



# OPÇÃO CONTRACEPTIVA EM TEMPOS DE DST E AIDS?

Regina Figueiredo Melanie Peña





### NEPAIDS- Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo

> Av. Prof. Mello Moraes, 1721 (Cidade Universitária) 5508-900 São Paulo - SP - Brasil

Telefax: 55-11-818.4985 e-mail: nepaids@org.usp.br http://www.usp.br/nepaids

### Pacific Institute for Women's Health

2999 Overland Avenue, Suite 111 Los Angeles, California 90064 - USA

Tel. 1-310-842.6828 / Fax: 1-310-280.0600 e-mail: piwh@piwh.org http://www.piwh.org

## Índice

gradecimentos	
ntrodução5	
- Contracepção de Emergência	
Direitos Sexuais e Reprodutivos6	
Mais uma opção para as mulheres9	
Forma de Utilização12	
Dosagens12	
Efeitos Colaterais e Cuidados13,	
I - Experiência de Uma Pesquisa com Mulheres de Baixa Renda	
Motivações para a realização do Estudo14	
Objetivos14	
Metodologia15	
Considerações sobre o Local e as Mulheres Pesquisadas15	
Principais Resultados16	
Análise	
II - Introduzindo a Contracepção de Emergência	
Conclusões do Estudo a Serem Relevadas30	
Elaborando um Material Informativo para Mulheres de Baixa Renda30	
Material Informativo Produzido32	
Recomendações para a Introdução da Contracepção de Emergência como Mais uma Opção	
Contraceptiva	
Bibliografia38	

#### Agradecimentos

As pesquisadoras agradecem as seguintes pessoas e entidades que contribuíram de alguma maneira na realização desse trabalho:

- Fogarty International Center do National Institutes of Health, pelo apoio financeiro;
- **Dr. Donald Morisky,** do Departamento de Ciências de Saúde Comunitária da Universidade de Califórnia, Los Angeles, pelo apoio no desenvolvimento da proposta da pesquisa e supervisão do projeto de estudo;
- *Pacific Institute for Women's Health*, de Los Angeles pelas sugestões no desenvolvimento da pesquisa e apoio financeiro ao desenvolvimento dos materiais educativos;
- *Dra. Vera Paiva* e *Dra. Cássia Buchala*, por todo apoio institucional e de orientação para o desenvolvimento do projeto;
- **Dra. Wilza Vilella**, por todos os comentários para o projeto, finalização dos materiais e preparação da multiplicação do tema para outros profissionais:
- **Dra. Loren Galvão** e **Dr. Juan Díaz,** do Population Council do Brasil, pelos comentários e sugestões durante a finalização desta publicação, dos materiais educativos, preparação e suporte técnico para os treinamentos nacionais;
- Population Council, Programa Expanding Contraceptive Choice, pelo apoio financeiro a esta publicação, reprodução dos materiais educativos, e pelo suporte financeiro parcial para os treinamentos nacionais:
- Suzana Kalckmann, pelos comentários no desenvolvimento da metodologia da pesquisa;
- Aos participantes do NEPAIDS da Universidade de São Paulo, Fernanda Lopes, Cristiana Gonçalves, Iara Guerriero, pelos os comentários e sugestões ao projeto de pesquisa, incluindo Robson Colosso, pelo apoio institucional;
- *Dra. Simone Diniz*, pelas sugestões no folheto;
- À maravilhosa *Cida Godoy*, por seu talento no desenvolvimento gráfico dos materiais educativos;
- Ataneide Alves de Barros, pela revisão de texto;
- Cristina Antunes e Gizelton Alencar, pelo apoio técnico na análise estatística dos dados;
- DKT do Brasil, pela doação de camisinhas masculinas distribuidas às participantes do estudo;
- A toda a equipe do Ambulatório Monte Azul, incluindo Antônio, Márcia, Francisca, Diana, Aninha e Helena, por sua colaboração, apoio e paciência;
- A todas as mulheres que frequentam o Ambulatório da Favela Monte Azul, que colaboraram, participando nas entrevistas e grupos de discussão;
- Em especial, a *Maria Luiza Eluf*, por ter nos posto em contato, sem o qual todo esse trabalho nunca teria sido realizado.

Melanie Peña e Regina Figueiredo

#### Introdução

Esta publicação foi elaborada com o intuito de estar divulgando a existência e possibilitando o uso da Contracepção de Emergência (CE) para mais pessoas.

Ao mesmo tempo, pretende orientar esta difusão levando em conta a problemática da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, que não deve ser vista como incompatível com a existência da CE.

A motivação de esclarecer, orientar e determinar as formas de uso e/ou divulgação da CE, considerados *positivos* do ponto de vista dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, é a tônica de seu conteúdo.

A Contracepção de Emergência é mais uma alternativa ao exercício da sexualidade e livre arbítrio de planejamento familiar, ao mesmo tempo em que acreditamos que possa ser utilizada como estratégia de reforço para o uso do preservativo na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)e AIDS.

Para que isso ocorra, é preciso *informação* específica e clara e a apresentação dos *questionamentos* éticos, legais e de saúde pública necessários para a disponibilização deste método para a população.

Essa publicação considerando tais carências, apresenta uma síntese de informações sobre a Contracepção de Emergência e divulga, de forma mais ampla, um resumo de um estudo de opinião realizado com mulheres de baixa renda, usuárias do ambulatório localizado dentro da Favela Monte Azul (município de São Paulo), sobre opções contraceptivas, informação e prevenção das DST/AIDS e possibilidade de uso da Contracepção de Emergência.

Esperamos, assim, contribuir para o debate das opções contraceptivas e prevenção às DST e AIDS, além da autonomia sexual e reprodutiva de todos, nesse momento de recente introdução da Contracepção de Emergência nas farmácias do país.

Regina Figueiredo e Melanie Peña

#### I - Contracepção de Emergência

#### Direitos Sexuais e Reprodutivos

É preciso reconhecer e ressaltar que a contracepção de emergência representa mais um direito sexual e reprodutivo, na medida em que oferece mais uma opção de prevenção à gravidez indesejada. É um método que já está amplamente estudado e aprovado com respeito à eficácia e segurança, sendo legítima a sua divulgação e acesso para todas as mulheres e casais.

Esse método tem o potencial de contribuir para a redução de uma série de problemáticas que vêm afetando a saúde sexual e reprodutiva feminina:

#### 1. Gravidez Não-Planejada

A gravidez não planejada ocorre em todas as faixas etárias e estratos sócio-econômicos de nossa população; atualmente calcula-se que aproximadamente 10 milhões de mulheres estejam expostas a sua ocorrência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). No entanto, seu efeito mais negativo ocorre entre as parcelas mais vulnerabilizadas, pela falta de estrutura sócio-econômica, ou seja, entre mulheres pobres, em sua maioria negras ou pardas e, também, entre adolescentes.

Os principais motivos para a sua ocorrência são a falta de orientação sexual e afetiva às jovens, a não disponibilização gratuita de todo o rol de métodos contraceptivos cientificamente comprovados entre a população e a ilegalidade do aborto.

#### a) Gravidez entre Adolescentes

No Brasil, a gravidez, o parto e o pós-parto correspondem a 80,3% das internações de meninas entre 15 e 19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Conforme a distribuição por região, observa-se que esse problema está generalizado no país:

Região	Proporção de Internação de Meninas entre 15 e 19 anos
	por Pré-Natal, Parto e Pós-Parto no total
Norte	79,5%
Nordeste	81,1%
Centro-Oeste	80,2%
Sudeste	80,9%
Sul	77,6%

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, 1996.

Considerando tais índices e os transtornos que podem acarretar na vida educacional, sócio-econômica, mas principalmente afetiva e familiar dessas adolescentes, é necessário planejar ações para minimizar ao máximo tais problemas.

Em primeiro lugar, considera-se fundamental reconhecer a existência de prática sexual entre os adolescentes em nossa sociedade, independente da legitimidade ou desejo adulto. Dessa forma, torna-se indispensável buscar estratégias que possibilitem a prevenção da gravidez não-planejada nesta população através da estruturação de programas de Educação Sexual, disponibilização de contraceptivos, em especial, do preservativo e orientar a possibilidade de contracepção pós-coito quando não houver uso de contracepção primária (antes ou na hora da relação sexual).

#### b) Gravidez Causada por Estupro ou Violência Sexual

No estado de São Paulo, onde há uma pesquisa acompanhando 170 mil boletins de ocorrência de todas as Delegacias de Defesa da Mulher, estima-se que 4,47% desses casos sejam de estupro, ou seja, 7.600 casos (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS,1999). Essa proporção não permite generalizações para o país, mas demonstra a existência de um número bastante relevante para o território nacional. Vários destes casos acarretam gravidez e a eles somam-se os casos de gravidez provocada por violência sexual familiar: com menores e com mulheres forçadas por seus próprios parceiros.

Infelizmente, a legislação brasileira só prevê a interrupção da gravidez indesejada no primeiro caso e na sedução sexual de meninas menores de 14 anos. Nos demais casos, a ocorrência de gravidez indesejada se consolida ou induz à prática de abortos provocados, colocando em risco a saúde física e mental da mulher.

O uso da contracepção de emergência já vem sendo feito em diversos serviços que prestam socorro às mulheres violadas sexualmente. Porém, considera-se que em muitas regiões ainda seja necessária a sua inclusão, assim como a realização do atendimento dessas mulheres sem a necessidade de laudos policiais.

#### c) Gravidez Não-Planejada entre Mulheres Negras e Pardas

Considerando que as mulheres negras e pardas (45% da população brasiliera, segundo a Organização Pan Americana de Saúde, 1999) são maioria entre as classes mais baixas da população brasileira, portanto com baixa escolaridade e renda e menor acesso a serviços de cuidado com a saúde. Considera-se que são também as mais afetadas na sua saúde sexual e reprodutiva. O seu menor acesso aos diferentes contraceptivos pela má qualidade dos serviços de saúde resulta em casos de gravidez indesejada e, conseqüentemente, em abortos provocados, que na maioria das vezes, devido ao baixo poder aquisitivo, são realizados em péssimas condições. Isso acarreta um número de complicações e casos de morte mais numerosos que entre as mulheres brancas.

Além do aspecto físico, acredita-se que outros fatores como a menor aceitação de filhos com mulheres negras em relacionamentos inter-étnicos (PINTO, 1998), a maior discriminação e, portanto, pior recepção, tratamento e acompanhamento pelos profissionais de serviços públicos de saúde, são elementos relevantes para a maior morbidade das mulheres negras e pardas que engravidam sem desejo.

#### d) Gravidez Não-Planejada entre Mulheres Soropositivas em HIV ou com Aids

Devido à epidemia de aids, torna-se necessário fazer um aparte sobre mulheres portadoras do vírus HIV conscientes de sua sorologia. Ao mesmo tempo, aqui fica salientado o reconhecimento do direito que têm à maternidade, igualmente a todas as outras mulheres que assim desejarem.

Observa-se, no entanto, que os serviços de acompanhamento de mulheres soropositivas ou com sintomas de aids, têm orientado a utilização do preservativo masculino como método contraceptivo. Essa indicação procura prevenir não apenas a contaminação de parceiros, mas também a própria mulher, de forma a não aumentar sua carga viral, desencadeando o agravamento ou aparecimento de sintomas da aids.

Apesar dessa recomendação, que muitas vezes vem acompanhada com a orientação de uso da pílula anticoncepcional, verifica-se um alto índice de gravidez entre as mulheres portadoras do vírus da aids. Em especial, a preocupação recai sobre aquelas cuja gravidez é indesejada e/ou possa causar agravos no seu estado de saúde. De forma mais precisa, considera-se que, em muitos casos, a recomendação de prevenção contraceptiva com camisinha não tem tido adesão (pelo menos não em todas as relações sexuais). Desta forma, a possibilidade de uma prática contraceptiva pós-coito, para quando houver recusa do parceiro ao uso da camisinha, ou mesmo a não adesão voluntária ao seu uso, é vista como um complemento ao atual e limitado rol de opções contraceptivas oferecidas às mulheres nos serviços de saúde. Por isso, é um direito de todos.

