

**RELATÓRIO FINAL
DO PROJETO:**

**"Contracepção de Emergência
e Preservativos:
Conhecimento,
Aceitação e Percepção
para a Prevenção
de Gravidez Não-Planejada,
DST e HIV/AIDS"**

Melanie Peña

Universidade de Califórnia, Los Angeles

Regina Figueiredo

Núcleo de Estudos e Prevenção de AIDS

Março de 2000

Agradecimentos

As pesquisadoras agradecem as seguintes pessoas e entidades que contribuíram de alguma maneira na realização dessa pesquisa. O Fogarty International Center do National Institutes of Health por apoio financeiro; o 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; o Pacific Institute for Women's Health de Los Angeles por sugestões no desenvolvimento da pesquisa; os comentários e sugestões do Peer Review comitê do NEPAIDS da Universidade de São Paulo, incluindo Dra. Vera Paiva, Dra. Wilza Vilella, Dra. Cássia Buchala, Suzanna Kalckmann, Fernanda Lopes, Cristiana Gonçalves, Iara Guerreiro; o Robson Colosso por apoio institucional; os comentários e sugestões dos materiais educativos de Dra. Loren Galvão e Dr. Juan Díaz (Population Council do Brasil) e Dra. Simone Diniz; Cristina Antunes e Gizelton Alencar por apoio técnico na análise estatística dos dados; Cida Godoy no desenvolvimento gráfico dos materiais educativos; DKT do Brasil pela doação de camisinhas masculinas distribuídas às participantes; todo o equipe do Ambulatório Monte Azul por sua colaboração, apoio e paciência, incluindo Antônio, Márcia, Francisca, Diana, Aninha e Helena; todas as mulheres que participaram nas entrevistas e grupos de discussão que freqüentam o Ambulatório da Favela Monte Azul; e especialmente 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

Índice:

PARTE I - A Pesquisa

A - Proposta

- 1) Objetivos da Pesquisa

B - Informações Já Pesquisadas e Referências Teóricas

- 1) Doenças Sexualmente Transmissíveis e a Pauperização e Feminização da AIDS
- 2) Gravidez Não Planejada e Aborto
- 3) Contracepção de Emergência

C - Metodologia do Estudo

- 1) Local de Realização da Pesquisa
- 2) Participantes e Recrutamento
- 3) Metodologia e Instrumentais

PARTE II - Dados

A - Resultados obtidos

- 1) Descrição Sócio-Econômica
- 2) Situação de Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva
- 3) Conhecimento Preventivo
 - a) *DST/AIDS*
 - b) *Preservativos*
- 4) Percepções sobre Risco e Camisinha Masculina
 - a) *Percepção de Auto-Risco para Gravidez, DST e AIDS*
 - b) *Percepção sobre Camisinha Masculina*
- 5) Comportamento Sexual e de Risco para Gravidez e de DST/AIDS
 - a) *Parceiros e Relações Sexuais*
 - b) *Gravidezes e Abortos*
 - c) *Métodos Contraceptivos*
 - d) *Uso de Camisinhas*
 - e) *Uso de Drogas e Álcool*
- 6) Conhecimento, Percepção e Opiniões com Relação à Contracepção de Emergência
 - a) *Informações e Possibilidade de Uso de Contracepção de Emergência*
 - b) *Contracepção de Emergência e Camisinha Masculina: complemento ou substituição?*

B - Análise

PARTE III - Material Informativo sobre C.E.

A - Proposta e Metodologia

B - Um Material Gráfico Construído - Resultados Obtidos a partir da Análise de Mulheres

PARTE IV - Conclusões e Recomendações

A - Conclusões

B - Recomendações

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

A - Termo de Consentimento

B - Questionário

PARTE I - A Pesquisa

A - Proposta

1) Objetivos da Pesquisa

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, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS entre mulheres de baixa renda brasileiras.

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, Brasil, a pesquisa procurou identificar e avaliar:

- 1) O nível de conhecimento que essas mulheres têm sobre a contracepção de emergência (CE) e prevenção de DST/HIV/AIDS;
- 2) As opções e atitudes contraceptivas e de prevenção em DST/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 têm sobre as DST/AIDS e gravidez não planejada;
- 5) O risco atual frente a gravidez não planejada e DST/HIV/AIDS;
- 6) A aceitação da contracepção de emergência como alternativa contraceptiva secundária;
- 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 avaliar a noção de risco para a infecção por DST/HIV e gravidez não planejada e verificar os métodos contraceptivos primários utilizados e a frequência de uso do preservativo masculino.

