benefício, por exemplo. A tomada de decisão pode se tornar inconsistente e aumentar a tensão, nessa perspectiva o modo de afiliação ao grupo pode reduzir a sensação de descontrole nas situações de consumo fazendo-as pensar que não estão sozinhas e talvez outros que compartilhem a experiência possam fornecer orientação e aconselhamento, é comum nas comunidades mensagens de orientação e aconselhamento, nos grupos do *WhatsApp* esse fenômeno ganha maior intensidade pelo nível de interação que permite mais intimidade entre as participantes.

“Amiga, sei bem como é, **a gente quer comprar tudo que vê como se isso fosse resolver nossa vida, mas quando eu chegava em casa me sentia vazia de novo**, o melhor mesmo é ocupar a cabeça com uma coisa produtiva, eu comecei a pintar”. (Relato extraído de grupo do *WhatsApp*)

“**Esse grupo de WhatsApp é muito bom, porque apoia**, hoje a menina tá muito bem, mas amanhã, de repente ela começa a se olhar, as meninas que usam meia (para circulação) e pensam: “nossa, isso é coisa de velho” ela se sente pior, a autoestima cai, o cabelo vai falhar...mulher...se você quer mexer com ela; cabelo! **Não vai longe, então o grupo dá um suporte emocional muito legal**, porque muitas vezes a sua família vai achar que você procurar um psicólogo é coisa de doido, é frescura, porque você tá viva, e pra muita gente isso basta, mas a gente tá na pior...!! **Ninguém tá entendendo o que você pensa do futuro, eu já penso no desespero, eu sonho em ser mãe, eu adio isso porque lá atrás eu comecei a tomar essa injeção na barriga, porque ou você toma ou você perde a criança**. Ai você vai procurar saber como é, descobre que a gestação aumenta do risco de trombose. **São nove meses de injeção, uma injeção de alto custo, ai você escuta o médico dizer que tem mês que o governo esquece das pacientes...e aí?** Como faz? Você começa a se pergunta se um dia vai poder parar de tomar anticoagulante, sem saber se foi hereditário, **só depois de um tempo, então esse suporte na rede, no Facebook e no WhatsApp é muito importante. Se na minha época tivesse tudo isso eu não teria me sentido tão sozinha, não teria sofrido tanto que eu sofri**. Por que eu não tinha liberdade de conversar com minha mãe. E meu namorado, que hoje é meu marido foi quem me deu o maior suporte.” (PART19)



Simultaneamente, ocorre com menor frequência relatos sobre aquelas mulheres que não querem ser identificadas como alguém que sofreram o trauma, mas, que por meio das redes sociais e pela identificação com os relatos, passam a se revelar, pedir ajuda e ajudar. Nesses momentos é comum as pessoas se emocionarem e relatarem seus casos como uma forma de libertação “Eu sou muito mais do que a minha doença” (PART11). No entanto, esse choro é acompanhado pelo desejo de ser compreendida e aceita por quaisquer limitações que o corpo tenha sofrido. O relato a seguir, extraído de uma das comunidades do *Facebook* sobre a questão, demonstra um relato que expressa o sentido de desabafo e a abertura em revelar o trauma enfrentado, nesse caso, a página serve como suporte na troca de suporte emocional e na sugestão, por outras mulheres, de como seguir a nova vida, é uma nova consumidoras que se apresenta.

Um Veneno Chamado Anticoncepcional adicionou uma nova foto ao álbum "DEPOIMENTOS, COMENTÁRIOS ENVIADOS PARA A PÁGINA".

13 de novembro de 2017 · 🌐

Relato de

"Diagnóstico: tromboembolia mid

Sequela: AMPUTAÇÃO DA PERNA DIREITA

Causa: Uso do anticoncepcional MICROVILAR

Resolvi contar a minha historia dia 16 de abril senti uma dor no pé e fui no hospital de Ibiuna Sp chegando lá o medico me passou uma injeção de voltarem e me mandou pra casa mas a dor continuou cada vez mas forte e o meu pé começou a ficar roxo e gelado retornei mas uma vez naquele hospital e de lá fui transferida para o hospital regional de sorocaba lá já cheguei quase morta a dor que sentia era tão forte que eles me aplicaram tramol e depois morfina ,ai fiz exames que constatarem tvp passei por duas cirurgia para salvar minha perna mas nada adiantou .Fui entubada tive entre a vida e a morte,mas como tenho muita fé o senhor me livrou daquele leito de morte, como meu pé já estava morto resolveram amputar.Hoje não posso mais usar o anticoncepcional e tomo AAS."

( )

l. . . y relata que ela e todos da sua família sofreram muito com tudo que lhe aconteceu, principalmente suas duas filhas, que graças a Deus hoje estão com a mãe.

"Não dá. Não tem como confiar. **A informação tá no grupo, quantas meninas foram ao médico que não tiveram a informação que tá ali? É uma coisa a se pensar. Ver outras pessoas que passaram pelos eu problema é um suporte, essas pessoas te ajudam. Isso conforta, é o que elas querem**, vai desde uma mulher que amputou a perna, teve coma etc. e até a que sentiu só uma enxaqueca, que nunca teve antes da pílula, mas parou e tudo voltou ao normal. Assim eu sabia que acontecia, mas não na proporção que eu vi na página, todo dia eu entro no *Facebook*, e tem dois ou três relatos novos. **Você olha na página, e você não tem nem tempo de ler tudo, agora imagina aquelas pessoas que nem sabem que a página existe.**" (PART7)

A capacidade de consumo, neste sentido, dá o suporte à liberdade das pessoas de construir uma vida significativa. Assim, é possível perceber o poder da consumidora do anticoncepcional em relação a rede social que participa como um meio de interpretar e agir sobre o seu contexto social que, intensamente mediado pela comunicação em massa, limita a interação que dá a ela a sensação de acolhimento e pertencimento.

Dessa forma, no intuito de se fortalecerem nas mídias sociais *online* as mulheres que se declaram vítimas do consumo do anticoncepcional buscam por pertencimento, compartilhamento de informação, preocupação com o semelhante e ativismo de consumo. Assim não há uma ligação automática entre a mídia social e a usuária, o que evidencia que o

empoderamento nesse sentido precisa de amadurecimento para ser sentido como tal, pois é a participação e o engajamento que o potencializa (Dessart *et al.*, 2015).

Além disso, nem todas as mulheres que são membros das comunidades no *Facebook* são capazes de se envolver como gostariam, em muitos casos o próprio tratamento e a nova condição de vida são limitadores comprometendo o uso e a participação, já nos grupos e *WhatsApp* a interação é mais constante por parte da maioria das participantes. A maior intensidade de mensagens nos grupos do *WhatsApp* reforça a reflexão sobre o próprio estado, pois as discussões permeiam desde a descontração até a percepção identitária de cada uma, como no relato a seguir.

O empoderamento dessas mulheres no contexto das mídias sociais *online* significa melhorar suas competências de compreender e atuar sobre o mundo e reforçar suas práticas de consumo como mais efetivas e conscientes de informação para a redução ou anulação das possibilidades de vulnerabilidade. Percebemos nos relatos que quanto mais massiva a comunicação quanto a esse medicamento e quanto aos efeitos colaterais relatados sobre o seu consumo, maior será o impacto no aumento do empoderamento ou mais rápido será o seu processo.

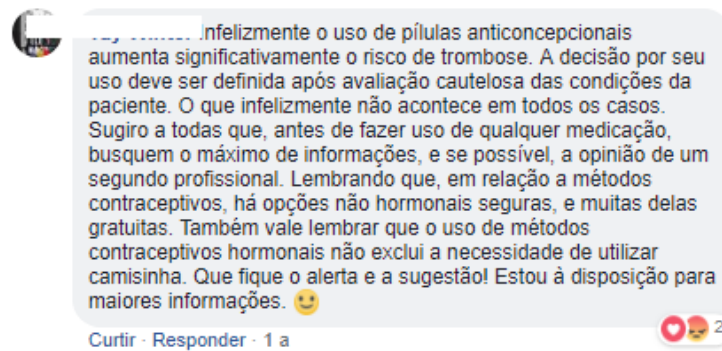
**“Eu achei que era raro, porquê na bula diz que é raro e a gente não vê isso nos noticiários, mas no hospital soube que outras pessoas que tinham passado por isso, quando comecei a procurar na internet vi que tinham grupos e vi que havia muita gente com esse problema, eu não era a única, muita gente contando as histórias. A primeira coisa que me perguntaram da trombose foi se eu tomava anticoncepcional, eu falei que tomava, ou sejam as pessoas sabem, mas ninguém avisa. Procurei o grupo, mais pra ver o que tá acontecendo, eu não estou sozinha, isso acontece com outras pessoas, isso me ajudou.”** (PART10)

**“Então, as pessoas se ajudarem é importante, porque banalizaram o anticoncepcional porque o risco dele é muito maior que o benefício, então se não dá pra diminuir isso, vamos deixar a escolha da mulher, porque eu não tive escolha, não tive informação, se eu tivesse teria usado outro método.”** (PART8)

“Fiquei com medo, porque já tinha visto esses casos de trombose e embolia, parei de tomar e alertei todas as minhas amigas. É bastante comum meninas na adolescência ter relações sexuais e começar a tomar anticoncepcional, e eu enxergo isso como uma coisa comum, **a sociedade tapa os olhos para não ver isso porque tudo que envolve sexualidade feminina é como um tabu**, mas aí assim que parei tive a trombose, e por exclusão os médicos disseram que foi o anticoncepcional, investigaram, fizeram exames em mim,

e tiveram certeza, não sei se até melhor ter acontecido enquanto sou nova, se eu não tivesse parado, tivesse tomando, pode ser que daqui uns dez anos já mais velha não conseguissem nem sobreviver.” (PART12)

**“Minha prima, também fez os exames, e descobriu que também tem a alteração genética, mas foi o endocrinologista que pediu e não a ginecologista, ela ficou com medo porque tem mais fatores de risco do que eu, ela é obesa. Ela ficou em pânico, mas disse que vai procurar outro médico, porque quer ouvir de um ginecologista. A diferença é que ela vai com essa informação nas mãos, vai levar o exame e mostrar, nem toda mulher tem essa sorte.”** (PART8)



O relato acima, extraído do *Facebook*, representa o fortalecimento das relações entre as consumidoras quando se disponibilizam a difundir o conhecimento técnico sobre o produto e evitar danos de consumo. Seja por meio de informação mais específica ou mesmo aconselhamento quanto à evitação, o comportamento demonstra uma preocupação com o semelhante, isso imprime poder à relação de consumo, dado que a informação vinda por esse meio é, segundo os relatos, mais confiável.

“Pois é! Tivemos sorte! O risco é aumentado ao fazer procedimento cirúrgico. Mas os médicos são tão cesaristas que essa informação não é passada. Falo isso por predisposição. **Já não sei se em caso de trombose ativa não possa. Já fui muito enganada nessa vida, viu! Vocês acreditam que a minha gineco que me acompanhou e descobriu a trombofilia me receitou neste ano após o meu parto um anticoncepcional?** A hemato quase a matou, não fosse esse grupo, tinha morrido” (Relato extraído de grupo do *WhatsApp*)

Bhat & Darzi (2016) afirmam que o empoderamento do consumidor é considerado como um fator significativo no relacionamento com a organização, portanto, os efeitos do empoderamento percebido pelas mulheres sobre o risco compartilhado nas redes sociais atinge diretamente o relacionamento provedor-consumidor no setor, representado no caso pela relação médico-paciente. Ao observar os relatos podemos ter a compreensão dos efeitos psicológicos e comportamentais do empoderamento dessa consumidora e compreender suas implicações, como por exemplo na percepção do risco de se tomar um medicamento, mesmo que prescrito.

É preciso atentar que a literatura traz trabalhos onde o empoderamento do consumidor possui fatores multidimensionais (Denegri-Knott *et al.*, 2006), e este estudo traz evidências semelhantes, pois há uma interdependência de efeitos que evidenciam o empoderamento como um resultado da confiança no médico e no medicamento, na confiança nos próximos por meio inclusive das redes sociais, na adaptação às mudanças de vida, no ativismo e no entendimento de que mais informação e a devida regulação quanto ao medicamento pode reduzir os casos, são todos esses fatores presentes nos relatos coletados nas entrevistas, nas conversas acontecidas nos grupos do *WhatsApp* e nas comunidades do *Facebook*.

**“Meu objetivo é alertar as mulheres para não tomarem nenhum tipo de anticoncepcional porque sei que todos tem risco de trombose, embolia, e vários tipos de doença, alertar e poder trocar informação e uma apoiar a outra, principalmente no *WhatsApp* depois que a gente passa por isso a maioria fica bem nervosa, e a gente tem tipo crise nervosa, qualquer coisa já tá indo correndo pra emergência achando que vai morrer, fica traumatizada.”**  
(PART3)

**“Obrigado por me add, meninas! se existisse esse grupo na época que eu tive a embolia teria me ajudado muito, e ajuda porque qualquer coisa eu soube que posso perguntar aqui, isso me deixa até um pouco aliviada, vamo se apoia uma a outra, e até com relação a medicação. Mas não quero fala só da trombose, preciso também forma de descontração, não dá pra ficar o tempo todo falando de doença, rs”. (Relato extraído de grupo do *WhatsApp*).**



Ótimo esclarecer , lembrando que devemos exigir os exames para investigar trombofilia pois no meu caso eu pedi e minha ginecologista me disse que ñ era necessário e tive a trombose, depois fiz exames e descobri a trombofilia hereditária, então se eu tivesse insistido e ela me ouvido poderia ter evitado.

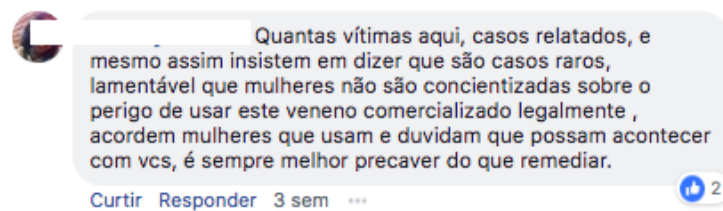
Ao se enxergar como empoderada, as consumidoras estudadas nessa tese revelam esse sentimento como um endosso ao ativismo de consumo, um comportamento que voltado essencialmente para o medicamento, mas que se expande a qualquer bem e serviço consumido. Essas ações se direcionam ao boicote (Friedman, 1991; Hahn & Albert, 2015; Makarem & Jae, 2016), resistência (De Pechpeyrou & Odou, 2012; Darke & Ritchie, 2012; Banikema & Roux 2014), evitação (Foxall, 2014) e educação por meio da proteção dos interesses do consumidor (Mcgergor, 1999; 2016), pois é possível identificar nos relatos tanto o incentivo ao não consumo do anticoncepcional, quanto com mais evidência, o estímulo à busca pela informação, para que o seu consumo seja feito com cautela e segurança.

“Essas mulheres que estão no grupo querem dar um grito para a sociedade, **quando a gente fala que não toma anticoncepcional as pessoas se assustam porque o comum é que se tome, a mulher é educada para isso.** Na família mesmo tem até troca de receita, do tipo que “Ah! Você deveria tomar esse, não sinto nada”, mas agora a gente sabe que cada corpo é um corpo, o que serve pra mim, não vai server pra você, ainda mais quando se fala desse veneno.” (PART4)

“No outro dia fui à clínica e já fiquei internada, me internaram por uma semana, mas tudo por conta da trombose. **Na época, eu não conhecia, não tinha a divulgação que tem hoje, o Facebook não era tão viral igual é e agora podemos dizer pra todas elas que não tomem, há outros meios, lá nas páginas tem explicando tudo.** Tem umas meninas lá que falam em não tomar nunca mais, protestam, fazem uma coisa mais agressiva [...] eu e outras pensamos diferentes, claro que temos consciência dos riscos, mas o que a gente quer é que haja fiscalização, **a maior luta ao meu ver é essa, fiscalização de receita, de venda, fiscalização lá na fonte do problema dessas mulheres, na prescrição.**” (PART5)

“Essa página, assim que foi feita, eu fui dar meu relato, e depois disso, **tem pessoas que eu convivia e depois, não sabiam que eu não tinha tido e que foram me procurar, par saber como foi, o que eu passei como me recuperei e pedir conselhos sobre o remédio, saber de outros métodos.** Então, **falta informação, não é falta de vontade de a mulher se cuidar, é falta de informação,** porque ela vai confiar no médico, e o médico só pensa em dinheiro.” (PART18).

“No *Facebook* são milhares de depoimentos, eu acho que precisa, **meu objetivo é fazer uma ação popular pelos exames ou que os casos sejam notificados, pra gente ter um controle maior e o grupo nos dá muito esse suporte**. Deve ser feito pelo menos um controle das reações adversas do anticoncepcional.” (PART7)



A noção de controle evidenciada nos relatos remete à regulação ao afirmar que as mulheres têm direitos no estado de bem-estar social, e que isso poderia ser reforçado pela atuação de uma maior regulação quanto ao medicamento anticoncepcional. Nas entrevistas e nas comunidades online os relatos que se referem a esse aspecto tratam a ausência de fiscalização sentida e da falta de registro específicos sobre os casos, o que para as entrevistadas gera insegurança e desconfiança em aspectos elementares da vida como ser saudável ou ter um emprego, e também em situações mais complexas como a satisfação no trabalho, alcançar o autoconfiança, ser feliz ou participar da vida em comunidade. Esse controle, em suma, representa para essas mulheres o entendimento do funcionamento ideal das capacidades de um indivíduo em relação à própria vida.

Abordar a vulnerabilidade por meio das mídias sociais reflete uma construção social de enfrentamento da estrutura pela prática, exigir maior controle de órgãos reguladores, maior orientação médica e atuação na orientação de outras consumidoras (Chung, 2014). Essas mulheres quando se percebem expostas à vulnerabilidade combinam sua percepção com a efetividade da apropriação da tecnologia para disseminar sua causa. Assim, enfrentar a vulnerabilidade acontece por meio das práticas que requerem representação ativa e constante, mesmo que seja um comportamento mecanizado.

Portanto, o uso da mídia social por essas mulheres não deriva da plataforma propriamente, mas do contexto de práticas construídas pelos vínculos de vulnerabilidade e pela reconfiguração de seu poder como consumidora, isso promove transições de identidade, altera as percepções e promove o empoderamento. Nesse sentido, viramos o olhar para as especificidades das práticas comunitárias acontecidas nas mídias sociais, que envolvem privacidade, autoestima, compartilhamento de emoções e de experiências, ativismo e



educação, cada um com preocupações diferentes e níveis diferentes de eficiência de enfrentamento da vulnerabilidade.