#### 2. Abortos

Como decorrência automática da gravidez indesejada está o alto número de abortos no país, de 1 a 1,2 milhão por ano, que constituem na quinta causa de internação no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Devido à ilegalidade de sua realização (exceto para estupro e risco de vida da mulher), a maioria deles é realizado em condições precarárias, culminando em complicações e até na morte da mulher.

Dados apontam que o aborto é responsável por 9% das mortes maternas e 25% dos casos de esterilidade por causa tubária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Dos abortos realizados, 5,3% estão na faixa entre 10 a 15 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Entre as práticas mais utilizadas atualmente para a indução do aborto no Brasil, está o uso do misoprostol, vendido comercialmente como *Cytotec* nas farmácias e também encontrado no mercado negro. Em 1990, perto de 70% das mulheres hospitalizadas com diagnoses relacionadas com o abortos reportaram ao uso desta droga (COSTA, 1998). A utilização do *Cytotec* ocorre normalmente de forma auto-administrada, variando com dosagens de 2 a 20 comprimidos, demonstrando não apenas a prática de auto-medicalização, mas o risco a que estão sujeitas as mulheres que a praticam (FONSECA, et al. 1996).

Essas estatísticas mostram que a administração própria de medicamento tem um papel importante no término da gravidez e que existe a necessidade de alternativas de prevenção da gravidez não-planejada que reduzam as taxas de abortos induzidos ou não seguros.

#### 3. Esterilização Feminina

Os casos de gravidez indesejada e abortos levam as mulheres a procurarem alternativas contraceptivas de alta eficácia. O Brasil se destaca nos índices de esterilização cirúrgica feminina, onde cerca de 40,1% das mulheres unidas com parceria heterossexual e 27,3% da população feminina geral estão esterilizadas (BEMFAM, 1996).

As altas taxas de esterilização feminina apontam para a preocupação feminina com o número de filhos e o ônus que as mulheres vêm carregando com relação à responsabilidade pela concepção. Ao mesmo tempo, revela o descaso das autoridades públicas que apresentam alternativas limitadas de opção às mulheres, levando-as a procurar desta forma a contracepção definitiva e fisicamente invasiva.

#### 4. Baixa Utilização da Camisinha na Prevenção das DST/AIDS

Pesquisas têm apontado o baixo índice de métodos de barreira entre as mulheres brasileiras. Dados de 1996 demonstram que o uso de preservativos era de 4,3% e o diafragma não chegava a 1% entre as mulheres em idade reprodutiva que utilizam método contraceptivo (BEMFAM, 1996).

A disseminação da aids e a propagação de campanhas e programas preventivos fez com que houvesse um aumento no uso do preservativo, chegando a taxas de 24% no Brasil, conforme estudo amostral-probabilístico realizado com pessoas entre 16 e 65 anos (BERQÚO, 1999). Os índices anteriores e, mesmo os atuais, considerados aquém do desejado, demonstram uma não preferência de opção por este método, que não é visto como alternativa contraceptiva, mas apenas de prevenção de DST/aids.

Com o atual aumento da transmissão heterossexual, que passou de 6% em 1990 para 28% dos 34.443 casos de AIDS registrados no país em 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) e a diminuição da proporção de casos masculino/feminino para 2:1 na cidade de São Paulo (PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998), uma das mais afetadas pela doença, tornou-se indispensável uma maior preocupação com a prevenção da doença entre as mulheres.

Os casos de aids vêm crescendo, de forma especial entre mulheres com parceria fixa, que tendem a abandonar a proteção contra IST e aids e se preocupar apenas com a prevenção contra a gravidez. Este fato

vem demonstrando a necessidade de associação do preservativo com a prevenção da gravidez diretamente, para ampliar o seu uso, já que entre os motivos de recusa do uso da camisinha entre as mulheres, a falta de confiança contraceptiva apareceu como segundo fator (FIGUEIREDO e PEÑA, 2000).

Em vista dessas considerações, realça-se a possibilidade de divulgação da contracepção de emergência, como suporte e método secundário para casos de rompimento, vazamento ou saída da camisinha durante a relação sexual.

#### Mais uma Opção para as Mulheres

A contracepção de emergência é uma opção contraceptiva que utiliza doses concentradas de hormônios sintéticos já usados em pílulas anticoncepcionais orais comuns à base de etinil-estradiol e levonorgestrel<sup>1</sup>.

É um método contraceptivo já aprovado em vários países, incluindo o Brasil, constando nas normas de Planejamento Familiar desde 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Como o método não interrompe uma gravidez já estabelecida, ou seja, não causa aborto, sua utilização é legal, entretanto, de acordo com o Ministério da Saúde, a Contracepção de Emergência só deve ser utilizada mediante prescrição médica.

#### 1. Mecanismo de Ação

Atualmente, a contracepção de emergência é a única forma de prevenção a gravidez que pode ser utilizada após a relação sexual. O método funciona interrompendo o ciclo reprodutivo da mulher, ou seja, alterando os fenômenos biológicos que culminam com a concepção. Embora seu mecanismo de ação não esteja completamente esclarecido, vários estudos sugerem que a contracepção de emergência atua principalmente, inibindo ou retardando a ovulação. Outro possível mecanismo, pode ser a prevenção da fertilização, mas este mecanismo foi pouco estudado (Consórcio para a Contracepção de Emergência, 1996).

Existe a suposição de uma terceira forma de ação (ainda não comprovada cientificamente), indicando que a contracepção de emergência impeça a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero. Esta atuação na *nidação* do óvulo, também não é considerada abortiva pela comunidade médica, que considera o início da gravidez somente a partir da implantação completa do ovo fertilizado na parede uterina.

Tais formas de ação na prevenção da gravidez ocorrem conforme o momento do ciclo menstrual em que a mulher utiliza o método de emergência. Como o processo de fertilização, devido à sobrevida dos espermatozóides, pode levar até 72 horas após a relação sexual, a contracepção de emergência deve ser utilizada dentro desse período de, no máximo, três dias.

Caso seja iniciada a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero, que ocorre normalmente 5 dias após a fertilização, o método é ineficaz. Em caso de implantação do óvulo fecundado, a contracepção de emergência não provoca seu descolamento, nem o descolamento das paredes do endométrio, portanto não provoca aborto. Logo, o método não interrompe uma gravidez já estabelecida, e a menstruação ocorre normalmente, podendo se antecipar ou retardar alguns dias.

É importante ressaltar que a contracepção de emergência não previne a gravidez para as relações que ocorram durante ou após o seu uso. Por isso, é indispensável o uso de outras formas de contracepção para a prevenção da gravidez nas relações sexuais posteriores ao uso deste método, até que a menstruação ocorra.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> A inserção de um DIU (dispositivo intra-uterino) de cobre tipo *T*, até cinco dias após a relação sexual desprotegida, também funciona como método de emergência, mas é menos utilizado devido ser uma técnica mais invasiva ao corpo feminino e ter efeitos colaterais mais severos. Esse livreto divulga apenas o método de emergência baseado no no uso da anticoncepção hormonal, única forma incluída para exercê-la no Brasil, segundo as normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (CONSÓRCIO PARA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA, 1996).

#### 2. Eficácia e Segurança

A eficácia da contracepção de emergência não tem sido tão estudada como a dos outros métodos anticoncepcionais. Nos últimos anos, vários estudos têm sido publicados, avaliando a eficácia destes métodos, com resultados, às vezes, conflitantes.

A eficácia da contracepção de emergência deve ser avaliada tomando em consideração a possibilidade de uma mulher engravidar após um coito único, que é de mais ou menos 8%. Tomando esse valor como base, calcula-se as gravidezes que são evitadas pela contracepção de emergência (CE). Usando esse sistema de cálculo, a maioria das publicações estabelecia que a taxa de gravidez, com uso do método de Yuzpe, era de 2%. Comparando esta cifra com o 8% que aconteceria sem CE, resultava que a CE evitava três de cada quatro gravidezes possíveis, ou seja, uma eficácia de 75%.

A Organização Mundial da Saúde implementou um estudo multinacional colaborativo para ter dados mais confiáveis sobre a eficácia da CE (TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS, 1998). O estudo com 1998 mulheres, que receberam, ao acaso, método de Yuzpe ou apenas de levonorgestrel (Postinor-2), mostrou de maneira mais acurada, a eficácia comparativa dos dois métodos e a influência do tempo em que se usa o método para sua eficácia.

A tabela 1 mostra as taxas de gravidez para os dois métodos, segundo o tempo em que se tomou a primeira dose:

Tabela 1 - 1 oreentagem de Gravidez Segundo Tempo de Ingestao da 1 ilmena Dose	Tabela 1 - Porcentagem de Gravidez Segundo Tempo de Ingestão da Primeira Dos	e
--	--	---

	YUZPE	Levonorgestrel	RR (IC 95%)
Até 24 horas	2,0	0,4	0,23 (0,05-1,24)
25 a 48 horas	4,1	1,2	0,29 (0,10-0,87)*
49 a 72 horas	4,7	2,7	0,57 (0,19-1,75)
Em Todos os Casos	3,2	1,1	0,36 (0,18-0,70)*

As taxas de gravidez foram menores com levonorgestrel em todos os períodos de tempo e também no total. As diferenças têm significação estatística no total das mulheres e no período 25 a 48 horas. Os dois métodos apresentam taxas menores de gravidez quanto mais precocemente se toma a primeira dose.

Com base na tabela de Wilcox, calculou-se a eficácia de ambos métodos, também levando em consideração o tempo de tomada da primeira dose (tabela 2):

Tabela 2 - Eficácia de Ambos Métodos Segundo Tempo de Ingestão da Primeira Dose

	YUZPE	Levonorgestrel	
Até 24 horas	77%	95%	
25 a 48 horas	36%	85%	
49 a 72 horas	31%	58%	
Em Todos os Casos	57%	85% (74-93)	RR 0,34 (0,15-0,69)*

A tabela confirma que a eficácia da contracepção de emergência de levonorgestrel é maior e que a diferença é significativa. Confirma também que a eficácia é maior quanto mais precoce seja a tomada da primeira dose.

Uma análise secundária dos dados realizada pela OMS, publicada em fevereiro de 1999 no Lancet, mostra que a possibilidade de engravidar é 50% maior em cada período de 12 horas, em comparação com o período anterior. Em palavras simples, se uma mulher tomar a contracepção de emergência (Yuzpe ou levonorgestrel) entre 12 e 24 horas tem 50% mais de probabilidade de engravidar que se tomar este método nas primeiras 12 horas. Essa tendência persiste em todos os períodos.

Resumindo, com base nos estudos mais recentes podemos afirmar que o método de levonorgestrel (dose pronta), é mais eficaz que o YUZPE e que ambos métodos são mais eficazes quanto mais precoce seja o seu uso após o coito.

É importante enfatizar que não se deve comparar a incidência de falha da contracepção de emergência com métodos contraceptivos regulares porque é baseada em uso único, enquanto a eficácia dos outros métodos é baseada no uso ao longo de um ano inteiro. Se uma mulher que tivesse três ou quatro coitos por mês, utilizasse só CE, a taxa de gravidez anual seria maior que a observada com outros métodos contraceptivos.