O aperfeiçoamento de um folheto sobre contracepção de emergência de divulgação sobre a CE foi feito através de metodologia qualitativa com testagem de um material pré-produzido com grupos de mulheres reunidas em sala de espera para consultas de ginecologia e obstetria. A partir da análise destes grupos e dos questionários individuais foi finalizado um folheto com linguagem apropriada para o público feminino de baixa escolaridade. Este material será distribuído para a comunidade da Favela Monte Azul, ONGs que trabalham de mulheres e de prevenção de DST/AIDS e outras entidades interessadas.

B - Informações Já Pesquisadas e Referências Teóricas

1) Doenças Sexualmente Transmissíveis e a Pauperização e Feminização da AIDS

As taxas de DST e HIV/AIDS estão crescendo rapidamente entre as mulheres, em todo o mundo; em particular entre as heterossexuais, em idade reprodutiva e de baixa renda. O Brasil é um dos muitos países na região da América Latina que possui altas taxas de infecção por HIV. A transmissão sexual predomina (66% de todos os casos em que a forma de transmissão é conhecida) e tem sido notada uma alteração dos casos antes concentrados entre homens homossexuais e bissexuais para casos detectados em mulheres e homens heterossexuais (PAHO, 1998).

Atualmente no Brasil, se verifica uma pauperização e feminização dos casos de AIDS. Segundo os dados do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério de Saúde deste país, o crescimento de transmissão heterossexual foi abrupto, passando de 6% em 1990 para 28% dos 34.443 casos de AIDS registrados no país em 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Este fato culminou com o crescimento dos casos de contaminação feminina, fazendo com que no estado de São Paulo, onde se concentram cerca de 50% dos casos diagnosticados, a AIDS apareça como a primeira causa de morte feminina entre os 20-35 anos, desde 1994 (PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998).

A proporção de casos masculino-feminino da AIDS vem se equiparando, chegando a dados alarmantes de 2:1 na cidade de São Paulo (PROGRAMA DE DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1998). Entre as causas para o crescimento da AIDS na população feminina estão o maior controle preventivo nas formas de exposição homossexual e pelo sangue, devido à primeira visão de risco, e a postergação do início das campanhas e ações preventivas dirigidas ao público heterossexual, inclusivo às mulheres.

As doenças sexualmente transmissíveis apresentam sérios danos à saúde, como o aumento do risco de câncer uterino, esterilidade feminina e infecção de HIV. Dados de casos de DST no país mostram que a mais comum é a tricomoníase (6.139.000 casos), seguido pela clamídia (3.481.000 casos) e pela sífilis (439.000 casos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). A gonorréia e a clamídia são particularmente problemáticas porque freqüentemente não produzem sintomas visíveis nas mulheres.

Alguns fatores que levam ao baixo uso ou ao não uso dos preservativos masculinos para a prevenção das DST/AIDS são, normalmente, a falta de cooperação de parceiros na sua utilização e a recusa de uso em condutas consideradas de risco de DST/HIV/AIDS. Além disso, na cultura brasileira, as mulheres tendem a ser mais preocupadas com a prevenção da gravidez do que com a infecção por DST ou HIV/AIDS. O preservativo masculino é considerado pelas mulheres, em geral, um método de baixa eficácia para prevenção da gravidez devido à possibilidade de rasgar, deslizar, etc. Muitas não confiam na eficácia do preservativo, outras são incapazes de negociar o uso do preservativo com seus parceiros e outras têm atitudes e percepções que inibem o uso deste. Conseqüentemente, o preservativo não é utilizado como método primário de contracepção.

O preservativo feminino tem sido introduzido no mercado brasileiro recentemente, mas o sucesso tem sido limitado até agora, com poucas avaliações de utilização em pequenos projetos de uso subsidiado. Devido a esses fatores, as mulheres continuam com pouco incentivo e motivação para utilizar os preservativos para a contracepção e/ou para a prevenção de DST/HIV.

2) Gravidez Não Planejada e Aborto

O fato que a maioria das usuárias de algum tipo de contraceptivo não escolherem preservativos, pode ser um das razões primárias para o crescimento das taxas de HIV e DST entre mulheres. Dados indicam que entre os métodos contraceptivos primários¹ mais utilizados no Brasil, a esterilização de mulheres e os contraceptivos orais formam a maioria das escolhas das mulheres, com 40% e 21%, respectivamente (PAHO, 1998). O alto índice de esterilização cirúrgica das mulheres ocorre, principalmente, porque as campanhas públicas não divulgam todas as alternativas e o setor público não dá acesso a outros métodos contraceptivos, com exceção da pílula anticoncepcional (BARBOSA, 1997). Vários investigadores como Barbosa (1995), citam as conseqüências do baixo comportamento preventivo dos métodos de alta eficácia contraceptiva, que acostumam deixar as mulheres menos atentas ao cuidado de seu sistema reprodutivo e com visitas menos freqüentes aos serviços de ginecologia, o que, com certeza, expõem as mulheres a um maior risco à infecção para DST/HIV (GALVÃO, 1997).