“O Brasil não tem nenhuma estatística quanto a isso. **Ninguém me perguntou, ninguém me procurou, no Brasil não tem esse registro**, a única pessoa que me procurou assim foi um repórter da Record que viu meu depoimento e daí ele fez uma entrevista comigo e mais duas mulheres e passou em março de 2015, gravei um vídeo pra ele do hospital, foi a única pessoa que me procurou, agora de órgão nenhuma pessoa me procurou e todos os médicos a primeira coisa que falam é “é isso aí foi do anticoncepcional” isso pra mim, sabe! **Qualquer mulher que tem problema, a primeira coisa que o médico pergunta é se tomava o anticoncepcional, “ah! Foi por isso” eles não atestam**, não escrevem, o corporativismo, mas eles falam que é do ac, pode saber que foi a causa que mais colaborou pra isso.” (PART7)

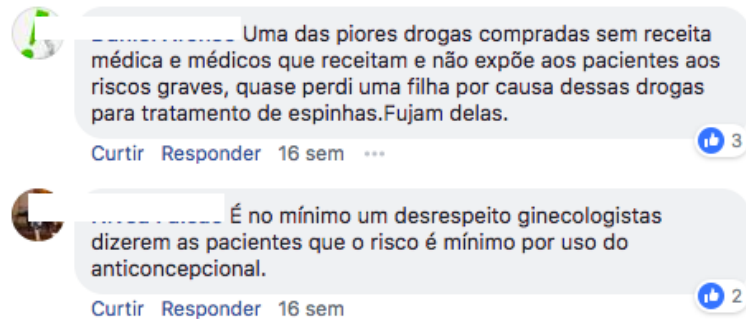
“**Eu não me sinto capacitada pra ler uma bula e ter cem por cento de confiança que eu vou tomar o remédio e ele não vai me causar nada**. Eu vou no médico pra isso, e ele por sua vez acho que confia na anvisa, pelo visto. Na bula diz que pode causar embolia em quem tem mais de quarenta anos, quem fuma, quem bebe...tem uma série de coisas lá, **quando li eu vi que não fazia parte desse grupo de risco então não pode acontecer nada comigo**. Quando notifiquei a anvisa eles me responderam que o efeito está escrito na bula, mas eu sei que está, ora! Mas eu tenho que notificar o que aconteceu comigo, porque se aconteceram muitos casos, isso tem que ser visto...porque o que é melhor? Ela engravidar ou ter uma embolia? Se o médico tivesse me dito pra eu escolher o cisto ou a embolia eu diria: “-Me deixa com o cisto”, isso não vai me matar.” (PART14)



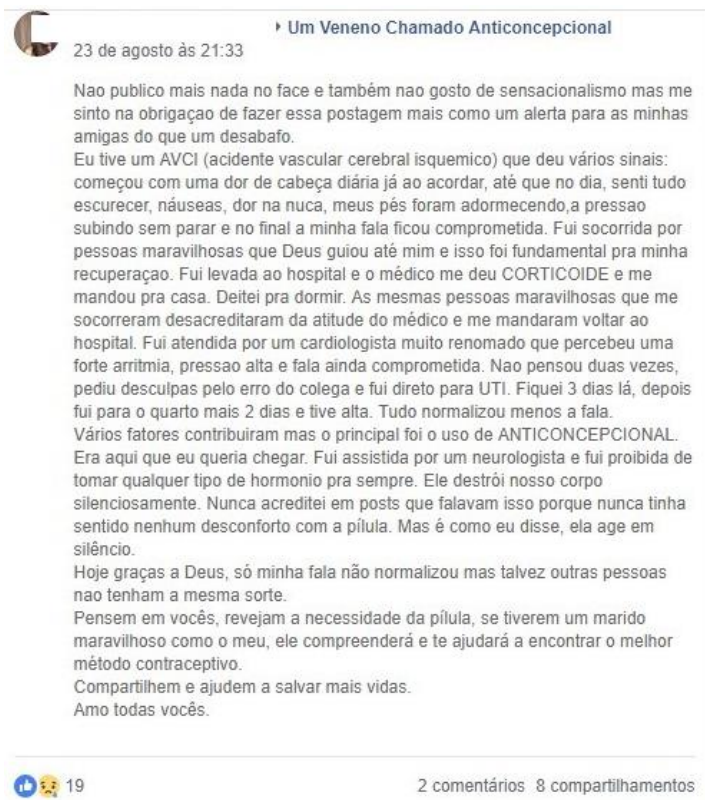
antes de começar a tomar fui ao ginecologista pra me informar e ate mencionei a ele a respeito da trombose, ja que minha amiga tinha comentado comigo, perguntei se tinha algum exame a fazer ele disse que nao era necessário, me recomendou ciclo 21, conclusão: 1 anos e 5 meses após começar a tromar tive tvp na perna esquerda, 7 meses se passaram ainda estou em tratamento, já não ando direito minha perna ainda não desinchou, e olha que sempre pratiquei exercicios fisicos, não fumo e ate então nunca havia tomado esse veneno.

Curtir Responder 35 sem ...





“-Essa estatística aí de que a cada 10 mil 1 pode ter trombose já mudou ne  
 -Já pensou então somos raras ne  
 -Esta acontecendo cada vez mais  
 -Porque uma semana só internada teve eu e vc”  
 (Diálogo extraído de grupo do *WhatsApp*)



As redes sociais, segundo as entrevistadas, podem exercer poder de controle a seu favor quando se tornam essenciais para aumentar o conhecimento das consumidoras,

referindo-se ao grau com que conseguem acesso às informações sobre o medicamento, sobre o papel das organizações e sobre seu organismo. É como um acesso ao saber sobre os direitos que começa a se evidenciar justamente na busca pelo conhecimento, fazendo com que a nova identidade também incorpore o comportamento ativista, fornecendo à comunidade de consumidoras de contraceptivos hormonais que sofreram o trauma as informações que lhe faltaram e a levaram à atual situação.

Desta forma, as demandas se modificam, as interações se ampliam e atingem os significados do consumo do medicamento, renovam a sensação de independência, de controle e até mesmo da contracepção. A Figura 12, ilustra o destaque que ganham as mídias sociais nesta categoria, em uma relação direta com o empoderamento, fruto das interações promovidas.



**Figura 12:** Esquema de interação entre categorias considerando a Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções  
**Fonte:** Elaboração própria (2018)

As interações são experiências positivas principalmente para as consumidoras que sofreram do trauma, dado que os relatos alertam para o fato de que as interações revelam empatia, compaixão e respeito pela adaptação às novas possibilidades, bem como ajuda e

suporte na mudança. Aqui, processo de aprendizado é o que promove essa ação, ele vem da resiliência adquirida na transição, no sentido de controle percebido sobre a vida e o corpo e o conhecimento ampliado, é um conjunto de fatores que, conjugados com a sensação de cumprir o dever de alertar e informar, ampliam o sentido de empoderamento de consumidora (Kim & Hastak, 2018).

É, enfim, uma resultante da transição enfrentada, que exige novas normas sociais da consumidora, e de acordo com nível de dependência existente no novo estilo de vida, os padrões de consumo envolverão inclusive aqueles que estarão sempre no suporte, família e amigos. Um deslocamento identitário que não ocorre sem que alguém acompanhe para dar apoio físico, mas também não acontecem sem o suporte emocional encontrado nas redes.

#### 4.2.5 Categoria: Regulação de Marketing

A categoria que discute o processo de regulação de marketing tem como base os interesses das consumidoras para regulação sobre a indústria (Petty, 2005), mais especificamente o medicamento contraceptivo hormonal oral, nesse sentido é incorporada a proteção do consumidor, considerando a segurança e a responsabilidade sobre os produtos, visto que na percepção das entrevistadas o produto não é fiscalizado.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) destaca que a venda de qualquer medicamento contraceptivo hormonal deve ser feita sob prescrição médica e aconselha a realização de procedimentos minuciosos contendo exames clínicos e laboratoriais, mapeamento histórico individual e familiar da mulher repetidos com periodicidade para controle de riscos. No entanto, o órgão regulador informa que não possui “Legislação ou arcabouço legal que possa obrigar os médicos a notificarem eventos adversos relacionados a medicamentos” (ANVISA, 2016, p.1), fato que surge nos relatos das participantes, quando afirmam que durante a internações após a devida investigação, no diagnóstico, há o reconhecimento pelos profissionais da saúde envolvidos, de que a causa do trauma foi o medicamento, contudo, o fato não aparece registrado na maioria dos prontuários.

**“Nenhum médico me procurou pra registrar ou pra dizer que precisa de informação do meu caso pra por nas estatísticas, é tanto que nem o hematologista, nem o cardiovascular e o dermatologista...nenhum quis afirmar que o que me causou a trombose foi o anticoncepcional isso não foi no prontuário, mas falaram que não era pra eu tomar nunca mais...isso aconteceu comigo e com outras meninas com quem conversei,**

eles vasculham tanto a gente, **viram a gente do avesso, que a única coisa que sobra é o anticoncepcional. Mas eles não te afirmam isso, mas também não deixam você voltar a tomar.**” (PART8)

**“No Brasil não existe o controle, qualquer um compra um anticoncepcional, só chegar na farmácia e pedir.** Nunca ninguém nos procurou para saber ou registrar o problema. **A gente pode fazer a denúncia no site da ANVISA, mas as respostas são de uma forma como se a gente tivesse que provar o que aconteceu,** a ANVISA protege os laboratórios nesse sentido, então é bem complicado. Tem gente entrando com processo, que guardou as notas e tal, eu nunca me preocupei, não tinha como provar, mas tem que ser assim porque a AVISA não tá nem ai, a ANS também. E se você pedir ao médico um laudo afirmando que foi causado pelo anticoncepcional eu duvido que ele dê, não dá para não e comprometer.” (PART13)

**“E ninguém me procurou para registrar o caso, pra dizer que vai ficar registrado que meu problema foi por causa do anticoncepcional,** a Bayer no caso, vende o YASMIN, **ela tem o cadastro de clientes e eu pedi pra me tirarem desse cadastro porque tinha tido um problema com o produto deles, não movi nenhuma ação.** A empresa não me procurou, nenhuma empresa de regulação ou ministério não me procurou.” (PART5)

O relato da Participante 13 aponta para uma questão que afeta o significado da confiança no profissional médico, já tratado neste estudo como uma categoria emergida dos dados. Naquela categoria a confiança é afetada por fatores atribuídos à imperícia e negligência, já nesta relativa à regulação, surge o fator relacionado à autoproteção profissional, percebida pelas entrevistadas como ausência de comprometimento em relatar o caso e corporativismo quanto à classe. No entanto, cabe um olhar sob a posição médica diante da limitação legal do medicamento; dado que aquele profissional que atende a paciente sob o trauma, segundo os relatos, muitas vezes não é o médico que a acompanha ou que prescreveu o medicamento, e sua atuação deve seguir as recomendações definidas pelos entes reguladores do medicamento, que não os obrigam a realizarem a notificação, não registrar ainda é um direito que cabe ao profissional.

Apesar de os relatos apontarem para problemas causados pelo consumo do contraceptivo hormonal oral, não há nenhum dado que sugira a retirada do medicamento do mercado. De alguma forma, há o reconhecimento de seus benefícios, contudo, a intenção presente nas falas das entrevistadas é a de controle regulatório na relação de troca em específico, pois as participantes se consideram a parte fraca na transação, evidenciando

assimetria nas informações principalmente quando falam de acesso ou disponibilidade destas informações.

Petty & Hamilton (2004) afirmam que o consumidor típico empreende pouco esforço na troca quando é um item de aquisição fácil, e ao que se evidencia, isso acontece com a pílula anticoncepcional, pois, segundo os dados, não há qualquer impeditivo legal que impeça ou dificulte que as consumidoras adquiram o produto, o que contribui para o sentido de vulnerabilidade, também evidenciado em estudos como o de Kankel, Castonguay & Filer (2015) e o de Babor, Robaina, Noel & Ritson (2017), ambos sobre a regulação do mercado de bebidas alcóolicas e a vulnerabilidade de consumidores, e presente nos relatos das Participantes 8, 16 e 19, por exemplo.

“Depois de um tempo eu só chegava na farmácia e pedia a marca que tinha sido receitada, e a receita, cadê? **Ninguém pedia, nunca me pediram, e até onde sei nunca pedem, até porque se toda vez que uma caixa de anticoncepcional acabar a gente tiver que voltar ao gineco não vai sobrar dinheiro pra mais nada.** Isso é bom, é superconveniente, já peguei até promoção de compre três pague duas, e nunca liguei pra saber se isso pode. Mas a grande questão, e eu só percebi isso agora, **é que é um remédio vendido assim frouxo, não tem exigência nenhuma, o vendedor nunca vai saber se a menina foi comprar porque foi um médico que receitou ou se foi por conta própria. É irresponsabilidade dela? Sim, é. Mas na hora ninguém para pra pensar.**” (PART8)

“**O médico começa passando uma amostra grátis, diz que aquela marca que ele está dando é a melhor para nosso organismo e que dali em diante devemos comprar ela.** Ele até te dá uma receita ali depois que a amostra grátis acaba, mas daí em diante é só chegar na farmácia e comprar.[...] **Não é pra parar de vender, entende, porque isso tem um benefício enorme, é uma coisa cultural, econômica, social, mas é um remédio, é químico, é fabricado, não é natural, sabe?** Tem que ter lei, tem matado, aleijado, mutilado mulheres por ai, é só tu ir a algum hospital que tu vê, vai nas páginas do Facebook, vai no *Youtube* que tem reportagem, tem depoimento e ninguém tá vendo? Quem dizer que isso é raro, mas não é, tem que ter regulação, se não vai virar o mesmo que aconteceu com os antibióticos” (PART16).

“É muito estranho você ter liberado no mercado um medicamento que pode causar a morte, não é tão raro assim acontecer, se fosse não teria grupos com tanta gente assim com problema. Eu tive poucas sequelas, mas vi pessoas que tiveram amputações. **Isso me deixa ainda mais revoltada com a situação, você vai consumir, o médico diz que tá tudo bem, o órgão do governo libera, então você não se preocupa em olhar se tá tudo bem, não dá pra procurar isso pra tudo que você toma, vai e compra, se o médico**

**receitou, ora!** Sinto que como consumidor não dá pra ser um suporte seguro, não é porque tá liberado que tá seguro.” (PART19)

“**Sempre recebi amostra grátis.** Ele me deu a receita, mas pra quê? Se bem que você compra sem receita, mas de todos eu recebi amostra grátis. **Mas o que me deixa com o pé atrás é a anvisa, que libera assim uma coisa assim.**” (PART19)

“Eu fiquei de julho de 2015 a janeiro de 2016 fiquei sem tomar a pílula e quando voltei ao médico ele faltou me bater. mandou eu voltar a tomar, falou um monte de coisa, eu entendo que seja mesmo meu direito porque sou hipertensa, mas ele não poderia ter me prescrito. **Além de tudo, eu não tinha perfil de risco.**” (PART3)



É inaceitável que nós, mulheres, nos sujeitemos aos inúmeros efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais. Todo ginecologista insiste em receitar esse tipo de medicamento, mesmo quando procuramos por outros tipos de anticoncepcionais. As pílulas estão entre os medicamentos mais vendidos no mundo, é uma indústria riquíssima. As bulas não trazem informações sobre efeitos colaterais graves e os especialistas falam que devemos continuar tomando, ainda que os efeitos colaterais nos incomodem muito. As pessoas dizem "ah, mas depois de 2 ou 3 meses, as reações vão passando", e nós seguimos tomando e, muitas vezes, colocando nossa vida em risco. Existem anticoncepcionais hormonais masculinos, que são sempre desenvolvidos para evitar efeitos indesejados, a fim de que mais homens se interessem por tomá-los. Isso porque nós, mulheres, sempre fomos obrigadas a aceitar a dor como algo que faz parte do nosso cotidiano. Existem vários outros métodos, gente, essa indústria não se importa com o bem estar da mulher, apenas quer vender.

Embora o médico ao prescrever qualquer anticoncepcional busque estimar o equilíbrio entre benefício e dano à sua paciente, o agente regulador só pode fazer o mesmo diante da posse de dados sistemáticos obtidos de uma população representativa. Esse equilíbrio entre dano e benefício depende das probabilidades relacionadas aos seus fatos, registradas da forma devida pelas entidades de saúde no país, o que para as entrevistadas não acontece como deveria, nesse caso. A partir disso é que poderiam ser desenvolvidas estratégias para minimizar esses danos e maximizar os benefícios mesmo para aquelas mulheres que possuem predisposição, sendo realizado se possível campanhas de não consumo, assim, o monitoramento é determinante nesse sentido.

No entanto, o equilíbrio entre benefício e dano pode mudar com o tempo e à medida que novos desenvolvimentos ocorrem, pois, apesar de que o monitoramento para isso seja possível, a relação entre benefício e dano, quando desfavorável aos fabricantes, eventualmente pode acarretar processos judiciais, multas e obrigações de retirada do

medicamento do mercado, o que no caso do anticoncepcional já aconteceu em algumas partes do mundo.

“Depois liguei pra empresa do YUMI, mandei um e-mail, falei do que tinha passado, **que na bula não informa que uma pessoa saudável pode ter uma doença grave.** A coordenadora do atendimento me ligou no dia seguinte pra me falar que aquilo foi uma reação adversa, que está na bula, se mostrou preocupada e eu contei minha história pra ela. **Ela disse que existem alguns relatos, só que é muito raro e que na gravidez o risco é bem maior, e disse que os benefícios superam os riscos[...], mas superam pra indústria, né?** Que continua vendendo, mas pra mim, quase tirou a minha vida (*alteração de voz*) [...]muita gente quase morreu, eu vi. Ai eu perguntei: - O que vocês vão fazer no meu caso? **Estou tomando remédio todo mês (anticoagulante),** fazendo tratamento, tem as taxas do convênio para as consultas, tô indo em pneumologista, hematologista todo mês, **o remédio que eu estou tomando, e vocês vão custear porque é um remédio que vocês fabricam.** Isso tudo foi por telefone. Ela disse que iria verificar, uma semana depois ela me liga dizendo que não é praxe da empresa fazer pagamentos porque tá na bula, uma coisa que pode acontecer e veio com aquela conversa mole. Eu falei: -Tá! Mas digo pra você que é mulher, não usa esse veneno que vocês vendem não, porque você pode morrer, eu quase morri! E desliguei.” (PART7)

“Ai entrei no site da avisa, fiz a mesma coisa, fiz o relato, dei o número do lote e tudo. **Daí a anvisa me envia um e-mail dizendo que eu tinha que ir ao médico pra ele fazer o registro junto a ANVISA ou podia procurar um farmacêutico, pra esse profissional fazer a notificação.** Fiquei com ódio, pê da vida, como que eu tenho que ir ao médico que nem quis saber se eu to viva, pagar uma consulta, pra ele fazer o registro se ele nem tá aí pra mim.” (PART3)

“A conversa é sempre a mesma, pode perguntar pra qualquer menina que tenha tentado entrar em contato com a ANVISA ou com o laboratório, tem algumas que vão com o processo até o final, outras só querem saber de se recuperar, é uma dor só ter que ir pra audiência e ficar relembrando disso. Mas a ANVISA se comporta como se dissessem pra gente que somos burras, não sabemos ler uma bula ou não nos interessamos, **mas dizem que temos que notificar,** os laboratório do mesmo jeito, até pior, porque nem falam e notificação e nem parecem se interessar pelo caso da gente. **Mas agora não é hora de nos acusar, é hora de assumir que tem uma coisa que tá matando gente, tá deixando mulher com problema pra vida toda, que muda a vida toda, por que muda mesmo.**” (PART12)

“Eu to me preparando pra dar entrada numa ação popular para controlar a venda de anticoncepcional, porque se você olhar a bula, lá fala que a causa da trombose é baixa, mas é baixa porque não há comunicação, ninguém comunica. Ninguém perguntou qual o



anticoncepcional que eu tomava no hospital, então não tem como colocar quanto cada marca causou, porque não existe esse controle.” (PART13)

“-Q projeto é esse?? 😊

- Amiga a gente tenta conseguir doação para as gestantes que precisam usar a Clexane, e para as que têm plano de saúde e de baixa **renda a gente entra com processo na justiça para que o plano forneça a Clexane**

- Gratuitamente

- Q legal!!! 🙌🙌🙌🙌🙌🙌

- Parabéns!”

(Diálogo extraído de grupo de *WhatsApp*)



Infelizmente os casos como este continuam e não há exames que descarte 100% o risco de desenvolvimento de trombose quando se usa anticoncepcional. Eu não tinha trombofilia nenhuma, nenhum fator de risco e mesmo assim o anticoncepcional quase me matou com um embolia pulmonar. Deus nos salvou para mostrar a verdade que anticoncepcional MATA! Também não caíam na historinha do DIU, outra desgraça que tem como principal função a alteração do endométrio para eliminar óvulo fecundado (seu filho), ou seja faz micro aborto sem você perceber, além dos diversos males que a mídia faz o favor de não falar a respeito (leia a bula), assim como por anos fez com os anticoncepcionais. Se caírem na história do Diu, daqui alguns anos começarão a ver as mulheres estéreis que aparecerão por culpa deste método, AGORA, super indicado pelos médicos, pela mídia e afins, tudo para garantir o tão "importante " controle populacional". Quanto menos filhos melhor, se mulheres morrerem, melhor também...A Anvisa não controla reações adversas de métodos anticoncepcionais, os fabricantes continuam ganhando dinheiro mentindo para a população. Não usem!

Curtir Responder 15 sem Editado ...



A fala da Participante 13 demonstra a atuação do indivíduo como ator de um processo que a princípio não seria de sua responsabilidade. O movimento jurídico é uma espécie de coalizão pois é uma ação popular com um objetivo ligado ao consumo, o que aponta para a falha no sistema de marketing que alcança a questão regulatória quanto do medicamento e as externalidades de seu consumo. Há relatos que demonstram o interesse de consumidoras em recorrer à vias jurídicas por sentirem-se lesadas material, física e emocionalmente.

**“Eu fiquei destruída, minha família, meu marido, meu casamento, meu maior medo era perder meu casamento, mas meu marido foi meu herói. Perdemos dinheiro com o tratamento, passamos pelo trauma da burocracia do plano de saúde, a única coisa positiva disso tudo é a história de superação que tenho pra contar, porque o carro que vendi pra pagar a internação porque eu não tinha plano, eu já recuperei, compramos outro, mas os remédios até hoje eu tomo e vou passar mais um ano, no mínimo tomando isso sem poder nem pegar um avião ou comer o que tenho vontade. Vou sim processar, o laboratório e a anvisa e vou mostrar pra**

**todo mundo que vou ganhar.” (PART14)**



A regulamentação da pílula contraceptiva como desejada pelas entrevistadas em seus relatos, aborda inclusive as operações do medicamento, desde sua produção à sua logística e promoção, feita diretamente nos consultórios. Como, para as entrevistadas essa regulação tem o objetivo de proteger a saúde pública, a consequência é uma maior garantia de que o produto, além de seguro para o consumo, seja rastreável quando causar dano, retirável do mercado ou recuperável se sua qualidade e segurança estiverem comprometidos, pois os relatos trazem sempre os mesmos exemplos de marcas causadoras de danos, o que para as mulheres deveriam ter na regulação a solução maior para o problema.