Segue abaixo uma tabela com taxas de gravidez/100 mulheres nos primeiros 12 meses de uso dos métodos contraceptivos, comparando os valores quando o método é usado de maneira correta e consistente com os valores observados no uso rotineiro (HATCHER RA et al, 1998):

Tabela 3 - Taxa de Gravidez por 100 Mulheres nos Primeiros 12 Meses de Uso

Legenda:	0-1 Muito Eficaz 2-9 Ef	icaz 10-	-30 Um Tanto Eficaz
Eficácia por grupo	Método de planejamento familiar	Uso típico (rotineiro)	Uso correto e consistente
	Implantes Norplant	0,1	0,1
	Vasectomia	0,15	0,1
Sempre Muito Eficazes	Injetáveis AMP-D e NET- EN	0,3	0,3
Sempre Muito Ejicuzes	Esterilização feminina	0,5	0,5
	DIU T-Cu380A	0,8	0,6
	Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio, durante a amamentação	1	0,5
Eficazes	LAM (por 6 meses somente)	2	0,5
(em uso típico)  Muito Eficazes (em uso correto e consistente)	Pílulas Anticoncepcionais Orais (ACOCs)	6-8	0,1
	Preservativo masculino	14	3
Relativamente Eficazes	Diafragma com espermicida	20	6
(em uso típico)	Métodos Comportamentais	20	1-9
Eficazes	Preservativo feminino	21	5
(usados correta e	Espermicidas	26	6
consistentemente)	Nenhum Método	85	85

Ref.: HATCHER RA, RINEHART W, BLACKBURN R, GELLER JS, SHELTON JD. *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Second Printing, 1998.

Assim, a contracepção de emergência não é recomendada para uso freqüente porque os outros métodos contraceptivos oferecem maior eficácia, portanto menor chance da mulher engravidar. Além disso o uso freqüente não deve ocorrer por razões que serão expostas no item **Cuidados e Efeitos Colaterais**.

Quando usada da maneira recomendada, ou seja, esporadicamente só para emergências, esse método não tem efeitos secundários severos e não tem contra-indicações médicas para o seu uso. O uso freqüente (várias vezes por ciclo) poderia acarretar efeitos secundários sérios.

Ressalta-se, também, que a contracepção de emergência não impede o contato entre as mucosas sexuais, o muco vaginal e o sêmen, por isso não evita e nem previne das infecções sexualmente transmissíveis (IST²) e do HIV (vírus da aids³). É necessária a utilização de métodos de barreira, em especial a camisinha masculina e/ou a camisinha feminina para realizar a prevenção dessas doenças.

#### Dosagens e Forma de Utilização

As pesquisas atuais comprovaram a eficácia do progestogênio (levonorgestrel ou norgestrel) associado ou não com o estrógeno (etinil-estradiol) para doses de contracepção de emergência. Assim, as recomendações especificam apenas o uso de medicamentos específicos com esta base hormonal para a elaboração de dosagens.

Atualmente, vários países, entre eles o Brasil, têm a dose necessária já pronta em cápsulas vendidas em farmácias. Essa forma de apresentação do produto facilita o uso correto e diminui efeitos indesejáveis de possíveis dosagens adicionais, causadas pela elaboração da dose com composição de vários comprimidos de anticoncepcionais orais (método Yuzpe), principalmente para mulheres de baixa renda e com pouca escolaridade.

Até o momento, existe a dose pronta, que é vendida em farmácias com prescrição médica, disponibilizada pelo laboratórios e denominada comercialmente sob diversos nomes (Norlevo, Postinor-2, Pozzato). No entanto, considera-se que outros laboratórios irão disponibilizá-la a médio e longo prazo, de forma que a Contracepção de Emergência deve ser divulgada e procurada por este termo genérico.

Na dosagem pronta, vendida em farmácias, o conteúdo apresentado vem em dois comprimidos. A utilização deve ser feita da seguinte forma:

#### Dose Pronta:

1ª dose (1 comprimido) → logo que possível, após a relação sexual\*

 $2^a$  dose (1 comprimido)  $\rightarrow$  12 horas após a primeira dose.

#### \* Quanto mais cedo ocorrer a utilização, maior a eficácia contraceptiva.

Outra forma de se obter a dosagem necessária de Contracepção de Emergência, é o uso das pílulas anticoncepcionais orais comuns, à base dos hormônios sintéticos (progestogênio associado ou não com o estrógeno. Considera-se que devido à falta das doses prontas em locais de saúde pública, ao alto preço da dose pronta vendida em farmácias e à possibilidade de ausência da dose pronta em várias regiões do país, é indispensável a divulgação da forma alternativa de utilização deste método.

No caso do uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, é necessária a utilização de mais comprimidos, para que a quantidade da substância tenha o efeito esperado. Assim, como existem no mercado vários tipos de pílulas anticoncepcionais orais, com composições diferenciadas, é necessário seguir a seguinte orientação:

#### Dose Preparada à Base de Pílulas Anticoncepcionais Orais Comuns:

Pílulas de Baixa Dosagem:

Marcas Nacionais Disponíveis:

**NORDETTE** 

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ver opção pelo uso deste termo nas notas da Introdução.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ver justificativa para o uso desta grafia, também, na Introdução.

#### CICLO 21 MICROVLAR LEVORDIOL

 $1^{a}$  dose (2 comprimidos) → logo que possível, após a relação sexual \*  $2^{a}$  dose (2 comprimidos) → 12 horas após d primeira dose.

Pílulas de Média Dosagem:

Marcas Nacionais Disponíveis:

NEOVLAR

EVANOR

NORMAMOR

 $1^a$  dose (4 comprimidos)  $\rightarrow$  logo que possível, após a relação sexual \*

 $2^a$  dose (4 comprimidos)  $\rightarrow$  12 horas após a primeira dose.

#### Efeitos Colaterais e Cuidados

#### 1. Efeitos Colaterais

Efeitos colaterais comuns são náusea, enjôo, vômito e dor de cabeça. As doses da contracepção de emergência devem ser tomadas com alimentos ou à noite para reduzir efeitos colaterais comuns. O uso profilático de anti-eméticos pode reduzir a náusea em algumas mulheres. A dosagem pronta (levonorgestrel) produz menos náusea do que o método de Yuzpe. Outros efeitos *menos comuns* são sensibilidade nos seios, sangramento irregular, menstruação adiantada ou atrasada alguns dias, cefaléia ou tontura.

É importante salientar que, em caso de vômitos, a dose deve ser tomada novamente, pois a substância pode ter sido expulsa junto com este.

A contracepção de emergência não provoca efeitos graves às mulheres que a utilizam, nem efeitos teratogênicos, ou seja, não causa danos ao feto, caso falhe. Ela é segura, inclusive para mulheres que não podem tomar estrogênio.

Ressalta-se que em caso de gravidez, ela não faz efeito, ou seja, não interrompe a gravidez estabelecida.

#### 2. Cuidados

Um cuidado indispensável após o uso da contracepção de emergência é o uso de outro método contraceptivo (de preferência a camisinha) em todas as relações posteriores até a chegada da menstruação. A contracepção de emergência não funciona para relações futuras.

Além dos cuidados com seu uso, é fundamental saber que a contracepção de emergência não protege contra as DST e aids. É necessário preveni-las com o uso de preservativo e, em caso de relações forçadas e/ou estupro. Neste caso, é recomendável fazer a profilaxia de prevenção à aids, com o uso de dose única do coquetel "anti-HIV", disponível em serviços de atendimento às vítimas de violência sexual e/ou estupro, além de um posterior teste HIV para verificar se houve contaminação.

<sup>\*</sup> Quanto mais cedo ocorrer a utilização, maior a eficácia contraceptiva.

#### II - Experiência de Uma Pesquisa com Mulheres de Baixa Renda

#### Motivações para a realização do Estudo

Frente ao crescimento dos casos de aids e outras infecções sexualmente transmissíveis e o alto índice de abortos induzidos e complicações a ele relacionados, e a recente introdução da contracepção de emergência no mercado brasileiro, foi realizada a pesquisa "Contracepção de Emergência e Preservativos: Conhecimento, Aceitação e Percepção para a Prevenção de Gravidez Não-Planejada, DST e HIV/Aids" (FIGUEIREDO e PEÑA, 2000), com os principais dados relatados a seguir. Esse estudo procurou avaliar a possibilidade ou não de incentivo ao uso da camisinha através da disseminação da informação sobre a contracepção de emergência.

Foi também considerada a falta de opções contraceptivas contra IST/HIV, além da camisinha masculina, já que a camisinha feminina não está disponível para a população de baixa renda, e observado a não prescrição da contracepção de emergência em caso de falha do preservativo, mesmo com sua aprovação pelo Ministério da Saúde desde 1996.

Observou-se também que, até o momento, não houve divulgação nacional da contracepção de emergência dirigida à população.

#### **Objetivos**

O objetivo geral da pesquisa foi verificar se a divulgação da contracepção de emergência contribui ou não para a promoção de uso do preservativo na prevenção de gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids entre mulheres brasileiras de baixa renda.

Através de um estudo específico entre as usuárias do Ambulatório Monte Azul, localizado na Favela Monte Azul, zona sul do município de São Paulo/SP, a pesquisa procurou identificar e avaliar:

- O nível de conhecimento que essas mulheres têm sobre a contracepção de emergência (CE) e prevenção de IST/HIV/aids;
- 2) As opções e atitudes contraceptivas e de prevenção em IST/HIV/aids dessas mulheres;
- 3) A inclusão ou não do preservativo masculino nas práticas sexuais dessas mulheres;
- 4) A noção de risco geral e individual que as mulheres têm sobre as IST/AIDS e gravidez não planejada;
- 5) O risco atual frente à gravidez não planejada e IST/HIV/aids;
- A aceitação da contracepção de emergência como alternativa contraceptiva somente para casos de emergência;
- 7) As características que esperam de um material informativo sobre contracepção de emergência.

O levantamento foi feito através de um estudo quantitativo realizado com aplicação de um questionário semi-estruturado com mulheres usuárias do Ambulatório Monte Azul. Este instrumento procurou levantar quais são os conhecimentos, percepções e atitudes que existem sobre o uso de preservativos e da CE, além de procurar medir o nível de risco para a infecção por IST/HIV e gravidez não-planejada e verificar os métodos contraceptivos primários utilizados, e a freqüência de uso do preservativo masculino.

Como segundo objetivo e resultado do estudo realizado, buscou-se a confecção de um folheto sobre contracepção de emergência com linguagem apropriada para o público feminino de baixa escolaridade, testando-o através de metodologia qualitativa com grupos de mulheres reunidas em sala de espera para consultas de ginecologia e obstetrícia. Essa etapa, juntamente com a análise dos questionários individuais possibilitou a confecção do folheto "Camisinha: sem medo de engravidar... com a Contracepção de Emergência". Este material foi distribuído entre as usuárias do ambulatório pesquisado, moradores da Favela Monte Azul (local do estudo) e que está sendo divulgado e disponibilizado para ONGs de mulheres, de IST/aids e intituições públicas e privadas interessadas.

#### Metodologia

A metodologia adotada na primeira fase do estudo foi quantitativa, com uso de questionário semiestruturado aplicado por pesquisadora para as entrevistas individuais. O conteúdo deste instrumento é um histórico resumido de saúde, situação reprodutiva e contraceptiva, conhecimento de IST/aids e formas de evitar a gravidez após a relação sexual e a percepção de risco para gravidez e IST/HIV, uso do preservativo e o comportamento de risco para gravidez não planejada e IST/aids. A investigação procurou aprofundar e dar ênfase ao uso de preservativos como opção contraceptiva.

A segunda etapa da pesquisa utilizou 4 grupos de discussão sobre folhetos pré-elaborados oferecidos para leitura e análise. A condução dessas discussões foi a leitura inicial, levantamento de dificuldades de leitura e entendimento de palavras, textos e desenhos e a verbalização pelas próprias mulheres do teor da informação: o que compreenderam, as dúvidas, a serventia do folheto, a principal mensagem, além da opinião sobre letras, formato, cores e apresentação. Ao mesmo tempo, foi verificado com as participantes se as informações preconizavam ou não o uso da camisinha, se estava induzindo ao uso de contracepção de emergência e se estava desvinculado ou não da prevenção à aids.