Embora uma alta proporção (76%) de mulheres em relações estáveis usem algum tipo de contracepção (CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY, p. 57, 1997), existe um número significativo de gravidez não-planejada comprovado pelas taxas de morbidade e mortalidade de mulheres relacionadas com as complicações de abortos não seguros e induzidos, fenômeno que se encontra mais presente em países onde o aborto é ilegal.

No Brasil, existe uma alta taxa de mortalidade materna associada com a gravidez, onde os abortos representam 12% do total (PAHO, 1998). Outros estudos revelam a utilização de medicamentos que resultam em abortos, mostrando que as mulheres que desejam terminar uma gravidez estão dispostas a arriscar sua saúde para fazê-lo, também servindo como indicadores da prevalência de gravidez não planejada.

Recentemente tem ocorrido uma mudança notável entre os métodos utilizados para provocar aborto no país, do uso de introdução de corpos estranhos no útero passou-se à ingestão de medicamentos hemorrágicos (IMPIERI DE SOUZA, et al, 1999) e a manutenção de uso de outros remédios caseiros. Por exemplo, perto de 17% das mulheres entrevistadas numa pesquisa realizado por Osis, et al. (1996), tomaram chás ou medicamentos pelo menos uma vez para fazer a menstruação descer. Vale incluir, que no mesmo estudo menos de 5% das entrevistadas declarou ter feito um aborto, mas uma percentagem quatro vezes maior admitiu ter ingerido alguma substância com a finalidade de menstruar, mostrando que o uso de chás ou remédios para induzir a menstruação não foi reconhecido pelas mulheres como equivalente a fazer um aborto (FIGUEIREDO, 1995).

Vários outros estudos informam o uso significativo do misoprostol como abortivo no país, vendido comercialmente como *Cytotec* nas farmácias e também encontrado no mercado negro. Costa (1998) verificou que, em 1990, perto de 70% das mulheres hospitalizadas com diagnoses relacionadas com o aborto reportaram o uso desta droga. Em outro estudo, foi levantado que 66% das mulheres que disseram ter interrompido uma gravidez utilizaram misoprostol para indução ao aborto, com as dosagens auto-administradas variando entre 2 e 20 comprimidos (mediana 4) (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.

¹ Utilizados como preventivos à gravidez antes da relação sexual.

Casos de abortos induzidos têm sido ligados com certas características das mulheres. Estudos realizados nas cidades de São Paulo e Recife mostram que a maioria de mulheres que abortam são jovens, solteiras e têm um nível baixo de alfabetização (SOUZA, 1998 e DE SOUZA E SILVA, 1999). Fonseca et al. (1996), verificou que, entre 2.084 mulheres hospitalizadas devido ao aborto induzido, 82% tinham 29 anos de idade ou menos. Nesse mesmo grupo, mais da metade (61,1%) não usava nenhum método contraceptivo e 22,2% teve pelo menos um aborto provocado anteriormente. Além disso, mulheres chefes de família e que moram em comunidades marginalizadas ou de baixa renda são particularmente vulneráveis à gravidez não-desejada e à infecção por DST/HIV; isso ocorre devido a vários problemas práticos que afetam a capacidade dessas mulheres em negociar o uso dos preservativos com seus parceiros, ter acesso a eles, ou mesmo, obter contracepção a preço acessíveis e com variada gama de opções.

3) Contracepção de Emergência

Muitos estudos mostram que a Contracepção de Emergência tem a potencialidade de reduzir o número de gravidezes não desejadas e abortos (CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION, 1996). O método tem sido endossado oficialmente por várias organizações de saúde respeitadas como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional de Planejamento Familiar. A contracepção de emergência é um método de baixo custo e alta eficácia para reduzir a incidência de gravidez não planejada (TRUSSEL ET. AL, 1997), enquanto reduz os gastos e riscos emocionais e físicos em mulheres que fizeram sexo sem proteção (CHIOU ET.AL, 1998).

A contracepção de emergência é uma opção importante, particularmente, nos países onde há ilegalidade do aborto e onde os contraceptivos orais são vendidos nas farmácias sem receita médica. Com a aprovação recente do método pelo Ministério da Saúde brasileiro, nas normas de planejamento familiar, é um momento oportuno de divulgá-lo entre as mulheres; sendo necessário o desenvolvimento de materiais informativos e educativos para grupos de baixa escolaridade, campanhas de informação que sejam de fácil implementação e utilizem poucos recursos e, ao mesmo tempo, não se contraponham às ações de prevenção às DST/AIDS.

Até agora não existe estudos que verificam aceitação do método após o uso no Brasil, mas estudos como o de Harvey et al. (1999), realizados na Califórnia, dão apoio ao seu uso, divulgando que 77% das mulheres que usaram a contracepção de emergência ficaram muito satisfeitas com a experiência. Além disso, 97% recomendaria o método a amigas ou família e 93% usaria no futuro se for preciso.