Para Garcia Martinez, Verbruggen & Fearne (2013), o rastreamento a que se refere a regulação se põe em descobrir em que ponto da cadeia de valor o produto tem mais probabilidade de causar dano, como o dano é causado, os perfis daqueles que sofrem o dano e as consequências, o que na cadeia de valor do anticoncepcional pode incluir todos os exames diagnósticos realizados até que se ateste ou se refute o medicamento como causador principal de qualquer dano à saúde, já que nenhuma dúvida deve restar quanto a constatação do malefício do medicamento àquela mulher. Desta forma, um relato seria suficiente para uma decisão regulatória, mas um conjunto deles e uma base de dados específica auxiliaria nas medidas necessárias para normalização da comercialização e consumo.

Aqui, a regulação absorve a co-criação tratada por Füller *et al.* (2009) como um mecanismo de reforço ao empoderamento da consumidora, onde quanto mais informação ela busca, maior poder alcança e se sente hábil a exigir das entidades reguladoras posicionamento no mercado, assim como afirmam Yuksel, Milne & Miller (2016), pois em um ambiente em que os regulamentos de marketing ainda estão em desenvolvimento ou não há plena confiança de parte da população na segurança e na integridade da oferta, os julgamentos de consumo

põem em dúvida os papéis do ofertante e do agente regulador, inclusive.

**“Eu só penso nesse momento é que deveria haver regulação. Isso bastaria, porque acho que ele não é de todo ruim, porque tem seus benefícios.** Eu tinha segurança no anticoncepcional, eu trabalhava, tinha meu dinheiro, e não fica com paranoia na cabeça pra não ficar tomando pílula do dia seguinte por exemplo, sabia que podia evitar uma eventual gravidez. **Quanto a isso ele cumpriu o papel dele de evitar a gravidez. Só acho que deveria saber como tomar, parece utópico examinar todas essas mulheres.** Eu não mando quem eu conheço parar de tomar, mas conto minha história e digo o que deve fazer. Muitas se assustam. **Acho que deveria ser como um remédio tarja preta.”** (PART2)

“Fico me perguntado se tem algum interesse da ANVISA em não pressionar os laboratórios por informações e fechar os olhos pra esse problema, **porque esses laboratórios tem muita informação sobre o que acontece com os anticoncepcionais, mas escondem por que não tem fiscalização,** tenho certeza que tem coisas que acontecem com outros remédios, que fazem mal, efeitos colaterais que são mais raros do que uma trombose causada por um anticoncepcional e a fiscalização é dura, severa, mas com a pílula não. **Sei que a ANVISA pede é que a gente notifique, mas se nem o médico quer notificar, porque será?”** (PART15)


“Não precisa ser como fazem com os antibióticos, aquela papelada toda. **Mas que só vendessem com prescrição, que isso ficasse registrado com nome de quem compra e do médico,** e se der problema que soubessem onde ir exatamente, mas se cada vez que a gente vai atrás dos direitos o que a gente escuta é que tá na bula, **fica complicado confiar, então eu desconfio até do médico, que recebe lá os representantes das farmacêuticas, recebe mimos e viagens pra me dar um remédio que nem ele sabe se vai me fazer realmente o bem que ele acha, porque ele não sabia que eu ia passar por isso.”** (PART3)

**“Tudo começa com as amostras grátis, a gente fica no consultório enfrentado fila junto com os representantes das farmacêuticas.** Cada um com sua pastinha cheia de remédios, e aqueles que estão ali na fila do ginecologista, a grande maioria é pra vender anticoncepcional. **Quando a gente entra é certeza que vai sair dali com a prescrição da pílula que foi vendida da melhor forma, mas e o que fiscaliza esses caras?** É só chegar, jogar uma conversa, convencer o médico e deixar algumas caixas ali na mesa ao que me parece, pra gente o que sobra, tomar uma coisa que nem o médico tem a plena certeza de que vai nos fazer bem. Vai impedir a gravidez, vai, mas e a trombose? E as enxaquecas? E as mudanças de humor? E minha libido que foi pro espaço?” (PART16)


**“O que eu estranho é quando um médico te oferece de graça uma caixa de comprimidos que custa por volta de 50 reais.** E eu começo a me perguntar o porquê. Ai você descobre que o médico ganha muitos, de graça, e isso fideliza ele pra ele indicar...tipo, **a gente fica vítima porque ele**

também é vítima, eu vejo assim. Eu recebi muita amostra grátis, vi alguns que possuem publicidade mais ativa, outros nem tanto.” (PART8)


“Eu acho que os ginecologistas deveriam ter cautela quando receitam um anticoncepcional, eu acho que antes de receitarem deveriam pedir os exames pra ver se você não tem nada por que eu tenho e nenhum ginecologista perguntou, depois desse problema eu fiz sete exames pra ver como tava a coagulação sanguínea e fatores genéticos e eu tenho uma alteração genética no gene **Protrombina**, e nenhum ginecologista me perguntou ou receitou algum exame, e eu questionei isso pro pneumo. **E ele disse que se eles pedirem o exame, não vão mais receitar anticoncepcional e a indústria farmacêutica gira milhões. Por isso que também acho que eles não são fiscalizados.**” (PART14)

 Tem que fazer exames antes de passar pílulas pq tem mulheres que tem doenças pré existentes no corpo e nem sabem , ai toma ac ... e quase morre , deveria ser obrigatório fazer exames de trombose etc ... e vender só com receita.

[Curtir](#) [Responder](#) 15 sem ...

 Gente, ok que a indústria farmacêutica é desgraçada e tals, mas e se essa pesquisa com pessoas \*que já tomam\* esses AC seja uma maneira da marca ouvir a gente, de termos voz pra relatar todos os problemas que sofremos por eles? E se por ventura depois de nossas reclamações a indústria queira nos ouvir? Pq devem estar percebendo queda nas vendas, então eles querem uma opção pra agradar as que estão abandonando esse método. Mas se não falarmos, eles não tem como nos ouvir. Pensem nisso, pode ser nossa chance de mudar a realidade da contracepção feminina 😊

[1](#) [2](#)

 Não é um exame caro, pedi a minha ginecologista para passar pra mim e fiz junto com os outros de sangue, é um exame muito simples, deveria ser liberado pelo SUS e obrigatório as médicas solicitarem pelo menos 1 vez ao ano.

Os papéis passam a serem questionados por meio das atitudes e das percepções das consumidoras, onde a confiança sofre limitações mais severas quando vem desde o olhar para o médico que a receitou o remédio até ao ente regulador que para elas não desempenha o papel da forma que deveria. Há, nos relatos, uma decepção explicitada na descoberta de que o medicamento possui uma regulação limitada quanto à comercialização, e que por serem parte

do sistema como consumidoras finais sem essa informação, se veem como vulneráveis no processo de consumo como um todo.

A confiança dessa consumidora no agente regulador tem uma relação com o nível de conhecimento sobre a atuação desse agente e do risco existente no consumo do anticoncepcional. Se as consumidoras não possuem grau de conhecimento suficiente para não se considerarem vulneráveis ou reduzida capacidade para avaliar os riscos associados à decisão sobre que medicamentos consumir, a consequência é que resta confiar nas informações e nos sinais fornecidos apenas pela indústria, pois ao confiar na integridade do sistema, a incerteza é reduzida, bem como a complexidade da tomada de decisão, como argumenta Frank (2007), confirmando os relatos a seguir.

**“Saber que existe um sistema, um registro ou um lugar certo para onde a gente ligar, sabendo que vai ser atendido e vai ter uma resposta concreta dá sim mais segurança.** A gente pode até falar pra outras mulheres: -Olha, liga que dá certo! Liga que eles nos ouvem e dão a solução. **Não dá é pra gente depois de quase morrer ficar boiando sem saber pra onde correr,** acaba ficando vítima da justiça que é lenta também, vítima do governo que não entrega os remédios da forma que é pra entregar[...] tem que ser muito forte, viu?” (PART4)

**“Poderia ser um alerta que todo hospital ou clínica poderia ter,** tipo, teve um problema com uma mulher e a suspeita é o anticoncepcional, alguém, sei lá, ligado à ANVISA, iria lá, ou o médico mesmo seria obrigado a dedicar um tempo para informar tudo, todos os passos até a hora da trombose, da embolia, da enxaqueca, e tudo ficar no histórico. Acho que isso ia prevenir muita coisa, sabia? **Porque, sabe, a gente fia lá vendo todo mundo dizer que foi o anticoncepcional, mas ninguém se prontifica a assumir isso formalmente, alguns até orientam a notificação, mas bem timidamente.** Então, os caras sabem que se vende pílula em toda esquina, a maioria nem concorda, mas fazer o quê? **Não tem fiscalização, o jeito é remediar, isso quando dá, se ela não morrer”** (PART11).

**“Eu só chegava e pedia e a maioria das meninas que eu conheço é assim e do jeito que eu não sabia dos riscos, elas também não sabem ou ignoram, do jeito que eu fazia.** Pensava que não ia acontecer comigo, a gente sempre pensa assim por que faz mil anos que a pílula tá aí revolucionando a vida da mulher, que mal vai fazer? **só que depois que tive a trombose fui pesquisar, descobri vários estudos, e estudos que vem desde quando a pílula surgiu falando desses efeitos colaterais, mas isso pouco é falado,** então eu fiquei fazendo mil teorias na cabeça, pensando que no papel do governo que quase não fiscaliza, nos lobbys, políticos, médicos e muitas outras coisas, não tem jeito, bate a desconfiança total com tudo e com todos. **O lado positivo é que pra tudo que vou comprar, remédio além de tudo, eu leio muito, leio a bula toda, entro no site da ANVISA,**

**leio o currículo do médico que me passou, pode ser uma aspirina, tô com medo de tudo.”** (PART10)

**“Se você tem um problema tão sério e não tá tendo controle, e você tem muita gente morrendo por isso, não vale a pena estar ganhando rios de dinheiro. A gente quer é conscientizar é que não se pode tomar anticoncepcional assim de qualquer jeito, tem que se informar, tem que proteger, é uma medicação. As meninas devem pesar o risco, a indústria deve se ajustar de alguma forma e o controle é uma maneira, é um meio.”** (PART2).

**“Eu fico impressionada que a maioria das mulheres tem problemas e daí elas decidem “não vou processar o laboratório, não vou atrás do médico, não vou fazer nada” elas preferem ficar quietas, sofrer caladas, tem medo de fazer qualquer coisa, eu fico impressionada.”** (PART1)

**“Todos os casos eram mulheres jovens e que tomavam anticoncepcional. Não sou contra o anticoncepcional, acredito que ele traga benefícios sim, mas sou contra a negligência de se receitar anticoncepcional indiscriminadamente sem informar adequadamente seus riscos, e da própria negligência de tomar um medicamento durante tantos anos sem desconfiar que poderia ser prejudicial e poder levar até mesmo a morte. Mulheres, preocupem-se, pesquisem e perguntem!”** (Extraído de grupo de *whatsapp*)

A resiliência percebida nos relatos das Participantes 1 e 11 pode ser confundida com aceitação em um primeiro momento, mas sua fala sobre os momentos pós-trauma, tratamento e recuperação parcial evidenciam as características da resiliência presente na definição da *American Psychological Association*, que a caracteriza como um processo de adaptação frente à uma ou mais adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou mesmo fontes significativas de ameaça (APA, 2010). Outras participantes relatam fatos no mesmo sentido quando transparecem a aceitação de que a falha na regulação pode levar muitas mulheres ao trauma, mas que podem superar os danos causados e adaptarem-se à mudança de vida, mesmo que drástica. Já a Participante 2, traz uma fala constante nas entrevistas, onde há uma contestação quanto ao lucro mesmo sabendo dos danos causados à consumidoras, e põe essa questão como um marco para a regulação, percebe-se a expectativa por uma contrapartida relacionada a mais investimentos e mais atenção com os casos de trauma.

Nota-se que para essas mulheres, a complexidade do sistema de marketing dos medicamentos tem em seu teor interações baseadas em dinâmicas de mercado conduzidas e mediadas por entidades muitas vezes estranhas a elas, até mesmo o agente regulador, como a

ANVISA, é pouco conhecido pelas entrevistadas em sua atuação sobre o medicamento. Percebemos que, para elas, confiar nas organizações tem um reflexo institucional, e é uma construção feita sobre a percepção da consumidora que afeta então o médico, o medicamento e o agente regulador. Logo, para as mulheres entrevistadas, em seus relatos, percebemos também que o caminho para mudar isso deve se dar por sistemas de vigilância rigorosos, cabendo maior destaque para os dados quanto a regulamentação e para a transparência das informações, bem como para a comunicação com o consumidor, em que se exerce relação direta de um com o outro contribuindo para redução da percepção de vulnerabilidade.

Um conjunto de reivindicações enquadradas em torno da noção do aumento da regulamentação tem consequências não intencionais negativas, como o fato de os fabricantes, que sofrem como consequência da regulação a dificuldade em manter ou aumentar participação de mercado ou ter dificuldades em introduzir novas marcas, provocam perda de receita pública com arrecadação de impostos, uma contribuição direta da indústria para a economia, e a perda da soberania do consumidor e seu poder de escolha, pois mesmo ao conhecer dos riscos associados ao consumo deve lhe ser dada a opção da escolha livre, ponto contraditório na discussão da regulamentação, que visa proteção do consumidor, mas de exposição necessária.

Segundo os dados dos relatos, a confiança em organizações como os laboratórios farmacêuticos é construída e mantida por meio das percepções das consumidoras de que os sistemas de regulação e monitoramento são robustos e a comunicação é transparente quanto às medidas tomadas para a proteção de seus interesses. É uma confiança institucional demonstrada por sinais como certificações de qualidade, embalagem, rotulagem, alto volume de informação disponível e acessível e, excepcionalmente, punição. Quando não há essa percepção, especialmente, após o trauma, são elas, as mulheres que absorvem o papel de informar as demais sobre os riscos e benefícios do consumo do anticoncepcional.

Os incidentes de ocorrência que comprometem a integridade da saúde das consumidoras, sem uma efetiva ação regulatória mesmo com objetivo apenas de remédio tendem a reverter as ações dos grupos de consumidoras para redes informais ou redes alternativas de contracepção para coletar informações relevantes para a redução dos riscos associados à prevenção da gravidez.

**“Eu queria era ver uma multa gigantesca sendo aplicada nesses laboratórios, do jeito que acontece lá fora.** Tem anticoncepcional que tá proibido de ser vendido na França, mas aqui é tudo muito desregulado pra pílula, se o ministério público for a fundo, investigar mesmo e tem médico

que apoia, que compra a causa, não seria tão difícil. **Isso pode é não evitar outros casos, mas vai reduzir muito porque vai tomar espaço na mídia, mais mulheres vão saber, a pressão social vai ser maior e quem sabe o poder público não cai em cima na fiscalização.**” (PART8)

**“Já que o governo não faz nada, nós fazemos, temos os grupos no Facebook, no WhatsApp, sei que já tem um perfil no Instagram pra causa, tudo isso pra informar, fazer o papel do governo, que nem fiscalizar quer. É certo que tem uma deputada aí nos apoiando, fazendo audiência e cobrando, mas é uma voz só no congresso. Então, vamos lutar até que nos ouçam e não morram mais mulheres, ou que se tenha pelo menos uma preocupação com a venda descarada e com os registros dos casos.”** (PART17)

**“Mas me pergunto se realmente o anticoncepcional faz bem pra pele ao ponto de valer a pena, por isso acho que deve ser mais fiscalizado pela ANVISA, com certeza a pílula não foi criada pra isso, eu vi que esse YASMIN e muitos outros são proibidos em outros países e no Brasil você compra sem receita. Minha médica pediu que eu comprasse de laboratórios conceituados, mas o hormônio é o mesmo, é o GESTODENO. Mas a diferença não era muita não. Daí fui encontrando outros depoimentos, outras histórias e começamos uma luta para regular isso, controlar essa venda.”** (PART7)



Enquanto a estratégia for da contracepção por meios químicos e mecânicos os números serão realmente alarmantes. Falta investimento e assistência é óbvio, assim como essa falta acontece também em outras áreas da Saúde, mas o que realmente falta é uma estratégia combinada entre saúde e educação para uma adequada orientação sexual. Os adolescentes não compreendem na escola como funciona a fertilidade feminina e masculina e nunca ouviram sequer o que significa a fertilidade combinada do homem da mulher. Com pequeno esforço e investimento em conhecimento e na orientação do conhecimento da fertilidade feminina esse quadro poderia estar completamente diferente. É necessário compreender que fertilidade não é doença e muito menos bicho de sete cabeças! É necessário que as mulheres entendam que fertilidade é saúde e que conhecer sua fertilidade é a melhor forma de compreender seu corpo e decidir como conduzir sua vida, mas como essa é uma estratégia de conscientização e conhecimento pessoal será rotulada de ineficaz porque conhecimento é poder!

Curtir Responder 5 sem ...

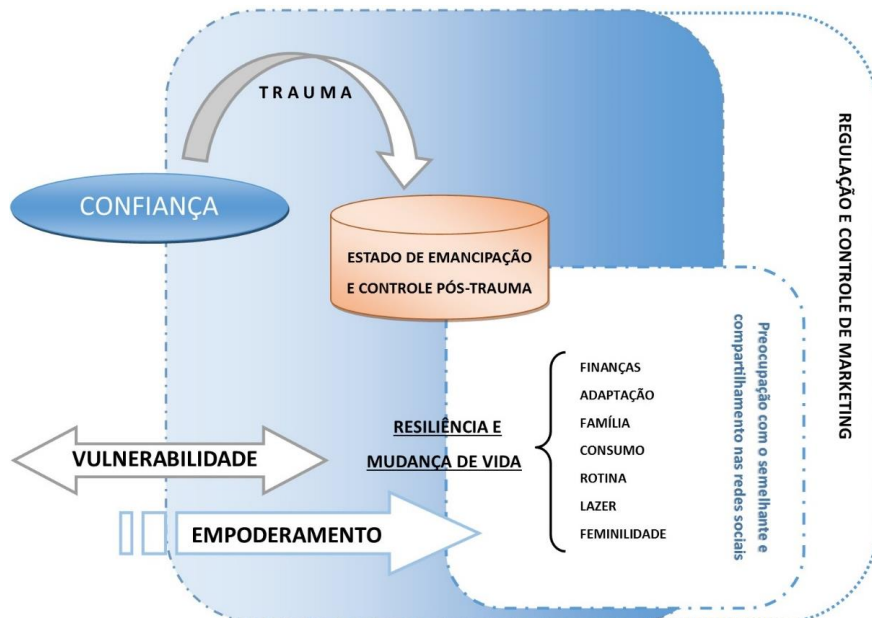


**“O método Billings é muito útil pra mim, comecei a conhecer meu corpo, não preciso mais de pílula nem de nenhum hormônio, mas o marido tem que contribuir, hein, meninas”** (Extraído de grupo de WhatsApp)



Fornecer informações adicionais sobre os anticoncepcionais, especialmente aquelas relacionadas ao seu risco, possui impacto direto nas crenças das consumidoras afetando inclusive sua demanda pelo medicamento, comportamento de compra e o processamento de informações. Nota-se, tanto nas entrevistas quanto nas comunidades do *Facebook* uma diversidade de respostas e relatos baseadas em diferenças de consumo, como motivação e nível de educação, envolvimento com o produto e confiança (Atkinson & Rosenthal 2014). São relatos que demonstram essas características em função do que o medicamento representou na vida dessas mulheres durante o consumo e antes de qualquer trauma, isso afeta também a percepção daquelas que não sofrem dano.

O tipo de anticoncepcional, aqui relacionado à sua geração, traz alegações específicas de como afetam a saúde, mas são informações que segundo as falas podem estar disponíveis, contudo pouco acessíveis. A justificativa encontrada pelas entrevistadas é a mesma nos relatos nas comunidades e nos grupos do *WhatsApp*, a qual a atribuição da difusão da informação sobre os riscos do medicamento é de responsabilidade do fornecedor (Doshi, Dowell & Toffel 2013), incluindo-se sob a mesma exigência os médicos. A Figura 13, demonstra a Regulação de Marketing do contraceptivo oral hormonal como uma extensão das experiências de consumo e um fator determinante para as mulheres no que concerne à informação e segurança de uso do medicamento, contudo, é sua ausência, evidenciada nos relatos, que se destaca no processo.