O material submetido a 3 grupos foi uma versão (versão 2) acrescentando certas percepções e comentários observados nos questionários realizados na primeira etapa. A partir do resultado destes encontros, foi realizada uma versão mais (versão 3) apresentada em um quarto grupo de discussão. Este grupo utilizou a mesma forma de análise qualitativa do discurso da versão anterior, servindo para a finalização da versão mais elaborada que recebeu também sugestões de profissionais da área, antes de ir para impressão. Um cartaz que forma um conjunto com o folheto foi desenvolvido e testado no quarto grupo.

Os materiais finalizados e produzidos estão em fase de distribuição ampla para a comunidade pesquisada — usuárias do Ambulatório Monte Azul e serão ainda disponibilizados para outros grupos e profissionais com interesse em utilizá-los.

#### Considerações sobre o Local e as Mulheres Pesquisadas

O trabalho em saúde realizado no Ambulatório Monte Azul foi iniciado em 1975, construído primeiramente em madeira no interior da favela é atualmente de alvenaria, quando contava com apenas uma auxiliar de enfermagem e um médico voluntário. A concepção inicial de saúde adotada pelos percussores deste trabalho não se restringiu apenas em curar os doentes, mas tentou dar ênfase a uma parte preventiva que procurou melhorar as condições de moradia, de alimentação e vestuário, da qualidade de vida em geral e de oferta de empregos, desenvolvidas em outras atividades nessa comunidade.

No início, o Ambulatório atendia principalmente aos moradores da favela, embora por muitos anos seu serviço de parto natural, encerrado em começo de 1999, também teve procura de mulheres de outras regiões da cidade. Atualmente o Ambulatório Monte Azul atende pessoas de toda a região sul da cidade, principalmente dos arredores da favela, sendo que os moradores da favela, pelo menos nos serviços de ginecologia e obstetrícia, representam apenas 15,9%.

A verba de sustentação de funcionários e infra-estruturas são de responsabilidade da ACOMA, Associação Comunitária Monte Azul, que capta recursos com empresas, pessoas físsicas e ONGs internacionais e os utiliza no gerenciamento dos equipamentos sociais locais, incluindo o Centro Comunitário Monte Azul.

O Ambulatório foi escolhido como local para a realização deste estudo porque já é alvo de estudos em saúde sexual e reprodutiva desde 1994, por uma das coordenadoras do estudo (FIGUEIREDO, 1999). Neste estudo inicial citado, foi apontada a alta vulnerabilidade da população feminina por ele atendida. Dados de 1995 mostram que as características que a quantidade de serviços providos pelo Ambulatório Médico

concentram-se na saúde reprodutiva de mulheres, incluindo: 440 consultas ginecológicas, 230 exames de papanicolau, 560 consultas de planejamento familiar, 123 inserções de DIU, 281 exames de gravidez, 1268 consultas de pré-natal e 162 partos (FIGUEIREDO, 1999).

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: (1) já ter tido relação sexual (2) ter idade entre 18-45 anos (fase reprodutiva média), além de (3) ter aceitado de forma espontânea participar da pesquisada e do estudo. As entrevistadas individuais e de grupos foram recrutados na sala de espera do Ambulatório, antes da chegada dos médicos ou de suas consultas e convidadas a responderem entrevistas individuais isoladamente ou a participarem da discussão do folheto informativo sobre contracepção de emergência no próprio local.

#### Principais Resultados

A pesquisa foi feita com 120 usuárias dos serviços de ginecologia e obstetrícia do Ambulatório Monte Azul, durante o período de um mês (10 de novembro a 10 de dezembro de 1999). Outras 38 mulheres que utilizaram estes serviços não foram entrevistadas, 33 por estarem fora da faixa etária do estudo (18 a 45 anos), 3 por recusa de realizar a entrevista e 2 por perda (saíram ou entraram em consultas sem passar no fluxo da entrevista).

A grande demanda para os serviços de ginecologia e obstetrícia observada nesse período, conforme o motivo de procura no dia da entrevista, é o pré-natal, responsável por 47,5% das visitas ao Ambulatório.

#### 1. Perfil

O perfil dessas mulheres pesquisadas, é de maioria jovem, com 53,3% situada entre 18 e 25 anos, 35,5% entre 26 e 35 anos e apenas 11,5% entre os 36 e 42 anos. Predomina como cor auto-referida morenas e pardas (62,5%), com escolaridade até o ginásio incompleto (54,6%) e de religião católica (70,8%). Os locais de origem predominantes são outras regiões da Grande São Paulo (38,3%) e do nordeste brasileiro (41,7%).

Quanto às características econômicas, o levantamento constatou que quase metade delas 49,6%, exerce alguma atividade remunerada, sendo a principal atividade empregos domésticos em outras residências (44,8 %), prestação de serviços em firmas, geralmente de limpeza (13,8%), vendas domiciliares ou ambulantes (13,8%) e trabalhos realizados no próprio domicílio, como venda de alimentos ou objetos e roupas, cuidado de crianças, etc. (10,3%). O tempo médio nessas atividades é de 4,97 anos, sendo que boa parcela (44,2%) a exerce há um ano ou menos, mostrando rotatividade nos empregos.

A concentração de renda individual é entre 2 e 3 salários mínimos (para 77,6%); abaixo deste valor existem 10,4% (6 casos) e acima 11% (7 casos). Conforme as respostas obtidas, tal ganho é utilizado no sustento de gastos da casa e número de pessoas nela residentes. Entre as 58 mulheres com renda individual, 57 residem com outras pessoas e 16 destas (28%) estão atualmente responsáveis pela totalidade dos gastos da família.

Com relação à parceria sexual, 104 mulheres (86,7%) afirmaram ter parceiro e outras 16 (13,3%) não. Das parcerias, 84 (80,8%) são com residência conjunta e 20 (19,2%) sem, na forma de namoro ou parceria fixa. Entre as 84 mulheres que residem com parceiros, 64 delas (76,2%) residem também com outras pessoas, quase na totalidade filhos, e contribuindo nos gastos da casa de forma igual ou minoritária que o parceiro.

#### 2. Situação de Saúde

Apenas 14,2% das mulheres entrevistadas tiveram alguma doença grave no passado, predominantemente não-ligadas ao trato reprodutivo. Os problemas reprodutivos têm, no entanto, bastante peso entre os problemas de saúde atuais, com incidência de 28,6% entre as 35 mulheres que os referiram.

Entre as entrevistadas, 12 (10%) relataram casos de IST anteriores ou atuais. Essa incidência não é precisa, já que muitas delas não consideram ou reconhecem corrimentos causados por doenças, como a cândida, como IST. Outras dificuldades que dão imprecisão a este dado são os sintomas comuns de algumas infecções reprodutivas que não são necessariamente IST.

Nos casos de IST citados, as doenças que acometeram essas mulheres foram: cândida (1 caso), condiloma (1 caso) e outras não identificadas por haver referência só aos sintomas: corrimentos, coceira, inflamação, infecção, micose, ferida cauterizada (10 casos). A ocorrência dessas IST foram, em sua maioria, nos últimos 2 anos (75% dos casos) e com percepção do problema pela própria mulher (75%). Independente do diagnóstico ter sido profissional ou não, em quase todos os casos, 92,3%, houve procura de tratamento e, nesses casos, todas realizaram as prescrições. Em 9 (75%) desses 12 casos de IST, os parceiros envolvidos também receberam recomendações de tratamento; 8 (88.9%) deles fizeram o tratamento e apenas 1 (11,1%) se recusou.

Na maioria das entrevistas houve testagem de HIV. O teste foi feito uma vez por 62,5% dessas mulheres; duas vezes por 29,7% e três vezes ou mais por 7,9%. Mais da metade desses exames (65,2%) foi realizada no último ano. Dessas, apenas uma mulher teve resultado positivo e 10,4% indicou não saber o resultado do exame. A realização da testagem ocorreu principalmente em função de pedidos de exames de pré-natal (66% dos casos) realizados por profissionais e não por procura ou por iniciativa própria.

#### 3. Conhecimento Preventivo

Ao questionar as mulheres, procurando identificar o conhecimento sobre IST, utilizou-se no questionário, a definição "doenças causadas pelo sexo". A mais lembrada e citada foi a AIDS, além da gonorréia, sífilis e herpes e muitas mulheres (19,2%) referiram genericamente infecção, coceira, chato ou IST em geral, ou alguma dessas doenças com nome regional não identificado cientificamente pela equipe da pesquisa (por exemplo, cabeça de prego, bico de papagaio):

IST	Sim (%)	Não (%)
HIV/Aids	86,7	13,3
Gonorréia	28,3	71,7
Sífilis	26,7	73,3
Herpes	5,0	95,0
Cândida	2,5	97,5
HPV	2,5	97,5

19,2

Outras

Tabela 1 – Infecções Sexualmente Transmissíveis que Citaram

Os sintomas de IST citados espontaneamente, conforme tabela abaixo, demonstram que a aids é sempre imaginariamente referida, já que seus sintomas (emagrecimento, vômito, fraqueza, etc.) foram citados em 14,2% casos. Também foram citados vários sintomas, de forma não representativa, agrupados como *outros*, como dores de cabeça, febre e vermelhidão, entre outros.

Tabela 2 – Sintomas Citados de IST

Sintoma Citado	Referências (%)
Coceira	15
Falta de Apetite, Magreza, diarréia	14,2
Corrimento	13,3
Feridas e Verrugas	11, 7
Infecções na Pele / Manchas	10

Ardor/ Dor ao Urinar	5
Mal Cheiro	2,5
Outros	21,7

Com relação às práticas sexuais de risco comentadas, 36,7% das entrevistadas negaram ou disseram num primeiro momento não saber sobre outras possibilidades de transmissão de IST/aids além da sexual, mostrando que associam essas doenças diretamente à prática sexual. As outras 63,3% fizeram correlação da transmissão via sangue, principalmente, agulhas contaminadas e/ou drogas. Nenhuma mulher referiu espontaneamente a possibilidade de transmissão vertical de IST, inclusive a aids.

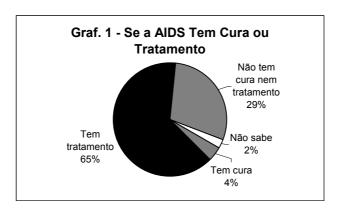
Em questão estimulada sobre práticas sexuais, foi possível notar que ainda há dúvidas sobre as formas de transmissão, principalmente pelo sexo anal e oral, denominações muitas vezes desconhecidas pelas entrevistadas, explicadas de forma clara pelo responsável pela entrevista, que explicitava: *sexo feito com a boca*, etc:

Transmite Não Transmite **Total** Tipo de sexo (%) (n) (%) (%) (n)(n) Vaginal 118 98.3 2 1.7 120 100 94 78.3 26 21.7 100 Anal 120 81 39 67.5 32.5 100 Oral 120

Tabela 3 – Tipo de Sexo que Transmite IST

As informações obtidas sobre IST/aids incluíram o conhecimento sobre a possibilidade de contágio e o período possível para que isso ocorra. Há 14,3% das entrevistadas que não sabem ou que afirmaram que pessoas *que pegam aids* não passam o vírus ou a doença para outras pessoas enquanto *não ficam doentes*, ou seja, enquanto os sintomas não se manifestam. Ao mesmo tempo, em questão específica à possibilidade de uma pessoa com boa aparência física e saudável ser portadora do HIV, ficou registrada a existência, ainda, de um pequeno grupo (8,4%) sem informação correta sobre a possibilidade de incubação da doença.