**Figura 13:** Percepção das experiências de consumo de anticoncepcional oral quanto à regulação de marketing.

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A regulação de marketing referenciada nos relatos aparece na Figura 13 é marco temporal inicial e final em todas as falas das entrevistadas, pois nos primeiros momentos contesta-se a não fiscalização e controle, e ao fim constata-se que um maior rigor nesses aspectos é determinante para determinar a segurança no consumo da pílula, o que, por mais que se leia a bula e pouco se lê, confia-se na indicação médica, também visto como papel de controlador quando assume o papel de informar.

O processo de disseminação de informação em saúde é percebido pelas consumidoras como uma consequência de experimentos laboratoriais, estudos epidemiológicos ou ensaios clínicos e de fonte material originada na comunidade médica. Percebemos que as consumidoras pesquisam e disseminam informações sobre conferências e publicações, levando-as a questionar os fatores relacionados às práticas médicas de prescrição e ao processo regulatório.

Segundo os relatos, o agente regulador pode mudar as percepções sobre o medicamento tanto em relação a quem sofreu o dano quanto em quem obteve todos os benefícios da pílula, o que bastaria seria a atuação fiscalizadora e controle da venda.

A receptividade da consumidora quanto às informações sobre o medicamento contraceptivo pode criar uma demanda por ainda mais informações sobre o assunto, o que

leva à disseminação de histórias adicionais sobre as experiências de consumo, sempre acompanhadas pela queixa de que a regulação é frágil em todo o processo, como percebido nas entrevistas e nas comunidades do Facebook. Sem informações sobre os riscos, até mesmo as consumidoras mais informadas não saberiam o quanto o medicamento é adequado ao seu organismo, ficando assim totalmente dependente da recomendação médica, o que potencializa a confiança dela no profissional e eleva o nível de decepção com toda a classe em caso de trauma.

A exigência de regulação ganha força com a experiência vivenciada pelo trauma, em nenhum dos relatos notamos qualquer demonstração de que antes do evento traumático houvesse uma preocupação com controle e fiscalização, o mesmo pode ser percebido nos relatos nas comunidades das redes sociais. No entanto, esse fato serve como um mecanismo de aprendizagem no consumo da pílula por meio de mulheres que aderem ao discurso das que passaram pela experiência negativa e começam a enxergar a necessidade da regulação.



..... Tem que fazer exames antes de passar pílulas pq tem mulheres que tem doenças pré existentes no corpo e nem sabem , ai toma ac ... e quase morre , deveria ser obrigatório fazer exames de trombose etc ... e vender só com receita.

Curtir · Responder · 23 sem

De fato, percebemos um aumento contínuo nos relatos e na intensidade das interações nas redes sociais online. Em diversos relatos notamos um aumento em padrões de discurso que buscam a confiança institucional por meio do controle, considerando a venda e a prescrição como principais alvos de vigilância, assim, para essas mulheres, introduzir uma regulamentação e uma fiscalização progressivamente mais rigorosa e fiscalização pode ampliar a percepção de segurança no consumo e aumentar a harmonia com as normas vigentes sobre outros medicamentos, bem como atender à crescente demanda dos consumidores por melhorias na segurança. Por fim, a sugestão de regulação sobre consultórios aparece com constância nos dados, contudo, uma ação nesse sentido pode comprometer a liberdade do profissional de saúde uma vez que os mecanismos de controle passam a considerar como foco além da segurança do consumidor, a gestão do negócio médico, responsabilidade de outras entidades.

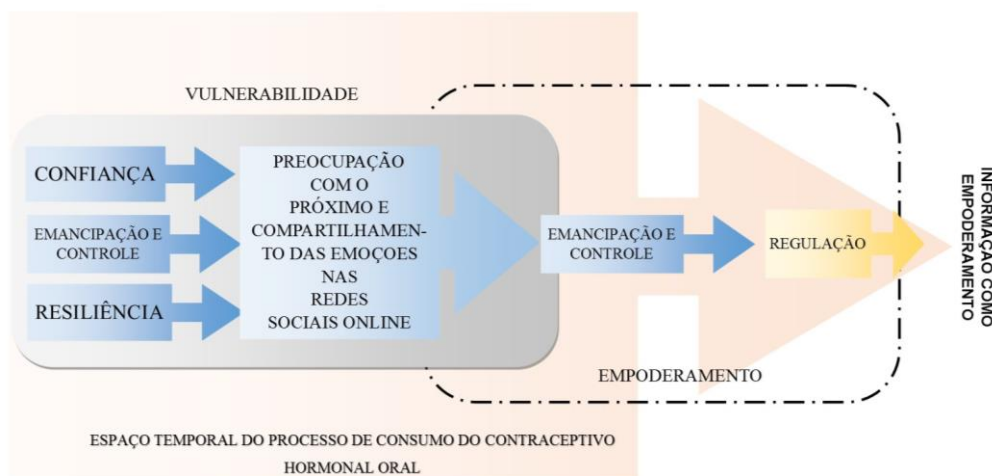
## **5. Considerações Finais**

O objetivo geral desta tese foi compreender a experiência de vulnerabilidade e empoderamento de consumidoras de pílulas contraceptivas hormonais durante seu processo de consumo, expondo os casos e as narrativas de mulheres que revelam terem sofrido graves problemas de saúde e risco de vida, provocados pelo uso deste tipo de medicamento. Esse objetivo foi construído com base no argumento de que há evidências que asseguram às mulheres consumidoras uma condição de vulnerabilidade real consubstanciada por condições externas relativas à industrialização do medicamento e da insuficiência de informações a respeito dos riscos, efeitos e danos provocados pelos anticoncepcionais orais.

Foram entrevistadas 19 (dezenove) mulheres que afirmam, com base em diagnósticos clínicos e laboratoriais, além das próprias experiências e sintomas sentidos, que sofreram traumas consequentes do consumo da pílula contraceptiva. Relatos de duas comunidades do

Facebook e dois grupos do *Whatsapp*, ambos relacionados ao fenômeno, também foram utilizados como dados para análise nesta tese.

Os procedimentos adotados no decorrer do estudo permitiram que conseguíssemos alcançar o principal objetivo do estudo quando compreendemos que a experiência de vulnerabilidade e empoderamento se revelam por meio de cinco categorias emergidas dos discursos coletados, a saber: 1) Confiança, 2) Emancipação e controle, 3) Resiliência e mudança de vida, 4) Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais e, por fim, 5) Regulação de marketing. Desta forma, foi possível estabelecer uma relação temporal entre tais categorias a experiência de vulnerabilidade e a percepção de empoderamento sentidas pelas consumidoras em todo o processo de consumo do anticoncepcional oral, como representado na Figura 14. Em todas as categorias, os relatos evidenciaram o estado de vulnerabilidade enquanto consumidoras que, por assimetria informacional, sofreram traumas decorrentes do consumo de um produto o qual deveriam ter maior acesso ou serem melhor direcionadas às suas informações.



**Figura 14:** Relação temporal das categorias com a vulnerabilidade e empoderamento no processo de consumo do anticoncepcional

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A Figura 14 apresenta o espaço temporal das categorias de acordo sua emergência nos relatos, a sequência expressa nas falas revela um padrão de estrutura, em que a confiança foi a primeira categoria emergida, pois pertencia aos momentos iniciais das entrevistas. Ao trazer a

experiência de consumo da pílula considerando benefícios e danos, mesmo com alguns efeitos adversos como enxaqueca, que não aconteciam em todas entrevistadas a sensação de controle se revelava em suas falas de forma frequente, contudo, ao mencionar o benefício imediatamente, o dano era recordado, aparecendo na fala. É nesse ponto que os relatos entram na experiência relacionada ao trauma e as mudanças de vida, como por exemplo as exigências do tratamento, configurando a categoria de resiliência.

A percepção de emancipação surge com outro sentido após o trauma. Exposto na figura após toda experiência negativa e a iniciativa de compartilhar a experiência, abandonar o remédio, voluntaria ou obrigatoriamente deu às mulheres de acordo com seus relatos a sensação de liberdade, ou seja, emancipação. Até aqui, as experiências são relacionadas com a vulnerabilidade percebida e expressa nos relatos, passando a transacionar vivências e comportamento de empoderamento a partir do momento em que se comprometem a atuar em favor da causa, conseqüentemente, levando à exigência pela regulação. Em todo esse percurso a conclusão a que se chega é a de que a consumidora tem na informação acessível, disponível e confiável o maior alicerce do seu empoderamento.

Nesse sentido, também se evidenciou o surgimento de uma percepção de empoderamento em consumo, que modificou a atitude de consumo não apenas quanto ao anticoncepcional, mas quanto a qualquer medicamento, extrapolando o alerta de busca por mais informação à outros itens do cotidiano dessas mulheres e em diversos casos, da família, companheiro e filhos. Esse empoderamento é despertado pela busca das informações não acessadas pelas consumidoras, atitude que conta com relatos de outras consumidoras em redes sociais, grupos de apoio, clínicas, amigas e conhecidas, mesmo que não tenham sofrido trauma algum.

Portanto, a emergência das categorias neste estudo foi consequência de procedimentos de análise dos relatos que permitiram alcançarmos a resposta ao primeiro objetivo específico desta tese, que foi *analisar*, com base na história de vida, os fatores que causam a situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas pelas consumidoras de anticoncepcionais. Assim, consideramos que o surgimento em si das categorias é a efetiva resposta ao objetivo buscado.

A contribuição teórica deste estudo está na investigação de dois fenômenos de consumo que se revelam complementares na perspectiva abordada aqui. A vulnerabilidade e o empoderamento de consumidoras de pílulas contraceptivas revelam duas faces de um processo que possui seus marcos temporais calcados em eventos que envolvem uma miríade

de sentimentos, percepções e significados para as mulheres consumidoras desse medicamento. Quanto à vulnerabilidade, os relatos revelam a percepção do estado principalmente no momento pós-trauma, contudo, de forma sutil, essa vulnerabilidade é percebida antes do trauma quando sintomas que não existiam antes do consumo do medicamento passam a ser frequentes no cotidiano da pessoa. Por isso, surgem as categorias de resiliência e mudança de vida.

Quanto ao empoderamento, a percepção é clara em comportamentos de ativismo, resistência, evitação e aconselhamento à outras mulheres com base naquilo que aprenderam durante todo o processo traumático. Isso envolve a busca por informações sobre o que sofreram, porquê sofreram, como viver depois do que sofreram e como evitar que outras mulheres sofram também os mesmos eventos. Essas ações alcançam também os homens nos papéis que assumem na relação, com o objetivo de que compartilhem das escolhas e ofereçam apoio à mulher no consumo desse medicamento. É nesse ínterim que emerge a categoria de preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais, nos permitindo alcançar a resposta ao objetivo específico de *explicar* como se manifesta a opinião nos discursos compartilhados em redes sociais online.

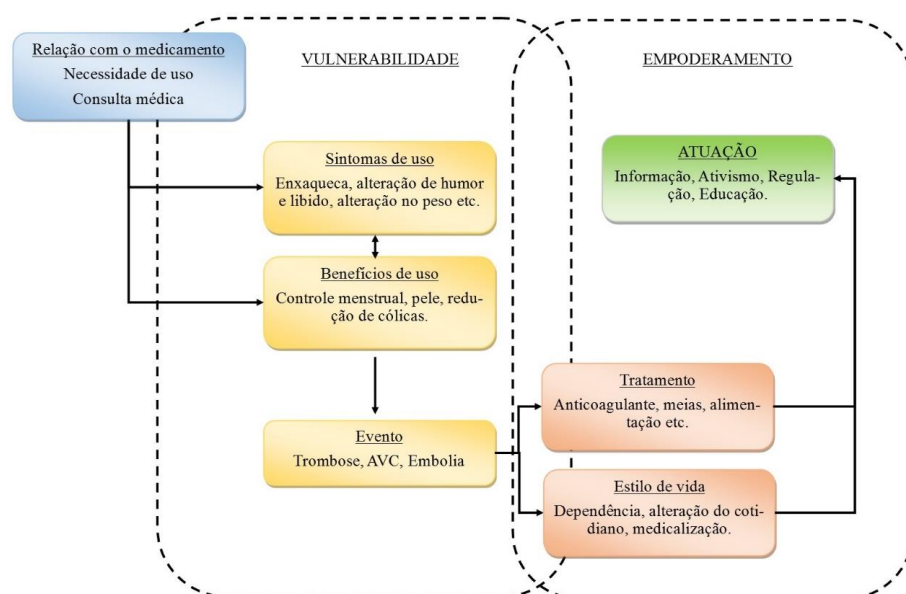
As plataformas *online* de redes sociais são declaradamente para as mulheres fonte de informação segura quanto ao consumo e os riscos relacionados ao anticoncepcional. Os relatos presentes detalham os fatos de cada trauma vivenciados, e, carregados de emoção, influenciam inclusive o abandono do consumo do medicamento, o que para muitas mulheres que vivenciaram o trauma, é um objetivo a ser alcançado.

Contudo, reflete-se aqui sobre uma outra visão dos relatos; a de que a intensão não é promover o abandono do consumo, mas buscar o maior volume de informação possível antes de adotar qualquer método contraceptivo hormonal, não apenas o oral, pois a evidência de que o medicamento também é consumido sem objetivos de contracepção, é clara. Aqui, o olhar se atenta também para a pílula enxergando-a apenas com um vetor, dado que há outros meios de contracepção como o injetável e o feito por meio de adesivos, assim, atenta-se para os hormônios presentes nesses métodos como a real causa dos traumas, mesmo que em grande parte dos relatos a referência seja feita à pílula, que vem sofrendo modificações com o tempo e o investimento em pesquisa, passando a ser utilizada para além da contracepção.

A informação é determinante nesse momento porque se o médico não menciona os riscos a mulher se vê no direito de contestar a prática, e isso considera o preparo e a intenção médica, alcançando o plano de saúde, a assistência estatal e a indústria. Esse fato dá fôlego

inicialmente ao discurso da vulnerabilidade e, com a conclusão de que tudo poderia ter sido evitado com mais informação, ao sentimento de empoderamento, pois as participantes passaram por momentos em que sua saúde foi posta em cheque, seu futuro ameaçado, tendo sua percepção de realização da vida afetada de forma negativa.

Isso as obrigou a buscar estilos de vida condizentes com limitações que não faziam parte de sua rotina, o próprio tratamento se incorpora ao estilo de vida quando afeta as condições financeira e emocional, suas relações e seus hábitos de consumo. Nesta perspectiva, alcançamos o objetivo específico de *entender* as consequências da situação de vulnerabilidade percebida pela consumidora na relação de consumo, dado que a resiliência a incentiva também à busca de informação sobre o consumido e as relações de consumo. Desta forma, ela percorre uma sequência de eventos em que perceber-se como uma consumidora vulnerável sofre o contraponto do empoderamento no consumo, como ilustrado na Figura 15.



**Figura 15:** Cronologia dos eventos no processo de consumo do contraceptivo oral: vulnerabilidade e empoderamento

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

A Figura 15 apresenta uma cronologia de fatos relatados pelas participantes nas entrevistas, portanto é possível identificar no esquema expressões relativas a tais fatos que



possuem relação direta com as categorias emergidas nas análises. Quanto à relação com o medicamento, a necessidade de uso e a consulta, a ligação é estabelecida com a categoria de confiança, que alcança médico e medicamento. Há também uma conexão entre essa categoria os sintomas de uso e o evento traumático em si, dado que a confiança começa a ficar comprometida quando o trauma acontece.

A categoria de emancipação e controle possui relação com os benefícios de uso, nesse ponto o tempo, a consumidora usufrui do que o medicamento propõe; a contracepção, mas também de benefícios adicionais, como combate à síndromes e problemas de saúde. As demais categorias, resiliência e mudança de vida, preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções e regulação permeiam os momentos de tratamento, o estilo de vida e atuação, respectiva e complementarmente. O início do tratamento exige uma adaptação na vida e no contexto de consumo como um todo, afeta familiares e companheiros, e quando superada, torna-se base de uma nova identidade e conseqüentemente de um novo discurso de consumo desse produto. Nesse ponto do tempo, os relatos nos trazem a interpretação do empoderamento, revelando a expressão em si quando falam de si mesmas.

Desta forma o conjunto de eventos que gera um volume de informação suficiente para que as mulheres se percebam empoderadas consumam e compartilhem informação entre si, nas redes sociais que já participam e tornam a participar, assim é gerando conteúdo suficiente para suporte à tomada de decisão e alteração da relação com o médico. Esse espectro de informações geradas espontaneamente nos permitiu *compreender* como as mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas orais obtém informação sobre o uso desse medicamento, o ultimo objetivo específico alcançado. Assim, podemos sintetizar os achados com as categorias demonstrando a relação entre categorias e objetivos por meio de excertos de relatos, como demonstrado no Quadro 11.

Objetivos Específicos	Categorias	Exemplo de relato
<i>Analisar</i> os fatores que causam a situação de vulnerabilidade a partir das experiências vivenciadas	1. Todas as categorias	<p>“nunca mais eu vou confiar num medico plenamente, se me receitarem uma coisa eu vou atras, pesquisar muito antes, perguntar a todo mundo, não vou mais confiar minha vida a ninguém, ou a qualquer profissional, isso vai ser pra qualquer especialidade”</p> <p>“Eu busco muita informação depois disso, comecei até a</p>

		<p>contestar das informações que os ginecologistas dão...eu senti a dor, eu quase morri, então eu tenho que me virar pra me informar, pode até não ser ético pra eles, mas confrontar as informações do hematologista com a do ginecologista é essencial pra minha saúde, e vejo que tá dando resultado pra mim”</p>
<p><i>Compreender</i> como as mulheres consumidoras de pílulas contraceptivas orais obtêm informação sobre o uso desse medicamento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais</li> <li>2. Emancipação e controle</li> </ol>	<p>“Na internet eu tenho achado com uma certa facilidade porque daí eu coloco as palavras-chaves “ac, problemas, morte por exemplo” e o que eu achei de relatos de obito eu fiquei impressionada”</p> <p>“Não vejo problema em tomar, mas tem que ser tomado com acompanhamento médico. Todo cuidado é pouco, não é errado ter uma gravidez muito cedo, mas planejar é muito melhor.”</p>
<p><i>Entender</i> as consequências da situação de vulnerabilidade percebida pela consumidora na relação de consumo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiliência e mudança de vida;</li> <li>2. Confiança</li> </ol>	<p>“Todo ano vou ao médico, busquei um dos mais bem conceituados e ele tem consciência do meu problema e me trata de acordo com isso.Eu tinha ido a um medico antes, mas desisti de ir de novo porque mesmo sabendo disso ele quis me recitar outro remedio dizendo que era mais fraco.”</p> <p>“Eu vou em vários, porque não confio, preciso de a palavra de mais de um pra eu me sentir segura. Mas se o médico for bom ou boa eu fidelizo por um tempo”</p>
<p><i>Explicar</i> como a opinião nos discursos se manifesta quanto aos medicamentos contraceptivos orais em relatos compartilhados em redes sociais online</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupação com o semelhante e compartilhamento de emoções nas redes sociais</li> <li>2. Regulação</li> </ol>	<p>“A intenção é chegar, ao menos informar, àquelas que defendem com unhas e dentes. Não que a gente quer impedir de usar, mas é que se informe, se precavenha”</p> <p>“Nada que uma receita não resolva, precisamos de controle</p>

		<p>porque assim fica mais fácil idenicar os casos e isso resguarda os médicos que atendem quem chega nas emergências”</p> <p>“Na época, eu não conhecia, não tinha a divulgação que tem hoje, o <i>Facebook</i> não era tão viral igual é. Eu entrei em desespero. Meu marido hoje que na época era meu namorado, entendeu super bem, me deu um suporte muito importante, mas, era tudo muito novo, ninguém sabia direito o que tava acontecendo”</p>
--	--	---

**Quadro 11:** Relação entre objetivos da pesquisas e categorias emergidas

**Fonte:** Dados da pesquisa (2018)

No Quadro 11, os relatos apresentados na coluna ‘Exemplo de relato’ compõem o conjunto de dados relativos a cada categoria, e conseqüentemente contribuíram para a atenção aos objetivos específicos desta tese. Há categorias, que reforçam um ou dois objetivos simultaneamente, isso acontece em função de que a experiência de consumo do anticoncepcional e o trauma vivido ser um processo contínuo e possuir seus significados atrelados aos marcos temporais desse processo, como a primeira vez que tomou, a primeira consulta, o trauma, a percepção de finitude, por exemplo. Destacamos que para a resposta ao primeiro objetivo apresentado no Quadro 10 todas as categorias contribuem porque são resultado da análise proposta no mesmo objetivo.

Do ponto de vista metodológico, a contribuição deste trabalho repousa na triangulação de métodos de coleta e a diversidade das fontes. Isso promoveu uma maior validação e confiabilidade do estudo dado que as análises convergiram para as mesmas categorias, ainda que feitas sobre os relatos coletados nas entrevistas, nos discursos compartilhados nas comunidades no *Facebook* e nas conversas dos grupos de *Whatsapp*. Quanto as entrevistas, a coleta evidenciou confiabilidade nos dados pois quando presenciais permitam que as informações fossem reforçadas por meio de exames, exibidos pelas participantes para lembrar a experiência e validar o que foi relatado, o mesmo aconteceu nos grupos do *Whatsapp*, onde eram enviados os exames e eram compartilhadas as experiências negativas e positivas. No *Facebook*, diversos relatos traziam imagens de

diagnósticos e fotos das próprias mulheres, mais um fator de validação dos dados para a pesquisa.

No que concerne à contribuição prática, o trabalho traz à baila que o propósito fundamental do marketing é aprimorar o bem-estar dos indivíduos e da sociedade, conseqüentemente, a academia e o mercado não podem deixar com que isso se reduza, cada uma em seu papel e atuação, pois o sistema de trocas é determinante para o desenvolvimento da civilização e nesse sentido a indústria é contribuinte direta para a evolução, contudo pode ser devidamente regulada de forma que não haja interferência excessiva na liberdade de mercado e nas relações de troca, o objetivo é o equilíbrio. Aqui as ações gerenciais estão nas decisões organizacionais do estado como regulador e das firmas como reguladas.

O estudo reconhece que as relações de troca têm oferecido em curto prazo ganhos para alguns, porém em longo prazo, danos para outros. Assim, numa perspectiva da Pesquisa Transformativa do Consumidor as práticas de mercado devem trazer a função societal de dar ganho à condição humana, proporcionando engajamento construtivo para criar, comunicar, precificar e entregar bens, serviços e experiências à consumidores e organizações em um sistema complexo. Portanto, se profissionais de marketing e acadêmicos adotarem a perspectiva da Pesquisa Transformativa do Consumidor e focarem-se no estudo de sistemas complexos para dar ganho ao bem-estar das pessoas e da sociedade é possível afirmar que o marketing pode salvar vidas.

A despeito de que pareça que as autoridades reguladoras possam revogar de forma adequada as autorizações de medicamentos devido a mortes ou danos, é possível que compostos eficazes possam ser suspensos ou retirados pela ausência de desenvolvimento suficiente de métodos de avaliação, monitoramento ou redução de riscos. A melhoria do monitoramento dos efeitos adversos, estratégias de coleta de relatos e ensaios clínicos poderiam identificar características de susceptibilidade, ou seja, aquelas consumidoras que estão sob um maior risco de efeitos adversos. É possível, mas possui um custo alto para a indústria e maior aproximação com o profissional médico, o agente regulador seria o mediador dessa relação, o que exigiria ainda mais controle e monitoramento.

Essas ações exigem também maior coordenação de vigilância ‘pós-comercialização’ dos contraceptivos, inclusive sobre seus benefícios, daí o custo. Assim, das autoridades reguladoras seria exigida uma consistência nos padrões de regulação para minimizar a exposição desnecessária do público aos efeitos do medicamento, às falhas de monitoramento, especialmente em ambientes com sistemas frágeis de farmacovigilância.

A detecção de sinais relacionados aos efeitos adversos dos anticoncepcionais, pode ser realizada por meio de por exemplo, bancos de dados de farmacovigilância, monitoramento de redes sociais online, buscando inicialmente uma prova uma associação desses efeitos adversos com o consumo de medicamentos. Deste modo, os fabricantes de medicamentos e as autoridades reguladoras podem garantir que haja consistência em como os medicamentos são usados, independente de para quem é prescrito.

Os órgãos reguladores liberam as licenças de comercialização de um medicamento quando seus regulados apontam um equilíbrio entre custo e benefício de uso, no entanto, os prejuízos podem superar os benefícios em longo prazo com a evolução das pesquisas e inovação sobre os efeitos e os componentes do produto. Havendo o inverso, onde o equilíbrio benefício-prejuízo torna-se desfavorável ao consumidor, o produto pode ser retirado do Mercado, e nos dois casos as pesquisas devem tanto se direcionar ao aspecto clínico e laboratorial do produto, investigando sua química, quanto os aspectos sociais, nas buscas pelo entendimento da experiência de consumo de seu produto.

Quando há reações adversas de medicamentos que resultam em danos e prejuízos, os relatos afirmam que seria de se esperar uma ação regulatória rápida, com suspensão ou retirada de um produto do mercado. No entanto, se não houver evidência convincente, tanto por parte da indústria quanto do agente regulador, da relação entre o medicamento e o dano, a retirada poderia resultar na remoção de produtos eficazes, perda de confiança no medicamento, incentivos negativos à produção e inovação e, desconfiança entre médicos, pacientes, reguladores, médicos e laboratórios.

Nesse sentido, se existirem quaisquer discrepâncias na retirada de medicamentos do mercado quando as mortes são atribuídas ao seu uso, é necessário estudos para confirmar formalmente a causalidade, e quanto aos anticoncepcionais a cumulatividade da pesquisa afirma que por serem eventos raros estatisticamente, não há base científica suficiente para retirar o medicamento do mercado, uma marca ou outra sim; o que se evidencia é uma possibilidade de maior regulação da comercialização e da prescrição no Brasil.

Mesmo que uma decisão de retirada seja baseada em relatos de casos, se faz necessário deixar claro quais outros critérios podem e devem ser utilizados. Métodos para explorar reações aos efeitos adversos a medicamentos, laboratoriais ou clínicos, estudos confirmatórios e a causalidade por meio de experimentos de longo prazo são exemplos que podem ser usados para investigar as relações entre trauma e consumo quando os danos são relatados ou registrados pelo médico ou pelo órgão de regulação. Portanto, deve-se atestar cientificamente se a retirada ou suspensão de medicamentos devido aos danos deve acontecer

porque ele é realmente prejudicial ou se uma medida regulatória pode resolver o problema, limitando o consumo a quem comprovadamente pode consumir.

De fato, destacamos que as decisões regulatórias apropriadas devem ser alcançadas com suporte de dados adequados, fato determinante para as atividades de marketing da indústria. Qualquer estratégia de marketing deve aqui incluir requisitos obrigatórios a serem seguidos para a gestão dos riscos associados ao acontecimento dos efeitos adversos, relacionamento com as consumidoras, serviços de atendimento, bases de dados, relações públicas, assessorial de imprensa, por exemplo. Nesse sentido um regulamento organizacional com base na regulação do mercado e nos comitês de classe deve basear qualquer decisão.

Consumidoras, médicos e indústria inevitavelmente tem diferentes percepções do saldo de benefícios e danos de uma intervenção regulatória, e na medida em que um risco de dano é aceitável comparado ao um benefício percebido, as consumidoras estarão mais dispostas a aceitarem esses riscos, no entanto, expô-las a esses danos também exige controle. Reguladores que precisam tomar decisões sobre gestão de risco de reações adversas a medicamentos devem atentar para a existência de grupo ou subgrupo identificáveis de indivíduos suscetíveis; se o monitoramento pode comprovadamente ajudar a reduzir o risco de um efeito adverso; se existe uma estratégia de defesa da consumidoras específica para o medicamento contraceptivo; e qual o nível equilíbrio entre benefício e dano percebido pelas consumidoras, o que exige pesquisas de comportamento.

São abordagens que se aplicam a diferentes históricos, onde as análises podem ser categorizadas de acordo com o trauma, o dano, a mudança na vida promovendo direcionamentos de plano de ação de marketing para a organizações. A estratégia a ser testada contemplaria o planejamento da gestão de risco durante o desenvolvimento de medicamentos, a legislação, diretrizes e ferramentas por meio das quais, por exemplo, a efetividade das mudanças em rótulos de produtos, programas de educação para médicos e farmacêuticos ou monitoramento de segurança devam ser registrados e mensurados. Portanto, acreditamos que quando as agências reguladoras precisam decidir se desejam alterar a licença de uma droga cujos efeitos adversos causaram preocupação, seria útil e seguro para o Mercado adotar uma estrutura de que orienta a seleção de diferentes estratégias para diferentes casos.

Os problemas associados ao uso de contraceptivos hormonais ganhou atenção da mídia e das redes sociais em todo ao país, o aspecto positivo desse fato está na maior atenção direcionada por médicos e pela indústria, a qual percebemos que tem adotado iniciativas para entender a questão e reduzir os casos, como verificar as incidências, efetuar testes laboratoriais e promover aprimoramento do produto, e principalmente adotarem a pratica de

prescrever esses medicamentos para mulheres que comprovadamente não possuam riscos relevantes de trauma. Isso se faz por meio de um estudo sobre o histórico da paciente, usando critérios de elegibilidade e parâmetros laboratoriais para tornar o consumo desses métodos ainda mais seguros. É um processo de aprendizado industrial que deve ser considerado.

O lado negativo é a disseminação das notícias sobre os casos, com o compartilhamento de imagens e vídeos mostrando as complicações, sequelas e mesmo casos de óbito, o que pode levar a um estado de possível pânico entre as consumidoras desse medicamento, tendo com possível consequência uma aversão a qualquer tipo de hormônio ou método contraceptivo. O risco é o surgimento do medo de que ‘hormônios matam’. Nesse sentido, o papel do médico é fundamental na correção da informação sobre riscos e benefícios, na sua disponibilidade e no combate aos mitos. Se faz essencial comunicar às mulheres sobre o risco absoluto relacionado ao consumo de anticoncepcional comparado ao risco de um tromboembolismo e outros problemas de saúde.

Desta forma o papel dos médicos é informar e orientar as mulheres ajudando-as a chegar à melhor decisão por meio do melhor e mais embasado aconselhamento possível. Isso se configura em dedicação de tempo para a avaliação individual da mulher, suas necessidades, seus problemas, seus objetivos de planejamento familiar, sua perspectiva de controle e de duração do uso, bem como os aspectos que envolvam seu parceiro nessa decisão.

Um outro caminho, em paralelo, a ser traçado está no próprio método de contracepção em si a ser oferecido, observando-se o perfil biopsicossocial da mulher. Nesse momento as características clínicas, sociais e culturais são avaliadas, para principalmente, excluir métodos que não se adequem às suas necessidades, em seu perfil clínico e no seu cotidiano e projeto de vida. É um passo que permite uma oferta de métodos contraceptivos de forma segura porque lá não terá contraindicações correspondentes à cada necessidade.

Assim, é possível tentar descobrir, dentre os métodos disponíveis, aqueles que trarão benefícios adicionais de saúde, mesmo aqueles já mencionados neste estudo, relacionados ao tratamento de pele, endometriose e síndromes, bem como aos que concernem à vida social, onde ela pode executar planos de vida profissional e pessoal, ligados à concepção ou não. Portanto, a informação mais importante está na instrução para diminuir a narrativa do medo, explicando que qualquer decisão de consumo envolve riscos, mesmo a decisão de consumir.

De fato, é por meio de nossos corpos, saudáveis ou desafiados, que nos engajamos no consumo e construímos nossas identidades. Muita pesquisa de consumo tem definido que o papel positivo do consumo é estabelecido pelas interações de mercado que acontecem na vida das pessoas e na formação da identidade. Logo, quando a identidade é ameaçada, o consumo

se torna tão importante que prejudica a estabilidade do consumidor em todos os sentidos, familiar, financeiro, subjetivo etc. As consumidoras participantes das entrevistas, aquelas que atuam nos grupos de *WhatsApp* e no *Facebook* expuseram o consumo envolvendo luta, incerteza, dependência, vulnerabilidade, adaptação, aprendizagem e empoderamento, e ainda assim todas elas continuaram a consumir outros medicamentos, às vezes com um envolvimento até mais intenso, como os anticoagulantes.

Por fim, ao passar por uma crise de saúde, prognóstico ou trajetória de doença, todas as participantes descreveram sentir a identidade afetada, perdas ou confusão em torno de como proceder como uma consumidora. Elas questionaram o que o trauma significou para o consumo, quando a crise de saúde passaria, e quem eles eram como consumidora agora que passariam a viver com as limitações impostas pelo tratamento, mesmo que temporárias. Consumos indesejados, dependência, perda de papéis e atividades valorizados e preocupações com produtividade e consumo futuros foram questionamentos comuns surgidos associados a essa transição. Não foram encontradas soluções fáceis para o bem-estar ou qualidade de vida dessas consumidoras; não houve resoluções rápidas para a crise de identidade.

De fato, essas participantes eram vulneráveis enquanto lutavam com o que significava ser uma pessoa que vive com limitações de saúde para consumo e, reflexivamente, que mudanças de consumo indesejadas significam para sua identidade afetada. A tendência poderia vir a ser mais direcionada a um comportamento individualista, de isolamento, contudo, a conclusão é que toda a experiência tem tornando o apoio da comunidade e a resiliência dessas mulheres a base do fortalecimento do seu empoderamento e da redução da vulnerabilidade.

### 5.1 Limitações de pesquisa da tese

Esta tese apresentou limitações durante seu desenvolvimento, ligadas à coleta de dados, à base teórica e a própria natureza da pesquisa e suas exigências, apresentadas no Quadro 12.

Natureza da limitação	Limitação da pesquisa	Consequências
Coleta de dados	1. Houve dificuldade ambiental e estrutural de acesso às participantes para realização das entrevistas, causadas pela disponibilidade das	1. Algumas entrevistas eram desmarcadas ou encerradas antes do tempo necessário;



	<p>consumidoras em função da condição de saúde, pois estavam em tratamento e uma entrevista longa provoca fadiga e cansaço.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nos grupos do <i>whatsapp</i> as conversas, por muito, se dispersavam e passavam horas ou dias gerando dados que não interessavam à pesquisa;</li> <li>As entrevistas realizadas por meio do <i>Skype</i> e <i>Appear.in</i> sofriam com as limitações de conexão, como interrupções e quedas;</li> <li>Amplitude dos dados das comunidades do <i>Facebook</i> no tempo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perda de tempo coleta e armazenamento, para conseqüente descarte de informações desnecessárias;</li> <li>Geração de desconforto e prolongamento da entrevista;</li> <li>Os dados mais antigos podem evidenciar uma midificação da tendências e do padrão dos discursos com o passar do tempo, influenciados por alguma variável desconhecida.</li> </ol>
<b>Base teórica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Limitação de base teórica que apresenta o consumo de contraceptivos;</li> <li>Dados atualizados sobre o consumo de contraceptivos e incidência de danos e traumas decorrentes de efeitos adversos desse consumo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A pesquisa trouxe estudos do campo da saúde para apresentar o tema do uso do anticoncepcional sob a lente do comportamento de consumo.</li> <li>A pesquisa utilizou dados pouco recentes sobre a contracepção e os métodos;</li> </ol>
<b>Natureza da pesquisa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>A invasividade iminente da pesquisa;</li> <li>Categorização dos dados</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Inicialmente o pesquisador sentia-se intimidado pelo tema envolver a sexualidade de algumas participantes causando possíveis prejuízos à coleta de dados.</li> <li>Influência da subjetividade do pesquisador</li> </ol>

**Quadro 12:** Relação de limitações surgidas na pesquisas

**Fonte:** Elaboração própria (2018)

O Quadro 12 demonstra que toda limitação tem uma consequência para a pesquisa. Quanto a coleta de dados houve as restrições impostas da limitação, mas não houve total impedimento de coleta de um volume suficiente para alcançarmos os objetivos de análise do estudo, pois dado que se uma entrevista era cancelada ou suspensa, seus dados eram mantidos até que uma outra entrevista fosse realizada para substituí-la, considerando que os dados da entrevista cancelada foram utilizados para efeito de validação dos dados.

No que concerne à limitação teórica o estudo trouxe pesquisas do área da saúde que tratam dos efeitos do uso do anticoncepcional já realizadas pelo campo da enfermagem, por exemplo. A intenção foi alinhar com a lente da vulnerabilidade de consumo para reduzir o nível da limitação, que também foi atingida pela desatualização das informações, onde os dados mais recentes se referem à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2009).

No entanto, cabe destaque para a invasidade da pesquisa para as participantes, percepção que a princípio intimidou o pesquisador, contudo, foi uma limitação aos poucos reduzida pelo processo de *rapport* e pela confiança adquirida das participantes no decorrer da entrevista, dado que aconteciam sempre onde a participante se sentiam mais à vontade. Tradicionalmente, o pesquisador é uma limitação em estudos de abordagem qualitativa, onde se apresenta como instrumento de coleta e nesta não foi diferente pois houve momentos em que a sexualidade das participantes se tornava tema dos relatos pois possui conexão com o consumo do método contraceptivo. Nesses momentos, a naturalidade dos relatos trouxeram substancialidade às experiências e suprimiram por parte das entrevistadas qualquer timidez, desta forma deixamos que as falas fluíssem até que o tema não se fizesse mais objeto do relato.

Embora a pesquisa tenha percorrido pelos relatos compartilhados no *Facebook* até os últimos dois anos identificando inicialmente os discursos mais recentes, consideramos como uma limitação da pesquisa que alguns relatos relevantes podem ter sido perdidos. Para minimizar isso utilizamos técnicas de mineração de dados para identificar relatos antigos relevantes e que mantivessem o padrão de discursos ao longo do tempo, reforçando o processo de categorização realizado.

A codificação interpretativa dos relatos e as táticas utilizadas para tanto são basicamente subjetivas. Para mitigar essa limitação, revisamos a codificação em momentos distintos da pesquisa e paralelamente solicitamos apoio de outros pesquisadores ao exibir para estes profissionais amostras de relatos e as categorias definidas, onde por meio de um questionário exibido no Apêndice C, estes pesquisadores respondam sobre a adequação do discurso à categoria, contribuindo inclusive para o processo de validação dos dados.

Por fim, como nesta tese buscamos entender a estrutura da experiência, pois isso levaria o estudo a campos do conhecimento relacionados às áreas da saúde e da medicina, isso se configura tanto quanto uma limitação quanto como uma proposta para continuidade da pesquisa - dentre outras expostas na seção a seguir - onde nesse caso, se percorressem os fatos farmacêuticos, genéticos e medicinais envolvidos às causas do que aqui chamamos de

gatilho: a trombose e a embolia pulmonar, aqui, a fenomenologia poderia se debruçar sobre esse interesse

## 5.2 Recomendações para estudos futuros

Esta tese pôs sua lente sobre o fenômeno do consumo de contraceptivos hormonais orais, a pílula anticoncepcional, especificamente os eventos que envolvem efeitos adversos graves que atingem mulheres consumidoras desse medicamento no Brasil. Os achados alcançados aqui se direcionam a cinco categorias de análise que permitiram evidenciar comportamentos de confiança, emancipação, resiliência, preocupação com o próximo e ativismo, este relacionado à regulação de marketing.

Assim, surgem as recomendações de pesquisas as quais esta não conseguiu alcançar, por limitação de tempo, método, abordagem ou por finalidade diferente da que nos propomos aqui. A temática pode ser aprofundada considerando objetivos, geral e específicos semelhantes, contudo, com uma seleção diferente de sujeitos de pesquisa em um momento específico da experiência vivenciada, como por exemplo, a realização das entrevistas somente durante o tratamento, o no momento ‘pós-trauma’, reservada das devidas limitações e exigências de pesquisas com seres humanos, nesse sentido, a questão de pesquisa sugerida seria a seguinte: *Como a mulher se percebe como consumidora de anticoncepcionais orais nos primeiros momentos do ‘pós-trauma’?*.

Outras questões podem ser levantadas como proposição de pesquisas futuras decorrentes desta tese que podem contribuir para o entendimento da vulnerabilidade e do empoderamento de consumidores. Há de notarmos que a recomendação das pesquisas podem tem amplitude dentro do tema da medicalização, como por exemplo as questões sugeridas a seguir:

- 1) *Que fatores influenciam a vulnerabilidade de consumidores de medicamentos psiquiátricos;*
- 2) *Como se manifesta a experiência de vulnerabilidade de consumidoras de medicamentos de uso contínuo?*

A questão sugerida 1 remete a uma pesquisa de abordagem quantitativa onde hipóteses podem ser levantadas para verificar fatores antecedentes de vulnerabilidade ou de empoderamento, direcionamento que cabe como sugestão também para esta tese, concernente

ao consumo de anticoncepcionais. A questão 2, utiliza o mesmo problema de pesquisa desta tese, aplicado a investigação sobre outro tipo de medicamento. Contudo, advertimos que o uso das sugestões de pesquisa feitas aqui para qualquer tipo de medicamento deve atentar para a necessidade de um procedimento exploratório sobre o seu consumo, pois fatores como benefícios, efeitos adversos, restrições, regulação, comercialização e condições clínicas do paciente devem ser entendidos no estudo da vulnerabilidade.