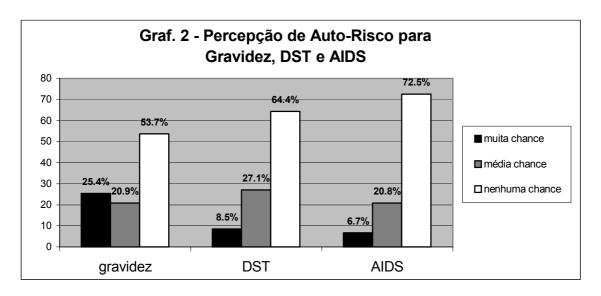
Em caso de contaminação, a informação sobre existência de tratamento apareceu como insuficiente para um grupo muito grande de mulheres, cerca de 29%:



Entre tratamentos indicados, 44,1% citaram coquetel ou remédios, 18,7% citaram outros incluindo, principalmente, procurar orientação médica, e uma grande parte (37,3%) afirmou não saber o tipo de tratamento existente. Um dos fatores que contribui para o conhecimento do tratamento é o conhecimento de pessoas com HIV ou aids, referido por 35,7% das entrevistadas.

#### 4. Noção de Auto-Risco

Quase metade das mulheres entrevistadas (44,2%) estava grávida no momento da entrevista. Para as demais (56%) que não estavam grávidas, a maioria (53,7%) acredita não ter nenhuma chance atual de engravidar; 20,9% disseram que têm média chance e 25,4% disseram ter muita chance:



A razão dada como explicação da percepção de auto-risco para quem acredita poder engravidar foi ter boa/muita fertilidade; para quem alegou pouco ou nenhum risco para gravidez, foi 39,1% por estar fazendo uso de métodos contraceptivos ou camisinha, 7,8% por problemas orgânicos ou fisiológicos próprios ou do parceiro, 6,3% porque não está tendo relações, 4,7% porque não está usando contracepção e 1,6% por esterilidade, laqueadura ou vasectomia.

A maioria se vê com pouco ou nenhum risco com relação à contaminação por IST/aids. As justificativas são a monogamia, por acreditarem ter parceiro fiel e, consideram a hipótese de contaminação, apenas se o parceiro mantivesse relações sexuais extra-conjugais. No entanto, mesmo considerando a hipótese de contaminação pela infidelidade do parceiro, não há comportamentos preventivos com relação a essa possibilidade.

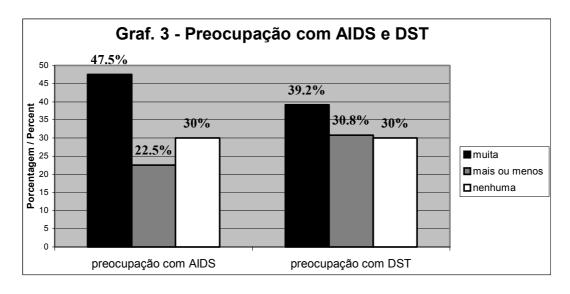
Tabela 4 -- Justificativas da Percepção de Auto-Risco para Gravidez, IST e Aids

		Auto-Risco para Gravidez, IST e Aids									
	Nenhuma Chance (%)			Média Chance (%)			Muita Chance (%)				
Justificativas	gravidez	IST	aids	gravidez	IST	aids	gravidez	IST	aids		
Não está tendo	12,9	8,9	6,7	-	-	-	-	-	-		
relações											
Não está usando	-	-	-	7,1	-	-	11,8	-	-		
contracepção											
Por fertilidade				21,4	-	-	70,6	-	•		
Por transfusão/	-	-	2,7	-	-	4,2	-	-	14,3		
agulhas usadas em											
serviços de saúde											
Pode sair com	-	-	-	-	-	4,2	-	-	28,6		
alguém que tenha											
AIDS											
Pode sair com	-	-	-	-	3,4	-	-	28,6	-		
alguém que não se											
cuide											

Parceiro pode não ser fiel	-	-	-	-	17,2	25	-	14,3	-
Parceiro pode transmitir IST	-	-	-	-	13,8	-	-	14,3	-
Parceiro está com sintomas de IST	-	-	-	-	-	4,2	-	14,3	-
Parceiro único		60,7	64		3,4			14,3	
Conhece parceiro		1,8	2,7						
Por uso da camisinha	-	21,4	20	-	34,5	54,2	5,9	14,3	28,6
Por uso de outro contraceptivo	74,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Por problemas orgânicos/físicos dela ou do parceiro	9,7	-	-	14,3	-	-	-	-	-
Por esterilidade, laqueadura ou vasectomia	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros*	-	7,1	4	57,1	27,6	8,3	11,8	-	28,6

No item *outros*, as justificativas para média ou alta possibilidade de infecção por IST/aids foram: "procuro me cuidar", "até hoje não peguei", "pode acontecer de pegar numa farmácia", "o médico indicou, fazer marido fazer o exame", "nunca tive problema, tem que ser cuidadoso", etc.. - respostas que não acentuavam o propósito da questão.

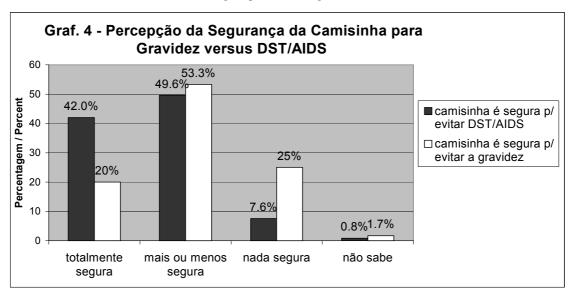
Junto à percepção de auto-risco, a pesquisa procurou registrar a preocupação atual dessas mulheres com às IST e aids, noções que podem influenciar no comportamento preventivo:



#### 5. Percepção sobre Camisinha Masculina

Com relação à segurança da camisinha, existe uma diferença notável entre a percepção de sua segurança para a gravidez e para a prevenção de IST/HIV. A confiabilidade total neste método para a

prevenção de IST/aids é de 42%, enquanto é de apenas 20% para a prevenção de gravidez, sendo que 1/4 das mulheres consideram a camisinha nada segura para evitar a gravidez:



Os motivos citados para justificar a segurança ou não, tanto para IST/aids quanto para a gravidez variam em positivos (pró-uso) e negativos (contra-uso). Entre os motivos positivos alegados para a segurança da camisinha na prevenção das IST/aids está no fato dela não permitir contato com o esperma; para segurança contraceptiva foi citado não deixar que o esperma saia para o corpo da mulher. Para a insegurança, para os dois casos, foi citada a possibilidade dela rasgar ou furar. As diferenças de percepção na sua eficácia são mostradas abaixo:

Tabela 5 – Justificativa para Segurança da Camisinha

	Nenhuma				Seguran	ça Total
Motivos p/ Uso	Gravidez	IST/ aids	Gravidez	IST/ aids	Gravidez	IST/ aids
Não deixa esperma sair	ı	-	3,2%	-	90%	-
Evita IST/ não permite	=	-	-	4,5%	-	80,5%
contato com esperma						
Motivos p/ Não Uso	Ī	-	-	-	-	
Rasga/fura	86,7%	100%	91,9%	86,4%	-	12,2%
É difícil de pôr	-	-	1,6%	-	-	-
Não adiantaria p/ prevenir	-	-	-	-	5%	-
IST/ aids						
Tem tipos de doenças que	-	-	-	2,3%	-	-
ela não evita						
<b>Motivos Neutros</b>	-	-	-	-	-	-
Nunca aconteceria/ sem	10%	-	3,2%	-	-	-
prevenir						
Outros	3,3%	-	-	6,8%	5%	7,3%

#### 6. Comportamento Sexual e de Risco para Gravidez e de IST/Aids

O pressuposto teórico de que os comportamentos individuais são orientados por hábitos, mas também por representações subjetivas, motivou o levantamento de percepções com relação a atitudes próprias, noção de risco e até da eficácia ou não das alternativas para contracepção e IST/ aids (principalmente do

preservativo). Assim, a descrição do comportamento de risco será antecedida por descrições das percepções das mulheres entrevistadas com relação aos temas citados.

A maior parte das mulheres entrevistadas tem parceiro fixo (86,7%). Nos últimos três meses, 85% citaram só ter feito sexo com 1 pessoa. Quase a mesma quantidade de mulheres com parceiros (85,6%) acreditam que o parceiro tem relações sexuais apenas com ela, mas 10,2% tem dúvidas sobre esta fidelidade e 2,9% acham que seus parceiros fazem sexo com outras pessoas.

As relações ocorrem em geral (para 82,5%), na própria casa da entrevistada, sendo que quase metade dorme com outras pessoas no quarto além do parceiro (47,7%) e praticam na maioria dos casos, sexo vaginal (87,4%), sendo que apenas 3,4% citou ter tido sexo anal nos últimos três meses.

Nove mulheres (7,6%) do total pesquisado citaram que já foram forçadas a ter uma relação sexual.

A quantidade de mulheres que já teve uma ou mais gestações é de 87,5%, sendo que 68,3% delas têm filhos atualmente. Das que engravidaram, 65,4% declararam já ter tido alguma gravidez não-planejada e 31,4% já fizeram abortos espontâneos ou provocados (27,5% do total das entrevistadas).

A camisinha masculina já foi utilizada por 75% das entrevistadas e a feminina por 5%<sup>4</sup>, porém nos últimos três meses, o preservativo foi citado como opção de uso por 27,3% e na última relação por 28,3%. Mesmo considerando estes altos índices de uso comparado com outras pesquisas realizadas com a população em geral, o método usado por mais tempo é a pílula anticoncepcional oral (por 60,7%), seguido pela camisinha (15,4%) o coito interrompido (12%) e o DIU (6%). A esterilização feminina foi citada por apenas 1,7%, o que chama a atenção para o fato das mulheres laqueadas e de idade mais avançada não freqüentarem tanto os serviços de saúde, já que sabemos ser alto o seu contingente.

Como fator de adesão, observou-se que a maioria das entrevistadas (74,4%) afirmou já ter pedido ao parceiro, pelo menos uma vez , para usar camisinha e 37,8% chegou a fazer a colocação da camisinha no parceiro. Em contraposição, foi verificado como fator negativo para o uso da camisinha grande percentagem de experiências de rupturas, furos ou vazamentos no seu uso, relatada por 22% das mulheres; enquanto 10% afirmaram que a camisinha já chegou a ficar dentro de seus corpos depois da relação.

Em questão sobre comportamento frente à falha da camisinha foram feitas, quase que automaticamente, referências a práticas preventivas contra a gravidez. Sendo que nenhuma citou a prevenção de IST ou aids. A mesma questão foi feita para o caso de gravidez sem planejamento, independente da falha da camisinha e as opções citadas também foram bastante amplas: 81,7% das mulheres afirmaram que teriam o filho, 13,3% fariam aborto e 5% não sabem o que fariam. Das mulheres que abortariam, a metade (50%) falou que usaria Cytotec ou outros remédios, 8,3% procurariam clínicas ou curetagens, 33,4% citaram uso de chás caseiros e clínicas ou remédios, caso este não tivesse efeito e 8,3% iniciaram outras formas:

Tabela 6 – Comparação de Atitude Caso a Camisinha Rasgasse ou se Engravidasse Involuntariamente

Atitude						
	Esperaria p/ver se estava grávida ou faria exame de gravidez	Teria o filho	Abortaria	Usaria contracepção de emergência	Outros*	Não sabe
Que faria se a						
camisinha rasgasse ou	25%	14,2%	2,5%	2,5%	25,8%	30%

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Considera-se que esse alto índice é resultado dos projetos de intervenção realizados no Ambulatório, onde há incentivo do uso de preservativos, distribuição gratuita de camisinhas masculinas e onde ocorreu, por 8 meses em 1999, também a distribuição de camisinhas femininas. Assim, as altas percentagens de experimentação da camisinha feminina e de uso atual de camisinhas masculinas (75%), podem ser interpretada como um impacto deste programa preventivo desenvolvido no local.