A vulnerabilidade do consumidor pode ser compreendida pela formação natural de coortes com base na experiência de vulnerabilidade ou de suporte à redução desse estado, como exemplo, grupos de apoio. Mas, outros estudos podem se concentrar mais na solução dos problemas associados do que na compreensão dos vulneráveis. Intervenções terapêuticas podem ser úteis, mas também privadas ou individuais, conseqüentemente, muitas das intervenções, quando sistêmicas, podem reduzir a vulnerabilidade dos consumidores concernentes à saúde, como propostas de financiamento, ampliação de recursos, grupos de apoio e suporte à busca e acesso à informações. Isso é um desafio visível, mas deixar a consumidora lutar sozinha com o desafio interno à sua identidade e a saúde é mais uma forma de expô-la a um estado de vulnerabilidade, pois a maneira como nos vemos e organizamos nossas vidas está intimamente ligada à forma como consumimos.

Milhões de consumidores lutam contra doenças e deficiências que ameaçam suas identidades, o que o futuro reserva e como eles compreendem suas necessidades de consumo presentes e futuras. Estudos nesse sentido são necessários para explorar ainda mais a vulnerabilidade do consumidor e a adaptação que segue uma severa crise de saúde, de identidade e de relações sociais.

Outras sugestões repousam sobre o comportamento de ativismo evidenciado na categoria de 'Regulação de Marketing', em que a proposta está na busca pelo entendimento de comportamentos de evitação, resistência e boicote, onde consumidoras que sofreram o trauma tentam influenciar a decisão de outras por meio do discurso ativista nas redes sociais *online*. Ainda sobre a ampliação os estudos originados desta tese realizados em redes sociais online, as pesquisas futuras também pode se valer de uma investigação histórica para entender se há alguma mudança no padrão desses discursos no decorrer do tempo, que fatores interferiram e em que contexto se deu essa interferência. Nesse sentido, a regulação de marketing pode ser objeto de investigação sobre outros medicamentos, buscando entender os comportamentos e os discursos dos consumidores antes e depois da regulação.

Durante as entrevistas foi comum que as participantes exibissem documentos como exames e diagnósticos, receitas, imagens sobre a permanência no hospital quando internada e

até mesmo caixas e bulas de anticoncepcionais que foram guardadas com interesses judiciais contra os laboratórios ou médicos. Este fato, ainda durante as entrevistas, nos despertou como uma sugestão pesquisa futura, por meio da análise do conteúdo desses documentos e das fotografias retiradas pelas mulheres durante e após o tratamento, pois o uso de imagens na pesquisa qualitativa pode fazer surgir achados não acessíveis por outros métodos.

Em uma proposta quanto a sujeitos, sugerimos que os estudos podem se voltar para o papel dos companheiros nesse processo de trauma, pois são diretamente afetados, possuem sua rotina readaptada à da mulher, modificando inclusive seus hábitos de consumo. Desta forma, buscar entender as experiências e as percepções dos companheiros no suporte à mulher durante o tratamento se configura como uma proposta de estudo que pode auxiliar os profissionais envolvidos nessa fase da vida da consumidora, como psicólogos e médicos.

Enfim, autoridades reguladoras podem justificar decisões de controle quando houver suspeita danos atribuídos aos medicamentos. Desta forma, novos métodos de regulamentação de marketing podem ser objetos de pesquisa destinada a determinar se suscetibilidades específicas predis põem grupos de pacientes particulares a graves reações. Pesquisas colaborativas envolvendo instituições financiadas pelo poder público, universidades em seus programas de pós-graduação e institutos independentes devem ser encorajadas para ajudar a fortalecer o monitoramento de processos de avaliação quando ocorrem danos, efeitos adversos em excesso e até mortes relacionadas ao consumo de qualquer medicamento.

## Referências

- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, ANSM. (2013, Fevereiro). *Procédure de suspension de l'AMM de Diane 35 et de ses génériques - Lettre aux professionnels de santé*. Recuperado em 20 de Outubro, 2017, do <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/ProcEDURE-de-suspension-de-l-AMM-de-Diane-35-et-de-ses-generiques-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. (2011). *Drospirenona: risco aumentado de formação de coágulos sanguíneos*. Recuperado de [http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=2919553&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=33868&\\_101\\_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&inheritRedirect=true](http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2919553&_101_type=content&_101_groupId=33868&_101_urlTitle=drospirenona-risco-aumentado-de-formacao-de-coagulos-sanguineos-&inheritRedirect=true)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA (2016). Anticoncepcional: só com prescrição médica. Ascom. Recuperado de [http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset\\_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/anticoncepcional-so-com-prescricao-medica/219201?inheritRedirect=false](http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/anticoncepcional-so-com-prescricao-medica/219201?inheritRedirect=false) em 20 de Julho de 2018.
- Alessandra, K., (2015, Junho 12). *Comissão discute efeitos nocivos do uso de pílula anticoncepcional*. Rádio Câmara. Recuperado em 21 de Outubro, 2017, <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/490158-COMISSAO-DISCUTE-EFEITOS-NOCIVOS-DO-USO-DE-PILULA-ANTICONCEPCIONAL.html>

- Alvarez, M. (2017). VRM a technology of domination of self-the effects of vendor relationship management systems as tools for consumer empowerment. *The Information Systems Student Journal*, 25.
- Alwitt, L. F., & Donley, T. D. (1997). Retail stores in poor urban neighborhoods. *Journal of consumer affairs*, 31(1), 139-164.
- American Psychological Association (2010). *The Road to Resilience*. APA, Washington, DC.
- Andreasen, A. R. (1975). *disadvantaged consumer*. Free Press.
- Andreasen, A. R. (1976). The differing nature of consumerism in the ghetto. *Journal of Consumer Affairs*, 10(2), 179-190.
- Andreasen, A. R., & Manning, J. (1990). The dissatisfaction and complaining behavior of vulnerable consumers. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 3(1), 12-20.
- Annett-Hitchcock, K., & Xu, Y. (2015). Shopping and virtual communities for consumers with physical disabilities. *International Journal of Consumer Studies*, 39(2), 136-144.
- Arendt, H. (2001). Poder e violência. *Rio de Janeiro: Relume Dumará*, 81-94.
- Arendt, H. (2010). *A condição humana*. 10ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária.
- Armstrong, K. (2017). Consumer vulnerability and the transformative potential of the consumption of Complementary Alternative Medicine (CAM). *Journal of Customer Behaviour*, 16(3), 207-236.
- Åstedt, B., Isacson, S., Nilsson, I. M., & Pandolfi, M. (1973). Thrombosis and oral contraceptives: possible predisposition. *Br Med J*, 4(5893), 631-634.
- Atkinson, L., & Rosenthal, S. (2014). Signaling the green sell: the influence of eco-label source, argument specificity, and product involvement on consumer trust. *Journal of Advertising*, 43(1), 33-45.
- Awanis, S., & Chi Cui, C. (2014). Consumer susceptibility to credit card misuse and indebtedness. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 26(3), 408-429.
- Babor, T. F., Robaina, K., Noel, J. K., & Ritson, E. B. (2017). Vulnerability to alcohol-related problems: a policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction*, 112, 94-101.
- Baig, S. A., Pepper, J. K., Morgan, J. C., & Brewer, N. T. (2017). Social identity and support for counteracting tobacco company marketing that targets vulnerable populations. *Social Science & Medicine*, 182, 136-141.
- Bakker, C. B., & Dightman, C. R. (1966). Side effects of oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 373-379.
- Baker, S. M., Stephens, D. L., & Hill, R. P. (2001). Marketplace experiences of consumers with visual impairments: beyond the Americans with Disabilities Act. *Journal of Public Policy & Marketing*, 20(2), 215-224.
- Baker, S. M., Gentry, J. W., & Rittenburg, T. L. (2005). Building understanding of the domain of consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 25(2), 128-139.
- Baker, S. M., Hunt, D. M., & Rittenburg, T. L. (2007). Consumer vulnerability as a shared experience: Tornado recovery process in Wright, Wyoming. *Journal of Public Policy & Marketing*, 26(1), 6-19.

- Baker, S. M. (2009). Vulnerability and resilience in natural disasters: a marketing and public policy perspective. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(1), 114-123.
- Baker, S. M., & Mason, M. (2012). Toward a process theory of consumer vulnerability and resilience: illuminating its transformative potential. In *Transformative consumer research: For personal and collective well-being*. Taylor and Francis.
- Baker, S. M., & LaBarge, M. (2015). Consumer vulnerability: Foundations, phenomena, and future investigations. In *Consumer Vulnerability* (pp. 27-44). Routledge.
- Balahur, A., Steinberger, R., Kabadjov, M., Zavarella, V., Van Der Goot, E., Halkia, M., ... & Belyaeva, J. (2013). Sentiment analysis in the news. *arXiv preprint arXiv:1309.6202*.
- Bandura, A (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2),157-162.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Barnhart, M., & Peñaloza, L. (2012). Who are you calling old? Negotiating old age identity in the elderly consumption ensemble. *Journal of Consumer Research*, 39(6), 1133-1153
- Banikema, A. S., & Roux, D. (2014). Consumers' propensity to resist: a contribution to the study of the disposition to oppose market influence attempts. *Recherche et Applications en Marketing (English Edition)*, 29(2), 32-56.
- Bakshy, E., Rosenn, I., Marlow, C., & Adamic, L. (2012). The role of social networks in information diffusion. In *Proceedings of the 21st international conference on World Wide Web* (pp. 519-528). ACM.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (Edição revista e atualizada). Lisboa: Edições, 70.
- Barnhart, M., & Peñaloza, L. (2012). Who are you calling old? Negotiating old age identity in the elderly consumption ensemble. *Journal of Consumer Research*, 39(6), 1133-1153.
- Bhat, S.A. and Darzi, M.A. (2016), "Customer relationship management: an approach to competitive advantage in the banking sector by exploring the mediational role of loyalty", *International Journal of Bank Marketing*, Vol. 34 No. 3, pp. 388-410
- Beck, U. (2011). *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. Editora 34.
- Béliard, A., Verreth, L., & Grandjean, P. (2017). Oral contraceptive and acute intestinal ischemia with mesenteric venous thrombosis: a case report. *Open Access Journal of Contraception*, 8, 9-11.
- Belk, R. W. (1985). Materialism: trait aspects of living in the material world. *Journal of Consumer research*, 12(3), 265-280.
- Benjamin, A. H. D. V., Marques, C. L., & Bessa, L. R. (2016). *Manual de direito do consumidor*.
- Berg, L. (2015). Consumer vulnerability: are older people more vulnerable as consumers than others?. *International journal of consumer studies*, 39(4), 284-293.
- Bezerra, M. (2015, Abril 13). "Tomarei anticoagulante pro resto da vida", diz 'vítima' da pílula. Uol Notícias, Ciência e Saúde. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/04/13/tomarei-anticoagulante-pro-resto-da-vida-diz-vitima-da-pilula.htm>



- Biener, L., Ji, M., Gilpin, E. A., & Albers, A. B. (2004). The impact of emotional tone, message, and broadcast parameters in youth anti-smoking advertisements. *Journal of health communication*, 9(3), 259-274.
- Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., & Marintcheva-Petrova, M. (2008). Tolerability and clinical safety of Implanon®. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(sup1), 29-36.
- Bohle, H. G. (2001). "Vulnerability article 1: vulnerability and criticality", IHDP Newsletter UPDATE.
- Bone, S. A., Christensen, G. L., & Williams, J. D. (2014). Rejected, shackled, and alone: The impact of systemic restricted choice on minority consumers' construction of self. *Journal of Consumer Research*, 41(2), 451-474.
- Booth, C., & Segon, M. (2009). Leadership and management development: an action research project. *International Review of Business Research Papers*, 5(4), 102-113.
- Bordalo, P., Gennaioli, N., & Shleifer, A. (2013). Salience and consumer choice. *Journal of Political Economy*, 121, 803-843.
- Boyd, D. E., Clarke, T. B., & Spekman, R. E. (2014). The emergence and impact of consumer brand empowerment in online social networks: a proposed ontology. *Journal of Brand Management*, 21(6), 516-531.
- Brennan, C., & Coppack, M. (2008). Consumer empowerment: global context, UK strategies and vulnerable consumers. *International Journal of Consumer Studies*, 32(4), 306-313.
- Brennan, C., Vlaev, I., Blakemore, M., & Smith, N. (2017). Consumer education and empowerment in Europe: recent developments in policy and practice. *International Journal of Consumer Studies*, 41(2), 147-157.
- Bristor, J., & Fischer, E. (1995). Exploring simultaneous oppressions: Toward the development of consumer research in the interest of diverse women. *American Behavioral Scientist*, 38(4), 526-536.
- Brodie, R. J., Ilic, A., Juric, B., & Hollebeek, L. (2013). Consumer engagement in a virtual brand community: An exploratory analysis. *Journal of business research*, 66(1), 105-114.
- Broniarczyk, Susan M., & Griffin, Jill. (2014). Decision difficulty in the age of consumer empowerment. *Journal of Consumer Psychology*, Forthcoming. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2446095>
- Büchter, R. B., Fechtelpeter, D., Knelangen, M., Ehrlich, M., & Waltering, A. (2014). Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical informatics and decision making*, 14(1), 76.
- Byrne, D. (2013). European Commissioner for Health and Consumer Protection, Consumer General Assembly, 28 October, Brussels.
- Burrell, G., & Morgan, G. (2017). *Sociological paradigms and organisational analysis: Elements of the sociology of corporate life*. Routledge.
- Burnap, P., Gibson, R., Sloan, L., Southern, R., & Williams, M. (2016). 140 characters to victory?: using twitter to predict the UK 2015 general election. *Electoral Studies*, 41, 230-233.

Camilleri, J., & Neuhofer, B. (2017). Value co-creation and co-destruction in the airbnb sharing economy. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 29(9), 2322-2340.

Caplovitz, D. (1968). *The poor pay more: Consumer practices of low-income families*. Free Press.

Cardona, O. D. (2004). The need for rethinking the concepts of vulnerability and risk from a holistic perspective: a necessary review and criticism for effective risk management. *Mapping vulnerability: Disasters, development and people*, 17, 37-51.

Carmon, Z., Wertenbroch, K., & Zeelenberg, M. (2002). Why some choices don't make you feel as good as they should: post-decision effects of pre-decision adaptation. *INSEAD working paper*.

Castells, M. (2011). *The rise of the network society: the information age. Economy, society, and culture* (Vol. 1). John Wiley & Sons.

Casey, P. M., Long, M. E., Marnach, M. L., Fleming-Harvey, J., Drozdowicz, L. B., & Weaver, A. L. (2013). Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant. *Contraception*, 87(3), 370-374.

Chambers, R. (2006). *Vulnerability, coping and policy (Editorial introduction)*, IDS Bulletin, 37 (4), 33-40.

Chathoth, P., Altinay, L., Harrington, R. J., Okumus, F., & Chan, E. S. (2013). Co-production versus co-creation: a process based continuum in the hotel service context. *International Journal of Hospitality Management*, 32, 11-20.

Chathoth, P., Ungson, G., Harrington, R. & Chan, E. (2016). Co-creation and higher order customer engagement in hospitality and tourism services. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 29 No. 2, 222-245.

Chung, J. E. (2014). Social networking in online support groups for health: how online social networking benefits patients. *Journal of health communication*, 19(6), 639-659.

Coelho, P. F. C., Orsini, A. C. R., & Abreu, N. R. (2016). Os encontros de serviço de deficientes visuais em Instituições de Ensino Superior. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, 10(2).

Collins, P. H. (2000). Gender, black feminism, and black political economy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 568(1), 41-53.

Commuri, S., & Ekici, A. (2008). An enlargement of the notion of consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 28(2), 183-186.

Corrigan, P. W., & Garman, A. N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*.

Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130.

Crockett, D., & Wallendorf, M. (2004). The role of normative political ideology in consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 31(3), 511-528.

Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Systems Research and Behavioral Science*, 2(3), 201-215.

Darke, P. R., & Ritchie, R. J. (2007). The defensive consumer: advertising deception, defensive processing, and distrust. *Journal of Marketing Research*, 44(1), 114-127.

- Darney, P., Patel, A., Rosen, K., Shapiro, L. S., & Kaunitz, A. M. (2009). Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertility and sterility*, *91*(5), 1646-1653.
- Davis, B., Ozanne, J. L., & Hill, R. P. (2016, November). The transformative consumer research movement. American Marketing Association.
- Debevec, K., & Diamond, W. D. (2012). Social smokers: smoking motivations, behavior, vulnerability, and responses to antismoking advertising. *Journal of Consumer Behaviour*, *11*(3), 207-216.
- De Bruijn, S. F. T. M., Stam, J., Koopman, M. M. W., & Vandembroucke, J. P. (1998). Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users who are carriers of hereditary prothrombotic conditions. *Bmj*, *316*(7131), 589-592.
- De Clercq, B., Van Tonder, J. A., & Van Aardt, C. J. (2015). Consumer financial vulnerability: identifying transmission linkages that could give rise to higher levels of consumer financial vulnerability. *Southern African Business Review*, *19*(1), 112-136.
- De Pechpeyrou, P., & Odou, P. (2012). Consumer skepticism and promotion effectiveness. *Recherche et Applications en Marketing (English Edition)*, *27*(2), 45-69.
- Demiris, G. (2006). The diffusion of virtual communities in health care: concepts and challenges. *Patient education and counseling*, *62*(2), 178-188.
- Denegri-Knott, J. (2004). Sinking the online music pirates: foucault, power and deviance on the web. *Journal of Computer Mediated Communication*, Vol. 9 No. 4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2004.tb00293.x/full>
- Denegri-knott, J., Zwick, Detlev., & Schroeder, Jonathan E., (2006). Mapping consumer power: an integrative framework for marketing and consumer research. *European Journal of Marketing*, Vol. 40 Iss: 9/10, 950 – 971.
- Dessart, L., Veloutsou, C., & Morgan-Thomas, A. (2015). Consumer engagement in online brand communities: a social media perspective. *Journal of Product & Brand Management*, *24*(1), 28-42.
- Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office.
- Dixon, D. F., & McLaughlin Jr, D. J. (1968). Do the inner city poor pay more for food?. *The Economic and Business Bulletin*, *20*(2), 6-12.
- Doshi, A. R., Dowell, G. W., & Toffel, M. W. (2013). How firms respond to mandatory information disclosure. *Strategic Management Journal*, *34*(10), 1209-1231.
- Duffy, B. E. (2010). Empowerment through endorsement? polysemic meaning in Dove's user-generated advertising. *Communication, Culture & Critique*, *3*(1), 26-43.
- Epstein, A., Lake, R. [The Guardian]. (2015, 22 de Junho). *Sweetening the pill: could some birth-control methods kill you?*[Youtube]. Recuperado de [https://youtu.be/cyHyR0x2dyy?list=PLA\\_1MA\\_DEorHVeZiy1Ky-yGdcEW9qCKet](https://youtu.be/cyHyR0x2dyy?list=PLA_1MA_DEorHVeZiy1Ky-yGdcEW9qCKet)
- Esterberg, K. G. (2002). Qualitative methods in social research.
- Faria, M. D., Casotti, L. M., & Carvalho, J. L. F. S. (2016). A decisão de compra de veículos adaptados por consumidores com deficiência motora. *Revista de Administração da Unimep*, *14*(3).

- Faber, R. J., & Christenson, G. A. (1996). In the mood to buy: differences in the mood states experienced by compulsive buyers and other consumers. *Psychology & Marketing*, 13(8), 803-819.
- Feldman, R. (2013). Techniques and applications for sentiment analysis. *Communications of the ACM*, 56(4), 82-89.
- Featherstone, M. (1987). Lifestyle and consumer culture. *Theory, Culture & Society*, 4(1), 55-70.
- Farris, K. B., Aquilino, M. L., Batra, P., Marshall, V., & Losch, M. E. (2015). Impact of a passive social marketing intervention in community pharmacies on oral contraceptive and condom sales: a quasi-experimental study. *BMC public health*, 15(1), 143.
- Figueira, R. F., & Pereira, R. C. F. (2014). Devo, não nego, pago quando puder: uma análise dos antecedentes do endividamento do consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(5).
- Firat, A., & Dholakia, N. (1998). *Consuming people: from political economy to theatres of consumption*. Routledge, London.
- Flick, U. An introduction to qualitative research. London: Sage, 2006.
- Font-i-Furnols, M., & Guerrero, L. (2014). Consumer preference, behavior and perception about meat and meat products: an overview. *Meat Science*, 98(3), 361-371.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cadernos de saude publica*, 27(2), 388-394.
- Foxall, G. R. (2014). Invitation to consumer behavior analysis. In *Consumer Behavior Analysis* (pp. 23-40). Routledge.
- Frank, R. G. (2007). The ongoing regulation of generic drugs. *New England Journal of Medicine*, 357(20), 1993-1996.
- French, D., & McKillop, D. (2016). Financial literacy and over-indebtedness in low-income households. *International Review of Financial Analysis*, 48, 1-11.
- Füller, J., Mühlbacher, H., Matzler, K., & Jawecki, G. (2009). Consumer empowerment through internet-based co-creation. *Journal of Management Information Systems*, 26(3), 71-102.
- Gancho, C. V. (2004). *Como analisar narrativas*. Editora Ática.
- Gathergood, J. (2012). Self-control, financial literacy and consumer over-indebtedness. *Journal of Economic Psychology*, 33(3), 590-602.
- Gentry, J. W., Kennedy, P. F., Paul, K., & Hill, R. P. (1995). The vulnerability of those grieving the death of a loved one: Implications for public policy. *Journal of Public Policy & Marketing*, 128-142.
- George, M., Graham, C., Lennard, L., & Scribbins, K. (2015). Tackling consumer vulnerability: regulators' powers, actions and strategies. *University of Leicester School of Law Research Paper*, 15(06), 0-95. Disponível em SSRN: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2568716](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2568716)
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos: coleção pesquisa qualitativa*. Bookman Editora.

- Gilliatt, S., Fenwick, J., & Alford, D. (2000). Public services and the consumer: empowerment or control?. *Social Policy & Administration*, 34(3), 333-349.
- Goldsmith, E. B. (2005). Consumer empowerment: public policy and insurance regulation. *International Journal of Consumer Studies*, 29(1), 86-92.
- Gopaldas, A., & Fischer, E. (2012). Beyond gender: Intersectionality, culture, and consumer behavior. *Gender, culture, and consumer behavior*, 394-408.
- Grounds, D., Davies, B., & Mowbray, R. (1970). The contraceptive pill, side effects and personality: report of a controlled double blind trial. *The British Journal of Psychiatry*, 116(531), 169-172.
- Hall, K. S., White, K. O. C., Rickert, V. I., Reame, N., & Westhoff, C. (2012). Influence of depressed mood and psychological stress symptoms on perceived oral contraceptive side effects and discontinuation in young minority women. *Contraception*, 86(5), 518-525.
- Hahn, T., & Albert, N. (2015). Strong reciprocity in consumer boycotts. *Journal of Business Ethics*, 1-16.
- Harper, M., & Cole, P. (2012). Member checking: can benefits be gained similar to group therapy?. *The qualitative report*, 17(2), 510-517.
- Harvey, L. (2015). Beyond member-checking: A dialogic approach to the research interview. *International Journal of Research & Method in Education*, 38(1), 23-38.
- Hastings, G., Stead, M., & Webb, J. (2004). Fear appeals in social marketing: strategic and ethical reasons for concern. *Psychology & Marketing*, 21(11), 961-986.
- Hayek, F. A. (2013). *The constitution of liberty: The definitive edition* (Vol. 17). Routledge.
- Henry, P. C. (2005). Social class, market situation, and consumers' metaphors of (dis) empowerment. *Journal of Consumer Research*, 31(4), 766-778.
- Hirschman, E. C. (1993). Ideology in consumer research, 1980 and 1990: a marxist and feminist critique. *Journal of consumer research*, 19(4), 537-555.
- Hill, R. P. (2001). Surviving in a material world: evidence from ethnographic consumer research on people in poverty. *Journal of Contemporary Ethnography*, 30(4), 364-391.
- Hirschman, E. C. (1992). The consciousness of addiction: Toward a general theory of compulsive consumption. *Journal of Consumer Research*, 19(2), 155-179.
- Hofstede, G. (2003). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Sage publications.
- Hoffman, D. L. (2012). Internet indispensability, online social capital, and consumer well-being. *Transformative Consumer Research for Personal and Collective Well-Being*, Routledge, New York, NY, 193-204.
- Hoffman, D. L., & Novak, T. P. (2009). Flow online: lessons learned and future prospects. *Journal of Interactive Marketing*, 23(1), 23-34.
- Hogg, M. K., Folkman Curasi, C., & Maclaran, P. (2004). The (re-) configuration of production and consumption in empty nest households/families. *Consumption Markets & Culture*, 7(3), 239-259.
- Hogg, M. K., Howells, G., & Milman, D. (2007). Consumers in the knowledge-based economy (KBE): what creates and/or constitutes consumer vulnerability in the KBE?. *Journal of Consumer Policy*, 30(2), 151-158.

- Hollenbeck, C. R., & Zinkhan, G. M. (2006). Consumer activism on the internet: the role of anti-brand communities. *ACR North American Advances*.
- Hollon, M. F. (2004). Direct-to-consumer marketing of prescription drugs. *CNS drugs*, 18(2), 69-77.
- Holloway, I., & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative research*, 3(3), 345-357.
- Holt, D.B. (2002). Why do brands cause trouble? a dialectical theory of consumer culture and branding. *Journal of Consumer Research*, Vol. 29 No. 1, 70-90.
- Hosmer, L. T. (1995). Trust: The connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of management Review*, 20(2), 379-403.
- Huang, Y., Chu, R., & Cheng, J. (2018). Exploring Life Satisfaction Among Subsistence Migrant Consumers: A Case in China. *Journal of Public Policy & Marketing*.
- Hu, M., & Liu, B. (2004). Mining and summarizing customer reviews. In *Proceedings of the tenth ACM SIGKDD international conference on Knowledge discovery and data mining*, 168-177. ACM.
- Huefner, J., & Hunt, H. K. (2000). Consumer retaliation as a response to dissatisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 13.
- Instituto Brasileiro de Geografia, Estatística. Coordenação de Trabalho, & Rendimento. (2014). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores-2015*. IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia, Estatística. (2013). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade por sexo e idade 2000-2060*.
- Jansen, B. J., Zhang, M., Sobel, K., & Chowdury, A. (2009). Twitter power: tweets as electronic word of mouth. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 60(11), 2169-2188.
- Jiang, S., & Beaudoin, C. E. (2016). Smoking prevention in china: a content analysis of an anti-smoking social media campaign. *Journal of health communication*, 21(7), 755-764.
- Jick, S. S., & Hernandez, R. K. (2011). Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *Bmj*, 342, d2151.
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., & Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92.
- Kaufman-Scarborough, C., & Menzel Baker, S. (2005). Do people with disabilities believe the ADA has served their consumer interests?. *Journal of Consumer Affairs*, 39(1), 1-26.
- Kaufman-Scarborough, C., & Childers, T. L. (2009). Understanding markets as online public places: Insights from consumers with visual impairments. *Journal of Public Policy & Marketing*, 28(1), 16-28.
- Kanter, R. M. (1975). Women and the structure of organizations: explorations in theory and behavior. *Sociological Inquiry*, 45(2-3), 34-74.
- Karababa, E., & Ger, G. (2010). Early modern Ottoman coffeehouse culture and the formation of the consumer subject. *Journal of Consumer Research*, 37(5), 737-760.

- Keller, P. A., & Lehmann, D. R. (2008). Designing effective health communications: a meta-analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 27(2), 117-130.
- Keller, P. A., & Lusardi, A. (2012). Employee Retirement Savings. *Transformative Consumer Research for Personal and Collective Well-Being*. Routledge, New York, NY. 445-465.
- Khedr, A. E., Salama, S. E., & Yaseen, N. (2017). Predicting stock market behavior using data mining technique and news sentiment analysis. *International Journal of Intelligent Systems and Applications (IJISA)*, 9(7), 22-30.
- Kim, J., & Hastak, M. (2018). Social network analysis: Characteristics of online social networks after a disaster. *International Journal of Information Management*, 38(1), 86-96.
- Kippen, R., James, E., Ward, B., Buykx, P., Shamsullah, A., Watson, W., & Chapman, K. (2017). Identification of cancer risk and associated behaviour: implications for social marketing campaigns for cancer prevention. *BMC cancer*, 17(1), 550.
- Kissling, E. A. (2013). Pills, Periods, and Postfeminism: the new politics of marketing birth control. *Feminist Media Studies*, 13(3), 490-504.
- Kiritchenko, S., Zhu, X., & Mohammad, S. M. (2014). Sentiment analysis of short informal texts. *Journal of Artificial Intelligence Research*, 50, 723-762.
- Kirk, J.; Miller, M. L. Reliability and validity in qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications, 1986
- Koopman, C., Mitchell, M., & Thierer, A. (2014). The sharing economy and consumer protection regulation: the case for policy change. *Journal of Business Entrepreneurship & Leadership*, 8, 529.
- Kozinets, R. V., & Handelman, J. M. (2004). Adversaries of consumption: consumer movements, activism, and ideology. *Journal of consumer research*, 31(3), 691-704.
- Kozinets, R. V., Belz, F. M., & McDonagh, P. (2012). Social media for social change. *Transformative Consumer Research for Personal and Collective Well-Being*. Routledge, New York, NY, 205-223.
- Krishnamurthy, S., & Kucuk, S. U. (2009). Anti-branding on the internet. *Journal of Business Research*, 62(11), 1119-1126.
- Kuehn, K. M. (2015). Brand local: consumer evaluations as commodity activism on Yelp.com. *Journal of Consumer Culture*, 7(2), 205-224
- Kulkarni, J. (2007). Depression as a side effect of the contraceptive pill. *Expert opinion on drug safety*, 6(4), 371-374.
- Kunkel, D. L., Castonguay, J. S., & Filer, C. R. (2015). Evaluating industry self-regulation of food marketing to children. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 181-187.
- Labrecque, L. I., vor dem Esche, J., Mathwick, C., Novak, T. P., & Hofacker, C. F. (2013). Consumer power: Evolution in the digital age. *Journal of Interactive Marketing*, 27(4), 257-269.
- Lareau, Annette 2003. Unequal Childhoods, Class, Race and Family Life. Berkeley, CA: University of California Press.
- Larkin, M., Watts, S. & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102-120.

- Larkin, M., & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*, 99-116.
- Langrehr, F. W. (1979). Consumer education: Does it change students' competencies and attitudes?. *Journal of Consumer affairs*, 13(1), 41-53.
- Laperrière, A. (2008). Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. *POUPART, J.(et al). A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Trad. Ana Cristina Nasser, 2.*
- Lawson, R., Robertson, K., & Wooliscroft, B. (2016). Health, vulnerability, and energy: Assessing energy markets and consumer agency in New Zealand. *Energy Research & Social Science*, 19, 119-123.
- Leal, T., & Bakker, B. (2017). A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional.
- Lee, M. S., Motion, J., & Conroy, D. (2009). Anti-consumption and brand avoidance. *Journal of Business Research*, 62(2), 169-180.
- Lee, J., & Soberon-Ferrer, H. O. R. A. C. I. O. (1997). Consumer vulnerability to fraud: influencing factors. *Journal of consumer affairs*, 31(1), 70-89.
- Lee, W. B., Fong, G. T., Dewhirst, T., Kennedy, R. D., Yong, H. H., Borland, R., ... & Omar, M. (2015). Social marketing in Malaysia: cognitive, affective, and normative mediators of the TAK NAK antismoking advertising campaign. *Journal of health communication*, 20(10), 1166-1176.
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of Marketing*, 80(6), 69-96.
- Lemos, A. (2009). Cibercultura, cultura e identidade. Em direção a uma “cultura copyleft”?. *Contemporânea-Revista de comunicação e cultura*, 2(2).
- Lexchin, J., & Mintzes, B. (2002). Direct-to-consumer advertising of prescription drugs: the evidence says no. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(2), 194-201
- Ley, D., Prause, N., & Finn, P. (2014). The emperor has no clothes: a review of the ‘pornography addiction’ model. *Current sexual health reports*, 6(2), 94-105.
- Liang, T. P., Li, X., Yang, C. T., & Wang, M. (2015). What in consumer reviews affects the sales of mobile apps: a multifacet sentiment analysis approach. *International Journal of Electronic Commerce*, 20(2), 236-260.
- Lidegaard, Ø., Milsom, I. A. N., Geirsson, R. T., & Skjeldestad, F. E. (2012). Hormonal contraception and venous thromboembolism. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(7), 769-778.
- Lincoln, N. D., Travers, C., Ackers, P., & Wilkinson, A. (2002). The meaning of empowerment: the interdisciplinary etymology of a new management concept. *International Journal of Management Reviews*, 4(3), 271-290.
- Lillqvist, E., Moisander, J. K., & Firat, A. F. (2018). Consumers as legitimating agents: How consumer-citizens challenge marketer legitimacy on social media. *International Journal of Consumer Studies*, 42(2), 197-204.
- Liu, B. (2012). *Sentiment analysis and opinion mining*. Synthesis Lectures on Human Language Technologies. Morgan & Claypool Publishers.



- Liu, S.; Cheng, X.; Li, F.; Li, F. (2015). Tasc:topic-adaptive sentiment classification on dynamic tweets. *Knowledge and Data Engineering, IEEE Transactions on*, 27(6), 1696–1709.
- Lofland J, Snow D, Anderson L, Lofland L. *Analyzing Social Settings*. 4th edition Wadsworth; Belmont, CA: 2005.
- Luce, M. F., & Kahn, B. E. (1999). Avoidance or vigilance? the psychology of false-positive test results. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 242-259.
- Lukes, S. (1974). *Power: A radical view Macmillan*. London, New York.
- Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288.
- Madden, M., Gilman, M. E., Levy, K. E. C., & Marwick, A. E. (2017). Privacy, poverty and big data: a matrix of vulnerabilities for poor americans. *Washington University Law Review*. 53(95), Março, 2017, Disponível em SSRN: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2930247](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2930247)
- Mansour, D., Korver, T., Marintcheva-Petrova, M., & Fraser, I. S. (2008). The effects of Implanon® on menstrual bleeding patterns. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(sup1), 13-28.
- McCall, L. (2008). The complexity of intersectionality. In *Intersectionality and Beyond* (pp. 65-92). Routledge-Cavendish.
- McGregor, S. (2005). Sustainable consumer empowerment through critical consumer education: A typology of consumer education approaches. *International Journal of Consumer Studies*, 29(5), 437-447.
- McGregor, S. L. (2016). Framing consumer education conceptual innovations as consumer activism. *International journal of consumer studies*, 40(1), 35-47.
- McShane, L., & Sabadoz, C. (2015). Rethinking the concept of consumer empowerment: recognizing consumers as citizens. *International journal of consumer studies*, 39(5), 544-551.
- Makarem, S. C., & Jae, H. (2016). Consumer boycott behavior: an exploratory analysis of twitter feeds. *Journal of consumer affairs*, 50(1), 193-223.
- Mallozzi, C. A. (2009). Voicing the interview: A researcher's exploration on a platform of empathy. *Qualitative Inquiry*, 15(6), 1042-1060.
- Malhotra, N. K. (1984). Reflections on the information overload paradigm in consumer decision making. *Journal of Consumer Research*, 10, 436–440.
- Mason, M. J., & Pavia, T. (2015). 12 Health shocks, identity and consumer vulnerability. *Consumer Vulnerability: Conditions, contexts and characteristics*, 145.
- Manzoli, L., De Vito, C., Marzuillo, C., Boccia, A., & Villari, P. (2012). Oral contraceptives and venous thromboembolism. *Drug safety*, 35(3), 191-205.
- Martin, R., & Hewstone, M. (2003). (2003b). Social influence processes of control and change: conformity, obedience to authority, and innovation. In MA Hogg & J. Cooper (Eds.), *Sage Handbook of Social Psychology* (347-366). London: Sage.
- Martinelli, I., Sacchi, E., Landi, G., Taioli, E., Duca, F., & Mannucci, P. M. (1998). High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 338(25), 1793-1797.

- McGregor, S. (1999). Towards a rationale for integrating consumer and citizenship education. *Journal of Consumer Studies & Home Economics*, 23(4), 207-211.
- McGregor, S. (2005). Sustainable consumer empowerment through critical consumer education: A typology of consumer education approaches. *International Journal of Consumer Studies*, 29(5), 437-447.
- McGregor, S. L. (2016). Framing consumer education conceptual innovations as consumer activism. *International journal of consumer studies*, 40(1), 35-47.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education. Revised and Expanded from "Case Study Research in Education."*. Jossey-Bass Publishers, 350 Sansome St, San Francisco, CA 94104.
- Merriam, S. B. (2002). *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. Jossey-Bass Inc Pub.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.
- Mick, D. G. (2006). Meaning and mattering through transformative consumer research. *Advances in consumer research*, 33(1), 1-4.
- Mick, D. G., Pettigrew, S., Pechmann, C., & Ozanne, J. L. (2012). Origins, qualities, and envisionments of transformative consumer research. *Transformative consumer research for personal and collective well-being*, Routledge, New York, NY. 3-24.
- Mills, C. W. (2014). *Consumer boycotts of business. Morality and the Market* (Routledge Revivals): Consumer Pressure for Corporate Accountability, 199.
- Ministério da Saúde. (2009). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.
- Ministério da Saúde. (2002). *Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde.*
- Moore, D. J., & Harris, W. D. (1996). Affect intensity and the consumer's attitude toward high impact emotional advertising appeals. *Journal of advertising*, 25(2), 37-50.
- Moorman, C., Deshpande, R., & Zaltman, G. (1993). Factors affecting trust in market research relationships. *the Journal of Marketing*, 81-101.
- Morgan, F. W., Schuler, D. K., & Stoltman, J. J. (1995). A framework for examining the legal status of vulnerable consumers. *Journal of Public Policy & Marketing*, 267-277.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing*, 20-38.
- Moschis, G. P. (2003). Marketing to older adults: an updated overview of present knowledge and practice. *Journal of Consumer Marketing*, 20(6), 516-525.
- Mostafa, M. M. (2013). More than words: Social networks' text mining for consumer brand sentiments. *Expert Systems with Applications*, 40(10), 4241-4251.
- Nelson, W. (2002). All power to the consumer? complexity and choice in consumers' lives. *Journal of Consumer Behaviour*, 2 (2), 185-95.
- Nepomuceno, M. V., Rohani, M., & Grégoire, Y. (2017). Consumer resistance: from anti-consumption to revenge. In *Consumer Perception of Product Risks and Benefits* (345-364). Springer International Publishing.

- Noble, H., & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, ebnurs-2015.
- Nucci, M. (2012). Seria a pílula anticoncepcional uma droga de "estilo de vida"? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (10).
- O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (1989). Compulsive buying: a phenomenological exploration. *Journal of consumer research*, 16(2), 147-157.
- Orlandi, E. P. (2017). *O que é linguística*. Brasiliense.
- Oudshoorn, Nelly. (2003). *The Male Pill: A biography of a technology in the making*. Durham: Duke University Press.
- Pang, B.; Lee, L. (2008). Opinion mining and sentiment analysis. *Foundations and Trends in Information Retrieval*, 2, n.1-2, 1-135.
- Pak, A., & Paroubek, P. (2010). Twitter as a corpus for sentiment analysis and opinion mining. In *LREc*, 10, 2010.
- Papaoikonomou, E., & Alarcón, A. (2017). Revisiting consumer empowerment: an exploration of ethical consumption communities. *Journal of Macromarketing*, 37(1), 40-56.
- Parkin, L., Sharples, K., Hernandez, R. K., & Jick, S. S. (2011). Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *Bmj*, 342, d2139.
- Parigi, P., & Gong, R. (2014). From grassroots to digital ties: a case study of a political consumerism movement. *Journal of Consumer Culture*, 14(2), 236-253.
- Paugam, S. (2015). *A pesquisa sociológica*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Pavia, T. M., & Mason, M. J. (2014). Vulnerability and physical, cognitive, and behavioral impairment: Model extensions and open questions. *Journal of Macromarketing*, 34(4), 471-485.
- Peñaloza, L. & Price, L.L. (1993). Consumer resistance: a conceptual overview. *Advances in Consumer Research*, 20, 123-128.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative interviewing. *Qualitative research and evaluation methods*, 3, 344-347.
- Pechmann, C., Levine, L., Loughlin, S., & Leslie, F. (2005). Impulsive and self-conscious: Adolescents' vulnerability to advertising and promotion. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24(2), 202-221.
- Pechmann, C., Moore, E. S., Andreasen, A. R., Connell, P. M., Freeman, D., Gardner, M. P., ... & Soster, R. L. (2011). Navigating the central tensions in research on at-risk consumers: Challenges and opportunities. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 23-30.
- Penaloza, L., & Price, L. L. (1993). Consumer resistance: a conceptual overview. *ACR North American Advances*.
- Peterson, L. S., Oakley, D., Potter, L. S., & Darroch, J. E. (1998). Women's efforts to prevent pregnancy: consistency of oral contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 19-23.
- Petty, R. D. (2005). Societal regulation of the marketing function: Does the patchwork create a quilt?. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24(1), 63-74.