\_

furasse?						
Que faria se ficasse grávida sem planejar hoje?	0	81,7%	13,3%	0	0	5%

\*Cabe lembrar que nas respostas *outros* estão a colocação de nova camisinha, a lavagem no chuveiro, etc.

Das 9 mulheres que declararam a opção de aborto em caso de falha do preservativo, as técnicas indicadas para a sua realização foram:

**Técnicas** (n) (%) Clínica e curetagem 10 Chás /ervas 2 20 Cytotec/remédios hemorrágicos 20 3 30 Lavagens 2 20 Outros 100 **Total** 10

Tabela 7 – Técnicas de Aborto Citadas

A maioria das entrevistadas afirmou que não faria sexo penetrativo caso não houvesse camisinha na relação (47,5%), 29,2% disseram que usariam outro método (principalmente o coito interrompido, que seria adotado por 80% delas), e 15,8% disseram que fariam sexo de qualquer maneira. Em observações de registro de entrevistas, foi possível verificar que a recusa ao sexo por essa grande quantidade de entrevistadas, em caso de falta do preservativo, ficou sugerido como um outro parceiro, que não o estável e atual, com o qual afirmavam que não usariam nenhum preventivo.

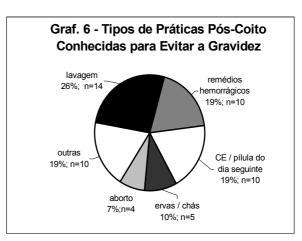
No caso de recusa por parte do parceiro em usar a camisinha, 62,5% não fariam sexo, 15% usariam outro contraceptivo (delas, 50% usariam coito interrompido, 38,9% tomariam pílulas anticoncepcionais e 10,8% fariam sexo de qualquer maneira.

Segundo a pesquisa, mais da metade das entrevistadas (51%) citou ter parceiros usuários de drogas e/ou álcool e 37,5% declararam já ter feito sexo com parceiros sob efeito dessas substâncias.

#### 7. Conhecimento, Percepção e Opiniões com Relação à Contracepção de Emergência

A introdução do tema Contracepção de Emergência foi feita com o questionamento sobre conhecimento ou não de formas de evitar a gravidez, usadas depois da relação sexual, pois outras pesquisas realizadas (FIGUEIREDO, 1995) já haviam citado o conhecimento e uso de diversas técnicas pós-coitais contra a gravidez pelas mulheres. A maioria (65%) das mulheres entrevistadas afirmou não conhecer nenhuma forma de evitar a gravidez pós-relação; 25,8% citaram uma forma de fazê-lo; 7,5% duas formas; 1,7% três formas. Assim, quase 1/3 das mulheres tem conhecimento de técnicas preventivas da gravidez para serem usadas depois da relação sexual.





Cabe salientar que em muitas respostas, o que as mulheres chamam *pílula do dia seguinte* é qualquer remédio que provoca a menstruação ou sangramentos, ou seja, termos para o fenômeno do micro-aborto (FIGUEIREDO, 1995).

Das mulheres que citaram tais técnicas, 59,5% conhecem pessoas que já as utilizaram e 21,6% já experimentaram pessoalmente o seu uso, principalmente a lavagem e a própria contracepção de emergência. Sendo que, com relação a esta última, 33,3% já tinham ouvido falar sobre o método: 25,6% ouviram apenas sua referência e designação, 30,8% tiveram informação sobre sua utilidade contraceptiva, 33,3% sobre a forma de uso correta e 5,1% que seria um método abortivo.

Há desconhecimento sobre a forma como a contracepção de emergência age para evitar a gravidez: 69,2% declararam não saber, 10,3% acreditam que age abortando e 10,3% acreditam que ela mata ou danifica o espermatozóide. Apenas 7,5% referiram que a contracepção de emergência previne a gravidez, ou seja, deu resposta correta.

Quanto à confiabilidade na Contracepção de Emergência, antes de qualquer instrução, temos:



Após serem instruídas sobre a contracepção de emergência (forma de funcionamento e uso), 90,8% das mulheres disseram que contariam sobre sua existência para outras amigas usarem; das 9,2% que não contariam, a principal razão alegada foi a não serventia deste método para a prevenção das IST/ aids.

A disponibilização da contracepção de emergência para todas as mulheres, sem exceção, é a opinião da maioria (81,7%); em casos restritos para 17,5% e apenas uma mulher (0,8%) disse que não deve estar disponível para ninguém. Há aumento de aceitação dessa disponibilização para uso em casos de estupro e diminuição para quando não há uso de nenhum contraceptivo antes da relação sexual:

Tabela 8 – Situações em que Deve Ser Dada a Contracepção de Emergência

Situações	Sim (%)	Não (%)
quando se esquece de usar pílulas anticoncepcionais	86,6	13,4
quando a camisinha falha	94,1	5,9
em caso de estupro	87,4	12,6

quando não ti	er usado contraceptiv	o antes da relaçã	io	81,5	18,5

Também há variação de opinião sobre a disponibilização deste método conforme a situação da mulher. Chama atenção que para adolescentes e mulheres casadas há queda no apoio à disponibilização de 16% e 10,1% respectivamente:

Tabela 9 – Para Quem Deve Ser Dada a Contracepção de Emergência

A quem deve ser dada:	Sim (%)	Não (%)
mulheres adultas	95,0	5,0
adolescentes	79,0	21,0
mulheres casadas	84,9	15,1
mulheres solteiras	90,8	9,2
prostitutas	89,9	9,2
mulheres com aids	89,1	10,9

Os locais indicados para essa disponibilização foram: farmácias (por 86,6% das entrevistadas), postos de saúde/ambulatórios (por 97,5%) e, numa menor proporção (por 88,2%) em hospitais e consultórios médicos (por 88,7%). Quanto a referência à disponibilização em locais de comércio mais geral, como supermercados, 64,7% foram contra sua disponibilização e 36,3% a favor. Também outros locais para venda e/ou distribuição foram citados por 6,7%, como postos de gasolina, padaria e locais de trabalho.

A adoção do uso da Contracepção de Emergência em caso de necessidade foi afirmada pela maioria das mulheres, 81,7% em caso de não uso de contracepção anterior ao coito e 86,7% em caso de falha do preservativo. Os motivos alegados para não uso da contracepção de emergência foram:

Tabela 10 - Motivos para Não Uso da Contracepção de Emergência

Motivos para Não Uso da CE	Em caso de não uso de método anterior		Em caso de falha do preservativo	
	(n)	(%)	(n)	(%)
quer engravidar	4	18,2	-	-
não previne IST/ aids	1	4,5	-	-
ser abortiva	3	13,6	2	12,5
já engravidou, "deixa"	4	18,2	3	18,8
ter que prevenir antes	3	13,6	1	6,3
medo de efeitos colaterais	4	18,2	2	12,5
isso nunca ocorreria	1	4,5	-	-
outros	-	-	4	25,0
não sabe	2	9,1	4	25,0
Total	22	100	16	100

As 19,2% que afirmaram recusa, citaram os seguintes motivos: medo de efeitos colaterais (4 mulheres), porque é abortiva (3 mulheres), quer engravidar (4 mulheres), ou porque deixaria a gravidez se desenvolver (5 mulheres), porque teria que prevenir antes da relação (3 mulheres) — resposta que de certa forma pode ser um indicativo de receio de interrupção provocada da gestação e/ou necessidade de atitudes de responsabilidade quanto à gravidez sempre antes da relação sexual ocorrer.

Em caso de necessidade de uso próprio, o local para busca deste método seria: 78,6% em farmácias, 39,8% em postos de saúde, e 8,7% hospitais, e 2,9% em outros locais.

Para a maioria das mulheres entrevistadas (97,5%) é importante a existência de materiais informativos sobre a contracepção de emergência, principalmente escritos como folhetos, livretos e cartazes.

#### 8. Contracepção de Emergência e Camisinha Masculina: Complemento ou Substituição?

Devido à realidade atual, de necessidade de prevenção às IST/aids com o uso de preservativo, foi ressaltada na pesquisa a avaliação das falas das mulheres entrevistadas sobre o seu comportamento individual e o de suas conhecidas frente à disponibilização da contracepção de emergência.

Constata-se que, além da alta predisposição em aderir à contracepção de emergência (por 80,8% das mulheres) em caso de necessidade, há uma maior aceitação desse método de 4,2% para cobrir falhas de uso do preservativo.

Tabela 11 – Situação em que Usaria a Contracepção de Emergência

Situação	Sim	Não
se tivesse relações sem uso anterior de métodos contraceptivos	80,8%	19,2%
se camisinha rasgasse ou furasse	85,0%	15,0%

Ao mesmo tempo que esse complemento contraceptivo é afirmado e aceito, 36,7% das entrevistadas afirmaram que, caso houvesse conhecimento da contracepção de emergência, teria aumento no uso de camisinhas por mulheres, já que estas iriam perder o medo da gravidez (motivo alegado por 22,7%) ou iriam querer prevenir IST/ aids (motivo alegado por 50%).

A opinião de que o conhecimento, pelas mulheres em geral, sobre a contracepção de emergência faria o uso da camisinha masculina diminuir ou ficar igual foi referida por 60% das mulheres entrevistadas. As causas apontadas para a diminuição no uso do preservativo são o comodismo e a preocupação só com a gravidez (43,3%), a falta de preocupação das mulheres com relação às IST/ aids (17,9%), a dispensa específica de uso da camisinha por ser um método incômodo e ruim, que as mulheres não gostam (16,4%) e a explicitação de falta de confiança contraceptiva na camisinha com relação a qualquer outro método oferecido (justificativa de 3% das opiniões).

As outras mulheres, 40%, referiram que o conhecimento da contracepção de emergência causaria o aumento de uso do preservativo, por causa que a proteção da gravidez estaria garantida e/ou porque haveria preocupação na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e aids.

#### Análise

#### 1. Fatores de Risco

#### a) Vulnerabilidade para Aids

Os dados apresentados servem para uma reflexão sobre a situação de saúde sexual e reprodutiva da população feminina com relação ao uso de contracepção e prevenção de IST e aids. Considera-se que o perfil pesquisado, com maioria parda, com pouca escolaridade e baixa renda, com empregos geralmente localizados no mercado informal é um perfil que vem sendo descrito constantemente como prevalente na população feminina brasileira, onde se verifica a expansão da aids.

Essa mesma vulnerabilidade pode ser comprovada com a registro da proximidade dos casos no universo das mulheres pesquisadas, visto que boa parte, 35,7% das entrevistadas, afirma conhecer ou ter

conhecido alguém com HIV ou aids: um conhecido (18,3%), um amigo (10,8%), um parente (5,8%), outros (menos que 1%).

Embora a maioria das mulheres se veja com pouco ou nenhum risco com relação às IST/ aids por serem monogâmicas e acreditarem que seu parceiro é fiel, e apenas se ele tivesse relações extra-conjugais poderiam se infectar, vale incluir a observação sobre a maneira de falar quando as mulheres responderam à pergunta sobre a fidelidade dos parceiros. Embora a maioria disse que acharam que o parceiro teve relações apenas com ela, uma grande parte respondeu com tom de dúvida, por exemplo: "Do que eu saiba, só comigo" ou "Eu acho que apenas comigo", e não fazem nada com relação a isso. Há um comportamento passivo com relação a essa possibilidade.

Ao mesmo tempo em que se verifica um alto índice de informação, as práticas preventivas não são adotadas habitualmente, principalmente pela preocupação prioritária com a gravidez e a crença de que o relacionamento com parceiro único oferece proteção contra a infecção pelas IST e aids.