Petty, R. D., & Hamilton, J. (2004). Seeking a Single Policy for Contractual Fairness to Consumers: A Comparison of US and EU and EU Efforts. *Journal of Consumer Affairs*, 38(1), 146-166.

Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1974). Organizational decision making as a political process: the case of a university budget. *Administrative Science Quarterly*, 135-151.

Pine, B.J. & Gilmore, J.H. (1999). *The experience economy: Work is theatre and every business a stage*. Harvard Business, London.

Pires, G. D., Stanton, J., & Rita, P. (2006). The internet, consumer empowerment and marketing strategies. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 936-949.

Plé, L., & Chumpitaz Cáceres, R. (2010). Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. *Journal of Services Marketing*, 24(6), 430-437.

Plu-Bureau, G. (2015). Combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: there is higher risk in new generations compared to second generations, but paradoxically not in norgestimate-containing-pills. *BMJ evidence-based medicine*, 20(5), 189-189.

Pompei, L. M. (2015). Guia prático de contracepção contínua. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo.

Prahalad, C.K. and Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: the next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5-14.

Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D., & Williams, J. (2009). Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 19-32.

PUNIE, Y. (2011): "Introduction: New Media Technologies and User Empowerment. Is there a Happy Ending?", in J. PIERSON & E. LOOS & E. MANTE-MEIJER (Eds.), *New media technologies and user empowerment*, Frankfurt am Main: Peter Lang, 9- 23.

Rana, J., & Paul, J. (2017). Consumer behavior and purchase intention for organic food: a review and research agenda. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 38, 157-165.

Rezabakhsh, B., Bornemann, D., Hansen, U., & Schrader, U. (2006). Consumer power: a comparison of the old economy and the Internet economy. *Journal of Consumer Policy*, 29(1), 3-36.

Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (Eds.). (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. sage.

Richins, M. L., & Dawson, S. (1992). A consumer values orientation for materialism and its measurement: scale development and validation. *Journal of consumer research*, 19(3), 303-316.

Robinson, M. N., Tansil, K. A., Elder, R. W., Soler, R. E., Labre, M. P., Mercer, S. L., & Sokler, L. A. (2014). Mass media health communication campaigns combined with health-related product distribution: a community guide systematic review. *American journal of preventive medicine*, 47(3), 360-371.

Rocha, R. R., Chaim, D. F., & Veloso, A. R. (2017). Hora do Recreio: a relação de crianças e adolescentes com os alimentos na perspectiva do bem-estar alimentar. *Revista Brasileira de Marketing e-ISSN: 2177-5184*, 16(3), 396-409.

- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of advanced nursing*, 53(3), 304-310.
- Romani, S., Grappi, S., Zarantonello, L., & Bagozzi, R. P. (2015). The revenge of the consumer! how brand moral violations lead to consumer anti-brand activism. *Journal of Brand Management*, 22(8), 658-672.
- Rosenblatt, P. C. (2017). Researching grief: Cultural, relational, and individual possibilities. *Journal of Loss and Trauma*, 22(8), 617-630.
- Roulston, K. (2010). Considering quality in qualitative interviewing. *Qualitative research*, 10(2), 199-228.
- Roy, S., & Sanyal, S. N. (2017). Perceived consumption vulnerability of elderly citizens: a qualitative exploration of the construct and its consequences. *Qualitative Market Research: An International Journal*, Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/QMR-11-2016-0113>.
- Rosas, V. P., Mihalcea, R., & Morency, L. P. (2013). Multimodal sentiment analysis of spanish online videos. *IEEE Intelligent Systems*, 28(3), 38-45.
- Sá, G. (2015). *Requerimento de Audiência Pública*. Câmara dos Deputados. Disponível em [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra%3bjsessionid=3F8710598A92329A6ED8BD48A6FE75B1.proposicoesWeb1?codteor=1320855&filename=REQ+60/2015+CSSF](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra%3bjsessionid=3F8710598A92329A6ED8BD48A6FE75B1.proposicoesWeb1?codteor=1320855&filename=REQ+60/2015+CSSF)
- Saatcioglu, B., & Corus, C. (2014). Poverty and intersectionality: A multidimensional look into the lives of the impoverished. *Journal of Macromarketing*, 34(2), 122-132.
- Saatcioglu, B. & Corus, C. (2016). Exploring Spatial Vulnerability: Inequality and Agency Formulations in Social Space, *Journal of Marketing Management* 32(3-4): 230-51.
- Sade-Beck, L. (2004). Internet ethnography: Online and offline. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(2), 45-51.
- Sandlin, J. A. (2007). Netnography as a consumer education research tool. *International Journal of Consumer Studies*, 31(3), 288-294.
- Shankar, V., & Malthouse, E. C. (2007). The growth of interactions and dialogs in interactive marketing. *Journal of interactive Marketing*, 21(2), 2-4.
- Shaw, D., Newholm, T., & Dickinson, R. (2006). Consumption as voting: an exploration of consumer empowerment. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 1049-1067.
- Segatto, C. (2015). Quando a pílula anticoncepcional é a pior escolha. *Site da Revista Época*. Disponível em: <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/03/quando-pilulaanticoncepcional-e-pior-escolha.html>
- Sidney, S., Cheetham, T. C., Connell, F. A., Ouellet-Hellstrom, R., Graham, D. J., Davis, D., ... & Cooper, W. O. (2013). Recent combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of thromboembolism and other cardiovascular events in new users. *Contraception*, 87(1), 93-100.
- Smailhodzic, E., Hooijmsa, W., Boonstra, A., & Langley, D. J. (2016). Social media use in healthcare: a systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC health services research*, 16(1), 442.

- Smith, N. C., & Cooper-Martin, E. (1997). Ethics and target marketing: the role of product harm and consumer vulnerability. *The Journal of Marketing*, 1-20.
- Soman, D., Cheema, A., & Chan, E. Y. (2011). *Understanding consumer psychology to avoid abuse of credit cards*. New York: Routledge. 423-444.
- Solomon, R. C. (2006). Ética e excelência: cooperação e integridade nos negócios. *Rio de Janeiro: Civilização Brasileira*.
- Stearn, J. (2012). Tackling consumer vulnerability. *Consumer Focus, London Google Scholar*.
- Stearn, J. (2015). Consumer vulnerability is market failure. In *Consumer Vulnerability* (pp. 80-90). Routledge.
- Stein PD, Hull RD, Patel KC, Olson RE, Ghall WA, Brant R, et al. D-Dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 2004; 140(8):589-602.
- Stieglitz, S., & Dang-Xuan, L. (2013). Emotions and information diffusion in social media—sentiment of microblogs and sharing behavior. *Journal of management information systems*, 29(4), 217-248.
- Struminger, B., Arora, S., Zalud-Cerrato, S., Lowrance, D., & Ellerbrock, T. (2017). Building virtual communities of practice for health. *The Lancet*, 390(10095), 632-634.
- Subrahmanyam, S., & Tomas Gomez-Arias, J. (2008). Integrated approach to understanding consumer behavior at bottom of pyramid. *Journal of Consumer Marketing*, 25(7), 402-412.
- Swagler, R. (1994). Evolution and applications of the term consumerism: themes and variations. *Journal of Consumer Affairs*, 28(2), 347-61.
- Tan, C., Lee, L., Tang, J., Jiang, L., Zhou, M., & Li, P. (2011, August). User-level sentiment analysis incorporating social networks. In *Proceedings of the 17th ACM SIGKDD international conference on Knowledge discovery and data mining* (1397-1405). ACM.
- Tichon, J. G., & Shapiro, M. (2003). The process of sharing social support in cyberspace. *CyberPsychology & Behavior*, 6(2), 161-170.
- Tirunillai, S., & Tellis, G. J. (2014). Mining marketing meaning from online chatter: strategic brand analysis of big data using latent dirichlet allocation. *Journal of Marketing Research*, 51(4), 463-479.
- Tiu Wright, L., Newman, A., & Dennis, C. (2006). Enhancing consumer empowerment. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 925-935.
- Toffol, E., Heikinheimo, O., Koponen, P., Luoto, R., & Partonen, T. (2012). Further evidence for lack of negative associations between hormonal contraception and mental health. *Contraception*, 86(5), 470-480.
- Tonner, A. (2016). Liminal mothers' negotiation of conflicting service consumption. *Journal of Marketing Management*, 32(1-2), 100-120.
- Trepte, S., Dienlin, T., & Reinecke, L. (2015). Influence of social support received in online and offline contexts on satisfaction with social support and satisfaction with life: A longitudinal study. *Media Psychology*, 18(1), 74-105.
- Turley, D., & O'Donohoe, S. (2017). Mortality, morality and the marketplace: empathetic improvisation and the double duty of care in service encounters with bereaved consumers. *Consumption Markets & Culture*, 20(5), 456-476.

- Ullrich, D. R., de Oliveira, J. S., Basso, K., & Visentini, M. S. (2012). Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. *Análise*, 23(1).
- Umit Kucuk, S. (2009). Consumer empowerment model: from unspeakable to undeniable. *Direct Marketing: An International Journal*, 3(4), 327-342.
- Valor, C., Díaz, E. M., & Merino, A. (2017). The Discourse of the consumer resistance movement: adversarial and prognostic framings through the lens of power. *Journal of Macromarketing*, 37(1), 72-84.
- Vandenbroucke, J. P., Rosing, J., Bloemenkamp, K. W., Middeldorp, S., Helmerhorst, F. M., Bouma, B. N., & Rosendaal, F. R. (2001). Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *New England Journal of Medicine*, 344(20), 1527-1535.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1-17.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of The Academy of Marketing Science*, 36(1), 1-10.
- Vargo, S. L., Maglio, P. P., & Akaka, M. A. (2008). On value and value co-creation: a service systems and service logic perspective. *European management journal*, 26(3), 145-152.
- Veludo-de-Oliveira, T., Mascarenhas, A. O., Tronchin, G. R., & Baptista, R. M. (2014). Consumo ocialmente responsável no varejo da moda: analisando a intenção dos consumidores de deixar de comprar de empresas denunciadas por escravidão contemporânea. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 8(2), 63.
- Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International journal for equity in health*, 10(1), 3.
- Villagran, J. C. (2006). *Vulnerability: a conceptual and methodological review*, Bonn: United Nations University - Institute for Environment and Human Security
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2015). Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *bmj*, 350, h2135.
- Viswanathan, M., Sridharan, S., Ritchie, R., Venugopal, S., & Jung, K. (2012). Marketing interactions in subsistence marketplaces: A bottom-up approach to designing public policy. *Journal of Public Policy & Marketing*, 31(2), 159-177.
- VOICE Group. (2010). Motherhood, marketization, and consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 30(4), 384-397.
- Waddell, F. E. (1975). Consumer research and programs for the elderly—the forgotten dimension. *Journal of Consumer Affairs*, 9(2), 164-175.
- Wang, J. J., Zhao, X., & Li, J. J. (2013). Group buying: a strategic form of consumer collective. *Journal of Retailing*, 89(3), 338-351.
- Wang, J. J., & Tian, Q. (2014). Consumer vulnerability and marketplace exclusion: A case of rural migrants and financial services in China. *Journal of Macromarketing*, 34(1), 45-56.
- Wang, R. J. H., Malthouse, E. C., & Krishnamurthi, L. (2015). On the go: How mobile shopping affects customer purchase behavior. *Journal of Retailing*, 91(2), 217-234.

Wathieu, L., Brenner, L., Carmon, Z., Chattopadhyay, A., Wertenbroch, K., Drolet, A., & Wu, G. (2002). Consumer control and empowerment: a primer. *Marketing Letters*, 13(3), 297-305.

Watts, M. J. & Bohle, H. G. (1993): The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine, *Progress in Human Geography*, 17 (1), 43-67

West, M. D., & Parent, W. S. (1992). Consumer choice and empowerment in supported employment services: Issues and strategies. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 17(1), 47-52.

Wiebe, Janyce, Rebecca F. Bruce, and Thomas P. O'Hara. *Development and use of a gold-standard data set for subjectivity classifications*. in *Proceedings of the Association for Computational Linguistics (ACL-1999)*. 1999.

Wilson, T. A. (2012). Supporting social enterprises to support vulnerable consumers: the example of community development finance institutions and financial exclusion. *Journal of Consumer Policy*, 35(2), 197-213.

Williams, R. N., Agle, B. R., & Gates, D. (2018). Teaching business ethics: current practice and future directions. In *The Routledge Companion to Business Ethics* (pp. 80-96). Routledge.

Wolburg, J. M. (2004). The need for new anti-smoking advertising strategies that do not provoke smoker defiance. *Journal of Consumer Marketing*, 21(3), 173-174.

Wu, D. D., Zheng, L., & Olson, D. L. (2014). A decision support approach for online stock forum sentiment analysis. *IEEE Transactions on systems, man, and cybernetics: systems*, 44(8), 1077-1087.

Wu, C. Q., Grandi, S. M., Filion, K. B., Abenhaim, H. A., Joseph, L., & Eisenberg, M. J. (2013). Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 801-811.

Yu, Y., Duan, W., & Cao, Q. (2013). The impact of social and conventional media on firm equity value: a sentiment analysis approach. *Decision Support Systems*, 55(4), 919-926.

Xiang, Z., Magnini, V. P., & Fesenmaier, D. R. (2015). Information technology and consumer behavior in travel and tourism: insights from travel planning using the internet. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 22, 244-249.

Yuksel, M., Milne, G. R., & Miller, E. G. (2016). Social media as complementary consumption: the relationship between consumer empowerment and social interactions in experiential and informative contexts. *Journal of Consumer Marketing*, 33(2), 111-123.

Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: A review. *New York*.

Zavattaro, S. M., French, P. E., & Mohanty, S. D. (2015). A sentiment analysis of US local government tweets: the connection between tone and citizen involvement. *Government Information Quarterly*, 32(3), 333-341.

Zimmerman, M. A. (1990). Taking aim on empowerment research: on the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of community psychology*, 18(1), 169-177.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American journal of community psychology*, 23(5), 581-599.



Zimmerman, M. and Warschausky, S. (1998), "Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues", *Rehabilitation Psychology*, Vol. 43 No. 1, pp. 3-16.

## APÊNDICE A

### Guia de Entrevista

#### ENTREVISTA EM TRÊS PARTES

#### **PRIMEIRA PARTE - ENTENDER COMO O ANTICONCEPCIONAL FOI INTRODUZIDO NA VIDA DA PESSOA**

Introdução à entrevista: importância das questões que podem ser consideradas delicadas, informar sobre o sigilo dos dados e atentar para o objetivo.

**a) História de vida:** sexualidade, primeiras percepções sobre a sexualidade, primeiros relacionamentos, para captar o significado da sexualidade na vida da entrevistada e entender o como e o porquê de começar a usar a pílula na sua vida?

*A vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres consumidoras de pílulas anticoncepcionais pode ser definida por pressões externas ou internas aos indivíduos* (BAKER; MASON, 2012)

Buscar uma transição apontando para os seguintes cenários:

Uso sem prescrição médica – automedicação (aconselhamento) (Cenário 1)

Uso por prescrição médica – Médico (cenário 2) – Trajetória da relação com o médico no que se refere aos A/C's

**b) Aspectos relacionados ao conhecimento, uso e consumo do anticoncepcional:** primeira vez, contato, consultas médicas, indicações – conhecimento sobre o A/C, uso e prescrição e consumo

**c) Do primeiro momento de uso do anticoncepcional explicando os passos ao longo da vida:** trajetória de uso do primeiro momento até os dias atuais (Elaborar um mapeamento desse trajeto)

1. Importante questionar nomes e marcas de medicamentos AC tomados pelas entrevistadas

**Obs.:** É importante, em cada momento, perguntar como foi a relação com o medicamento (mudanças, sensações, motivações, efeitos colaterais etc)

- i) Buscar informação sobre possível descontinuação do uso (se houve, porquê, quando)
- ii) Descrever o que sentiu (sensações): entendimento da experiência - relato (segurança, proteção, medo, emancipação)
- iii) Atentar para condições gerais da mulher como a obesidade, tabagismo, sedentarismo e o diabetes (grupos de risco)

## **SEGUNDA PARTE – OBJETIVO DIRETO DA PESQUISA: ASPECTOS QUE SE QUER INVESTIGAR PARA O ESTUDO**

**a) Riscos e efeitos colaterais para a saúde e a vida da mulher**

### **INFORMAÇÃO MÉDICA**

- i) Buscar a relevância das informações não passadas em sua completude, no tocante aos riscos, perigos e danos à saúde e à vida, pelos profissionais médicos.
- ii) Buscar informações sobre a relação com o médico e o medicamento
  - a. Importância das informações de terceiros

- b. Vulnerabilidade técnica – falta de conhecimento técnico científico específico sobre a fórmula dos AC (Inclui a leitura da bula)
  - c. Falta de informação – Excesso de informação (manipulação ou não saber em quem confiar)
  - d. Informações médicas (confiança, segurança nas informações, orientação de uso, acompanhamento, prescrições)
  - e. Benefícios
- iii) Reconhecer sinais e sintomas
- iv) Riscos, prejuízos ou danos (morte, funcionamento e consequências de consumo): Sentidos durante ou após o uso e não necessariamente conhecido pelas usuárias
- a. Choque (evento traumático)
  - b. Momento Pos-Consumo (Pós-traumático)
  - c. Eventos vivenciados funcionam como gatilhos que promovem impactos negativos no consumidor, levando-o a estados de incapacidade e dependência
  - d. Conhecimento da possibilidade de denunciar à ANVISA, ao médico e grupos e redes sociais?
  - e. Resiliência – mudança de rotina, adaptação (reequilíbrio do sistema, se adequar às mudanças pós-traumáticas, regulação das práticas visando reduzir os riscos do consumo)

### **TERCEIRA PARTE – AUTORREFLEXÃO DOS DESTAQUES RETIRADOS DAS DUAS PRIMEIRAS FASES**

- i) O termo “vulnerabilidade” remete às questões de fragilidade do consumidor, de certa falta de conhecimento ou (in)capacidade ao envolver-se em uma relação de troca (CARDONA, 2004; BAKER *et al.*, 2005) - dependência.
- ii) Acesso à informação pelo consumidor e maior controle do setor público na regulação do mercado
- iii) Aspectos emocionais e ligados à **autoestima**

## **APÊNDICE B**

### **Questões norteadoras do roteiro**

1. Você poderia falar sobre sua história de vida relacionada ao uso do anticoncepcional?
2. Que motivos que a levaram a tomar a pílula?
3. Que significados ela tem ou teve para você em cada época da vida desde começou a tomar?
4. Fale sobre suas primeiras percepções quando aos motivos de uso da pílula?
5. Você acha que sofreu alguma pressão externa ou interna quanto o uso da pílula? Dos pais, parceiros, do trabalho, amigas, por exemplo? Poderia nos relatar como se sentiu quanto a isso ou o que pensa sobre isso?

6. Como você experienciou os usos da pílula AC? Houve indicação de amigas? Indicação médica? Como era sua relação com o médico(a)? Você foi informada sobre os riscos do uso?

7. Você poderia relatar o histórico de uso das pilulas: que marcas usou, por quanto tempo, durante que época da vida (fale apenas o que lembrar)

8. Quanto às marcas das pilulas, você tem algo a relatar sobre preço, qualidade, reações adversas, efeitos colaterais, benefícios, primeiro contato, como o médico prescrevia cada uma?

9. Em algum momento da vida houve a descontinuação do uso e se houve, porquê isso se deu e como se deu? Quais os impactos dessa descontinuação na sua vida?

10. Quanto à experiência de uso da pílula anticoncepcional, como você relata sentimentos de medo, segurança, proteção e emancipação?

11. Em algum momento em todo período em que consumiu o anticoncepcional você se sentiu vulnerável como consumidora? Fale sobre isso.

12. Como você relata sua qualidade de vida antes e após o trauma?

13. Você se sente uma consumidora empoderada após tudo o que vivenciou? Fale sobre isso.

## APENDICE C

### Formulário de adequação do discurso à categoria

DISCURSO	CATEGORIA	ESCALA DE ADEQUAÇÃO	
			<b>Inadequado</b>
			<b>Pouco Adequado</b>
			<b>Adequado</b>
			<b>Bem adequado</b>
			<b>Adequação Ideal</b>

### APÊNDICE D

*Member checking* aplicado às participantes: representação das análises na interpretação dos discursos

EXCERTO DE RELATO	INTERPRETAÇÃO	CATEGORIA EMERGIDA	ESCALA DE REPRESENTAÇÃO	
				Não representa
				Pouca representação
				Boa representação
				Representação perfeita