A vulnerabilidade à infecção pela aids, junta-se a falta de informação suficiente sobre a existência dos tratamentos para conter seu avanço, verificada em 29% dos questionários. Cabe lembrar ser esta informação imprescindível para conter o aumento da transmissão, principalmente vertical.

#### b) Vulnerabilidade para a Gravidez

A percepção de risco para a aids citada, apesar de não provocar comportamentos preventivos é tão presente quanto a noção de risco para a gravidez. No entanto este último é reforçado pela probabilidade mensal de sua ocorrência justamente pela predominância de relacionamentos constantes.

Assim, o mesmo motivo alegado para a não prevenção de IST/aids (uso de camisinha) é o que mais vulnerabiliza com relação à gravidez. Metade das mulheres (56,6%) teve alguma gravidez não-planejada e 27,5% já tiveram abortos, mesmo sem definição de terem sido provocados ou espontâneos.

Portanto, para esse público, a vulnerabilidade quanto à gravidez indesejada é real e presente de forma a gerar uma preocupação permanente com a contracepção, determinando pela confiabilidade e eficácia a escolha do método pelo qual essa prevenção será realizada.

#### 2. Efetivação de Uso da Camisinha

As altas percentagens de experimentação de camisinha feminina em algum momento da vida (5%) e de uso atual de camisinhas masculinas (75%), encontradas na pesquisa revelam o impacto de programas preventivos. Quase três quartos (74,4%) afirmaram já ter pedido ao parceiro para usar camisinha, sendo que muitas mulheres (37,8%) já fizeram essa colocação no parceiro. Esses questões são importantes e extremamente relevantes enquanto o uso da camisinha, sendo que a comunicação com o parceiro é uma das razões que mais restringe o seu uso.

É importante ressaltar que quase metade das mulheres dorme com outras pessoas no quarto além do parceiro (filhos, geralmente). Este fator pode dificultar a negociação do uso da camisinha e a sua própria utilização, à medida em que necessita maior exposição física dos envolvidos para a sua colocação.

O estudo demonstra também a necessidade de continuidade dos programas preventivos para a elaboração de novas estratégias que estimulem a continuidade de uso dos preservativos. Inclusive para os casos de parceria fixa, dado que entre as próprias entrevistadas que afirmaram que não fariam sexo penetrativo sem camisinha, foi possível verificar que esta recusa se referia a outros parceiros e não o estável e atual, com o qual afirmavam que não usariam nenhum preventivo.

Muitas citaram a não aceitação desse método preventivo entre as próprias mulheres. Comentários como "É difícil porque nem todas aceitam nem os parceiros, especialmente para casais..." e "Esse método é

mais para prostitutas", foram relatados durante a realização dos questionários. Além disso, a descrença na sua eficácia contraceptiva é relevante, já que 22% das mulheres que usaram camisinha citaram que alguma vez a camisinha estourou ou vazou e mais 10% citaram que alguma vez a camisinha ficou dentro de seu corpo.

Esse alto índice de falha, pode ser sugerido como desinformação sobre a forma de uso do método — não houve como comprovar esse item — mas se cristalizam na desproporcional avaliação da sua eficácia contraceptiva (apenas citada por 20%) e contra doenças (citada por 42%); ao mesmo tempo em que sua ineficácia contraceptiva foi referida por 25%, contra apenas 7,6% de ineficácia para IST e aids.

#### 3. Introdução da Contracepção de Emergência como Opção

O uso de práticas pós-coito para evitar a gravidez é bastante conhecido (35% das mulheres citaram práticas como citaram aborto, remédios hemorrágicos, uso de ervas, lavagens, etc.), sendo que parte das próprias entrevistadas (21,6%) já experimentou pessoalmente o seu uso, lavagem e o Cytotec.

Esses dados junto com a preocupação com contracepção demonstram a busca de técnicas contra a gravidez antes e pós-coito, já que há ocorrência de falhas de métodos contraceptivos ou mesmo esquecimento ou falta de uso desses em várias relações.

Essa necessidade está refletida na grande aceitação da contracepção de emergência para si mesma e indicar para amigas, citada pela maioria absoluta das mulheres entrevistadas que indicaram 80,8% de predisposição ao seu uso após a explicação de sua existência, efeito e forma de utilização. Essa aceitação não resulta de um conhecimento anterior, já que 33,3% já tinham ouvido falar neste método e, em 20,5% dessas, a informação foi incorreta, metade por considerar ser um método abortivo.

A disponibilização para todas as mulheres é defendida pela maioria (81,7%), com algumas restrições para adolescentes e mulheres casadas. A restrição a mulheres casadas pode ser interpretada pelo fato de que essas têm estrutura conjugal e não tem necessidade de recorrer a um método pós-coito, considerado muitas vezes abortivo.

Tal opinião provavelmente está pautada em concepções do imaginário popular, onde são recorrentes as idéias de que mulheres casadas têm o dever de ter filhos quando engravidam (mesmo que involuntariamente) e as adolescentes não devem ter prática sexual e, caso essa ocorra e cause gravidez, devem *pagar* por esse erro com o filho.

Essas motivações restritivas ao uso da contracepção de emergência, apesar de serem negativas do ponto de vista ideológico, podem ser vistas de forma positiva na medida em que as mulheres demonstram uma tendência ao não-uso abusivo deste método. Ao considerarem a conjuntura de relacionamento sexual e afetivo, a necessidade de uso de contracepção anterior à relação sexual, a disponibilização em locais ligados somente à saúde, demonstram que não há predisposição individual ao seu uso de forma contínua ou abusiva, nem à substituição de outros métodos contraceptivos.

#### 4. Uso de Camisinha X Uso da Contracepção de Emergência

Apesar da maioria (60% das mulheres) acreditar que o conhecimento sobre a contracepção de emergência diminuiria ou não afetaria o uso do preservativo, chama a atenção que uma grande percentagem (40%) acredita que sua divulgação aumentaria e motivaria o uso da camisinha. Este último grupo considerou essa possibilidade baseada no fato de que as mulheres poderiam se despreocupar com a sua falha e com a gravidez.

A análise do estudo, remete a possibilidade potencial do uso da contracepção de emergência como suporte de uso do preservativo em ações de prevenção às IST/aids, já que 40% foi considerado um índice elevado que positiva este uso.

Em caso de uso e falha de preservativo, a contracepção de emergência teria adesão de 85% das entrevistadas. Entre os motivos de recusa de uso da contracepção de emergência está a alegação que ela não faz prevenção às IST/ aids. Assim, fica exposta a possibilidade de divulgação deste método como suporte de uso de camisinha, para procurar aumentar a adesão aos métodos que fazem barreira às IST e aids, sendo no entanto imprescindível o cuidado para que a sua adoção não seja realizada de forma a dispensar o uso destes e de outros contraceptivos.

Ao mesmo tempo, há referência de comportamentos próprios de prevenção anterior ou de restrição de uso por tipos de público ou por receio de efeitos colaterais (já referido) reforça que existe um medo e/ou cuidado no uso da contracepção de emergência e, também, uma preocupação de que a prevenção ocorra num momento anterior, ou seja, antes ou na hora da relação sexual.

O estudo indica a necessidade e interesse das mulheres em materiais informativos sobre a contracepção de emergência, inclusive escritos, confirmando outros estudos realizados que apontaram que a utilização desse método se deu após o recebimento de folhetos informativos e cartazes em clínicas (Harvey et al. 1999). Portanto, a divulgação deve ocorrer com a utilização de materiais escritos e visuais, como folhetos e cartazes desenvolvidos com linguagem popular e terminologia simples, especialmente para pessoas com baixo nível de escolaridade.

Também é indispensável, que o trabalho preventivo da contracepção de emergência com mulheres em relação a seu uso, inclua a prevenção às IST/aids e se realize na forma corpo-a-corpo, com a utilização de reuniões, palestras, grupos, etc. Esta opinião, dada por muitas das mulheres entrevistadas, mostra que esta maneira de informar e educar é a forma que promove mudanças práticas de comportamento, principalmente em relação à prevenção das IST e aids.

#### III - Introduzindo a Contracepção de Emergência

#### Conclusões do Estudo

Considerando o contexto brasileiro em relação ao uso de contracepção e à aids, juntamente aos dados obtidos na pesquisa, avaliou-se que a contracepção é um instrumento importante para a saúde preventiva feminina. Tanto a gravidez não-planejada, como de práticas de aborto medicalizado e invasivo poderiam ser reduzidos.

A divulgação da contracepção de emergência também foi considerada como um possível incentivo para o uso da camisinha, visto que o medo da eficácia contraceptiva deste é um dos principais impedimentos para não-adoção deste entre as mulheres.

O fato de que algumas mulheres no estudo indicaram recusa de indicação da contracepção de emergência para amigas, ao uso próprio, ou à disponibilização para alguns públicos, pode ser visto como um aspecto positivo. Ele aponta a expectativa das mulheres de comportamentos de prevenção anteriores à relação sexual. Também a menção por algumas mulheres da sua não eficácia na prevenção das DST/aids, ressalta que o método está sendo visto para uso em segundo plano, conforme constatação de estudos já realizados, onde sua disponibilização não provocou queda no uso de outros contraceptivos (HARVEY et al, 1999).

#### Elaborando um Material Informativo para Mulheres de Baixa Renda

O estudo realizou, numa fase secundária, a elaboração de um material educativo sobre contracepção de emergência dirigido a mulheres de baixa renda — população esta que vem sendo pesquisada e com a qual há maior preocupação com os temas pelo aumento de casos de AIDS e o número de gravidezes não planejadas e, consequentemente, abortos.

Por isso a idéia inicial, partiu de uma proposição de elaboração de um material explicativo de fácil leitura, que vinha sendo imaginado a partir de estudos anteriores realizados no local.

Este material inicialmente idealizado teve características básicas que orientaram o trabalho de produção: (1) Ter facilidade de leitura (na escolha dos tipos de letras, vocabulário, etc.); (2) Explicar sobre a contracepção de emergência sem dissociar a necessidade de uso de métodos de barreira para a prevenção das IST/aids; (3) Ser de fácil acesso, manuseio e interesse para este público a quem se dirigiria; (4) Dar informações importantes sobre alternativas de utilização da contracepção de emergência, cuidados, recursos, etc., visto que em nosso país a sua disponibilidade na rede pública não é ampla e os preços de revenda em farmácias são ainda bastante custosos; (5) Pensar um material que pudesse ser amplamente utilizado por prefeituras, programas de saúde, de educação e de IST/aids, para quem os fotolitos seriam disponibilizados como domínio público; (6) Fossem possíveis de ser distribuídos para grupos de atuação na área da mulher e aids em todo o país, conforme a disponibilidade de reprodução.

O primeiro modelo elaborado foi uma base para uma produção mais sofisticada. Ele era feito em xerox em papel colorido, dando a utilidade da contracepção de emergência e sua forma de uso, com as doses prontas vendidas em farmácia, mas também as elaboradas com pílulas anticoncepcionais comuns à base de levorgenestrel.

A partir da análise dos comentários obtidos no questionário individual, ficou notória a necessidade de ressaltar alguns aspectos e alterar outros, como a ênfase que não deveria ser um método substitutivo para uso cotidiano; que a orientação profissional deveria ser citada; que havia necessidade de destaque do tema camisinha para que não houvesse reflexo de queda no seu uso. Também foi feita a opção ilustração com mulheres negras e mulatas que representariam a maior parte das mulheres pesquisadas, de diferentes idades e

com uma personagem de perfil de trabalho doméstico residencial ou fora do lar, de forma a se identificar com a população estudada, que é majoritariamente deste tipo de serviço.

Essa segunda versão de folheto foi apresentada em três grupos de discussão em dezembro/99, quando observou-se que muitas mulheres ainda não entendiam o conteúdo da mensagem do folheto, não sabiam selecionar as mensagens principais e os desenhos não estavam facilitando a abordagem dos conteúdos. Foram anotadas sugestões sobre a forma como as mulheres esperavam que aquele conteúdo fosse passado: segundo elas, o ideal seria uma "revistinha" com duas personagens, uma contando para a outra sobre o assunto.

Foi então preparada uma terceira versão (semi-final) apresentada para um grupo de discussão no dia 3 de fevereiro, com recepção bastante satisfatória e total entendimento. Por esse motivo foi submetida a sugestões de colegas profissionais da área e retocada para finalização. A versão final usa letra de forma, facilitando a leitura para quem tem pouca escolaridade, desenhos mais simplificados com caricaturas que procuram trazer o tema para o cotidiano; foi decidida que todas as mensagens e desenhos deveriam positivar o uso da camisinha, de forma a não criar mal-entendidos com a população analfabeta e que a contracepção de emergência seria apresentada como alternativa secundária, como suporte, principalmente para o uso da camisinha masculina.

Como comentários mostrando o salto de compreensão das versões anteriores, foram registrados: "está bem explicado, dá para entender" / "Furou tem que tomar 2" / "É bom para saber sobre a gravidez não desejada e para as adolescentes" / "Tem gente que falta informação de usar camisinha" / "Em todas as relações tem que usar a camisinha" / "Incentiva a Camisinha" / "É um Socorro" / "Dá pra usar se esquece de tomar anticoncepcional, se não usa nada, se fura...".

Por fim, a versão final fez um "enxugamento" de palavras inúteis, optando por uma linguagem direta e de fácil acesso, procurando sugerir a necessidade de informações sobre o método, não apenas sobre a sua apresentação visual colorida e na forma de livreto, mas contendo todas as observações mencionadas no grupo focal.

## Material Informativo Produzido







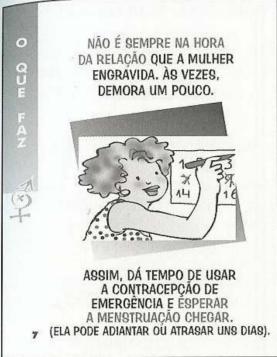


















TOME SEMPRE A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA COM ALIMENTOS.



DEPOIS DE TOMAR, CONTINUAR SE PROTEGENDO CONTRA A GRAVIDEZ!!

12

ALTERNAT

CUIDADOS

ALTERNATIVA

13

SE NÃO ACHAR OU NÃO PUDER COMPRAR A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA...,



...PODE FAZER COM DOSES ESPECIAIS DE ALGUMAS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS COMUNS. VEJA COMO TOMAR ESSAS DOSES ESPECIAIS\*:

Tomar 2 comprimidos juntos e depois de 12 horas, tomar mais 2.

PÍLULAS DE MÉDIA DOSAGEM:

- NEOVLAR
- EVANOR - NORMAMOR

ou...

Tomar 4 comprimidos juntos e depois de 12 horas, fomar mais 4.

PÍLULAS DE BAIXA DOSAGEM:

- MICROVLAR
- NORDETTE
- LEVORDIOL
- CICLO 21

tisto não é uma receita médica.

14

#### Recomendações para a Introdução da Contracepção de Emergência como Mais uma Opção Contraceptiva

Segundo a análise dos fatores observados no estudo, propõe-se várias recomendações com relação à divulgação de informação sobre a contracepção de emergência e sua distribuição.

#### 1. Divulgação de Informação

Existe a necessidade de que as mulheres conheçam e tenham acesso à contracepção de emergência para evitar casos de gravidez não desejada. O ideal é que seja disponibilizado um produto de dose pronta em lugares estratégicos — farmácias, ambulatórios, centros de saúde, etc., e tenha um preço acessível. Mas, devido à falta de comercialização da dose pronta em algumas regiões ou em caso de custo elevado da mesma, deve-se difundir a alternativa da utilização de pílulas anticoncepcionais orais comuns na formulação de dose de contracepção de emergência (método Yuzpe).

Estratégias de comunicação e divulgação deste novo método devem ser adotadas, já que estudos recentes indicaram que as mulheres souberam da contracepção de emergência através de folhetos informativos e cartazes visualizados em clínicas, embora a mesma região geográfica tenha sido alvo de uma campanha de mídia promovendo o método (HARVEY et al.,1999). Portanto, a contracepção de emergência deve ser divulgada com a utilização de materiais escritos e visuais, como folhetos e cartazes desenvolvidos com linguagem popular e terminologia simples, especialmente para pessoas com baixos níveis de escolaridade. Porém, é indispensável que o trabalho preventivo com mulheres se realize na forma corpoacorpo, com a utilização de reuniões, palestras, grupos, etc. Esta opinião foi dada por muitas mulheres entrevistadas, principalmente quando referiam mudanças de comportamento com a prevenção das IST e aids.

#### 2. Mensagens Chaves

- ♦ A contracepção de emergência deve ser divulgada e difundida levando em conta as ITS/HIV, associando a importância do uso contínuo da camisinha como preventivo de dupla proteção da gravidez e das ITS/HIV;
- ♦ A difusão da contracepção de emergência deve reforçar a idéia de ser um método para casos de emergência, porque há risco de uso continuo e/ou substitução de métodos contraceptivos regulares e camisinhas por algumas mulheres;
- ♦ Deve ser ressaltada que a contracepção de emergência é o único método contraceptivo pós-coito, explicando seu funcionamento para que fique claro que não é um método abortivo.
- ♦ Deve-se enfatizar que a eficácia da contracepção de emergência é maior quanto mais cedo for utilizada e que só funciona até 3 dias depois da relação.
- ♦ O método deve ser divulgado como "CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA" ou com uma terminologia própria conforme o local que for divulgada, pois o termo "pílula do dia seguinte" foi interpretado por muitas mulheres entrevistadas como medicamento abortivo ou que causa sangramento, como o Cytotec.

#### 3. Distribuição

Recomenda-se que a introdução da contracepção de emergência em serviços de saúde deve ser iniciada em programas de distribuição da camisinha, difundindo sua existência para problemas de uso ou falha desta. Recomenda-se também, que outros serviços de saúde da rede pública e privada, incluindo serviços de emergências médicas e de atendimento às vítimas de violência sexual, também integrem a CE nos seus serviços/programas (MINISTÉRIO DA SAÚDE e THE POPULATION COUNCIL, 1996). Além disso, é importante que toda vez que um serviço proporcione a contracepção de emergência, se oriente às usuárias e de preferência, distribua-se conjuntamente o preservativo. Com relação a seu uso, deve ser ressaltado continuamente que não provocará sangramentos nem menstruação logo. A menstruação virá no período

normal, alguns dias antes ou depois, sendo necessário o uso de algum outro método contraceptivo nas demais relações até que esta ocorra.

A difusão da contracepção de emergência tem que levar em conta a possibilidade de uma predisposição da mulher a não se preocupar com a prevenção das ITS/aids, visto que no estudo realizado, a grande preocupação feminina é com a gravidez e as mulheres não se vêem em risco de contaminação por infecções. Por isso, sempre que possível, deve-se informar e ressaltar a importância de se proteger das infecções de transmissão sexual e de IST/HIV, principalmente para mulheres com parceiro fixo.

Para finalizar, ressalta-se aos profissionais que atuam na área de saúde que a informação sobre a existência deste método é um direito das mulheres de exercer sua autonomia e direitos sexuais e reprodutivos. Considera-se que a divulgação da contracepção de emergência não deve ser vista como reforço à automedicação que já é amplamente praticada com pílulas anticoncepcionais nos países latino-americanos. Pelo contrário, a previsão é que a contracepção de emergência reduza a auto-medicação com relação ao uso de Cytotec e outros remédios que provocam abortos e a prática de abortos clandestinos, muito mais nefastos para a saúde física e psíquica feminina.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre a Demografia e Saúde, São Paulo, BEMFAM, 1996.
- BERQÚO, E. in Ministério de Saúde Assessoria de Comunicação Social, Divisão de Jornalismo, 1999.
- CONSÓRCIO PARA A ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA. *Pílula Anticoncepcional de Emergência:* pacote informativo para provedores de saúde e direitos de programas de saúde, Seattle, Washington, 1996.
- COSTA, SH. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics 63 Suppl1*:S131-9, (1998).
- FIGUEIREDO, Regina M.M.D. de, "Observações Antropológicas numa Pesquisa Quantitativa", in *Carderno nº 1 Saúde, Cultura e Sociedade*, Novembro de 1995 Faculdade de Saúde Pública USP.
- FIGUEIREDO, Regina. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres de Baixa Renda: Favela Monte Azul um estudo de caso, Tese de Mestrado em Antropologia Social, FFLCH, Universidade de São Paulo, 1999.
- FIGUEIREDO, Regina e PEÑA, Melanie. "Contracepção de Emergência e Preservativos: Conhecimento, Aceitação e Percepção para a Prevenção de Gravidez Não-Planejada, DST e HIV/AIDS." Relatório Final, março de 2000.
- FONSECA, W, Misago, C, Correia, LL, Parente, JA, & Oliveira, FC. (1996). Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública, 30 (1):*13-18.
- HATCHER, R.A., RINEHART W., BLACKBURN R. et al, *The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Second Printing, 1998.*
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e THE POPULATION COUNCIL, Relatório da I Oficina Brasileira sobre CE, 1996.
  - MINISTÉRIO DE SAÚDE. Website www.aids.gov.br 1996 e 1998.
  - MINISTÉRIO DE SAÚDE. Boletim Epidemiológico, Número 1, de 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1992, in *Preservativo Masculino: hoje mais necessário do que nunca!*, Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
  - OPAS, Health in the Americas, edição 1998.
- PIAGGIO, G. et al. (on behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation). *Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen*, THE LANCET, Vol 353: 721, February 27, 1999.
- PINTO, Elisabete. "Aborto e Relações Inter-Étnicas: uma breve abordagem", in *Jornal da RedeSaúde*, nº 16, setembro de 1998.
- PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo- subsídios para um estudo regional. Ano II, Número 4, de 1998.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Violência Contra a Mulher interesse de toda a sociedade*, Brasil, 1999.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Adolescentes - Saúde Sexual e Reprodutiva*, Brasil, 1999.

Statement on emergency contraception, IPPF Medical Bulletin, 26 (6):1-2, 1994.

TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION, Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception, THE LANCET, Vol 352:428-33, Aug 8, 1998.

TRUSSEL, J et al. "Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods.", in *Family Planning Perspectives*, 26 (2):66-72, 1994.

### Sobre as Autoras

## Regina M.MacDowell de Figueiredo

É socióloga, Mestre em Antropologia Social (sub-área de Antropologia da Saúde pela Universidade de São Paulo, com especilização em Saúde Sexual e Reprodutiva. Desenvolve consultorias, pesquisas e projetos de intervenção como pesquisadora do NEPAIDS, junto ao Ambulatório e comunidade da Favela Monte Azul e aos municípios de Diadema e Santo André.

E-mail: reginafigueiredo@uol.com.br

### Melanie Peña

Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Ciências de Saúde Comunitária da Universisdade da Califónia - Los Angeles.

É associada do Pacific Institute for Women's Health (Los Angeles-Califórnia) e atua no desenvolvimento, coordenação e treinamento em educação comunitária, saúde reprodutiva de mulheres, planejamento familiar, sexualidade e educação de adolescentes.

E-mail: melaniepena@yahoo.com

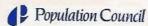


Pesquisa financiada pelo Fogarty International Center / National Institutes for Health - Grant TW 00059

## PARCERIA:

Departamento de Ciências de Saúde Comunitária Faculdade de Saúde Pública Universidade da Califórnia - Los Angeles,

## APOIO:





### MEIZLER S/A SUPRIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Tel: (+55,11) 7295-6613

Site: www.mcizler.com.br

Fax: (+55.11) 7295-6621
E-mail: marketing@meizler.com.br

SAC: 0800-166613