C - Metodologia do Estudo

1) Local de Realização da Pesquisa

O trabalho em saúde realizado na Favela Monte Azul foi iniciado em 1975, com a construção do Ambulatório no interior da favela, inicialmente em madeira, contando com apenas uma auxiliar de enfermagem e um médico voluntário. A concepção inicial de saúde adotada pelos percursos deste trabalho não se restringiu apenas em curar os doentes, mas procurou dar ênfase a uma parte preventiva para a melhoria das 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 começo, o Ambulatório atendia principalmente os moradores da favela, embora por muitos anos seu serviço de parto natural do Ambulatório, encerrado em início de 1999 teve também procura de mulheres de outras regiões da cidade. Já há alguns anos o Ambulatório Monte Azul é uma construção de alvenaria e 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, segundo a pesquisa aqui apresentada, representem 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 físicas e ONGs internacionais e os utiliza no gerenciamento dos equipamentos sociais locais, incluindo o Centro Comunitário Monte Azul.

Este ambulatório foi escolhido como local para a realização da pesquisa porque já é alvo de estudos em saúde sexual e reprodutiva desde 1994 por uma das coordenadoras da proposta desenvolvida (FIGUEIREDO, 1999). No estudo anterior citado, foi apontada a alta vulnerabilidade da população feminina atendida por este ambulatório. Dados de 1995 mostram 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).

2) Participantes da Pesquisa e Recrutamento

A população pesquisada na primeira fase — de entrevistas individuais — foi de todas as usuárias do serviço de ginecologia e obstetrícia do Ambulatório Monte Azul com idade acima de 18 anos e menor de 45 anos, que já mantiveram relações sexuais e que se consultaram no período de 10 de novembro a 10 de dezembro de 1999. Este total foi de 120 mulheres excluindo-se 38 mulheres fora da faixa etária e/ou não iniciadas sexualmente, 3 por recusa de realizar a entrevista e 2 por perda (saíram ou entraram em consultas sem passar no fluxo da entrevista). As entrevistas representam aproximadamente 1/12 dos atendimentos em ginecologia e obstetrícia realizados no Ambulatório no ano de 2000.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: (1) ter feito sexo e (2) ter idade entre 18-45 anos (fase reprodutiva média), além de (3) ter aceitado espontaneamente ser participante do estudo. As entrevistadas em situação individual e de grupo foram recrutadas 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.

As mulheres convidadas para ambas as atividades foram avisadas sobre os critérios de inclusão para sua participação, e nos casos de excitação, receberam um termo de consentimento escrito que formalizava a sua livre participação. No momento de resposta às entrevistas individuais foram levadas a um local reservado, onde passaram a responder o questionário aplicado pela pesquisadora, recebendo ao final, amostras de preservativos e folhetos informativos sobre prevenção ginecológica, DST/AIDS e de contracepção de emergência.

Para a segunda etapa, de confecção e melhoria de material informativo sobre contracepção de emergência para mulheres de baixa renda, foram realizados 4 grupos com o público deste mesmo serviço. Esses encontros ocorreram nos dias 15, 16 e 17 de dezembro para versão dois (folheto melhorado a partir das percepções das entrevistas individuais realizadas na primeira etapa sobre material inicial idealizado) e dia 3 de fevereiro de 2000 para versão três. As participantes dos grupos, mantidas em conjunto para a discussão, receberam além dos materiais dados às entrevistadas individuais, cópias dos próprios folhetos que estavam testando.

3) Metodologia e Instrumentais

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

As entrevistas individuais foram codificadas e digitadas para análises estatística com o programa SPSS 7.5, de forma a viabilizar um "retrato" da situação, comportamento e percepção dessas mulheres na prevenção de gravidez indesejada e DST/AIDS. Nos cruzamentos mais complexos, devido à pequena quantidade de entrevistas feitas, não foi possível obter dados significativos de correlações entre as variáveis, que permanecem descritas apenas com algumas inferências observadas.

A segunda etapa da pesquisa realizou 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 da AIDS.

O material submetido a três grupos foi uma versão (versão 2) acrescentando certas percepções e comentários observados nos questionários realizados na primeira etapa. A partir desse primeiro teste, foi realizada mais uma versão (versão 3) para ser posta em discussão com um quarto encontro com outras mulheres. Esse grupo utilizou a mesma forma de análise qualitativa do discurso da versão anterior (versão 2), servindo para a finalização da versão semi-final, mais elaborada, que recebeu também sugestões de profissionais da área, antes de ir para impressão. Além do folheto foi desenvolvido um cartaz que faz um conjunto com o folheto, para ser afixado nos locais onde os folhetos serão distribuídos, também 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.

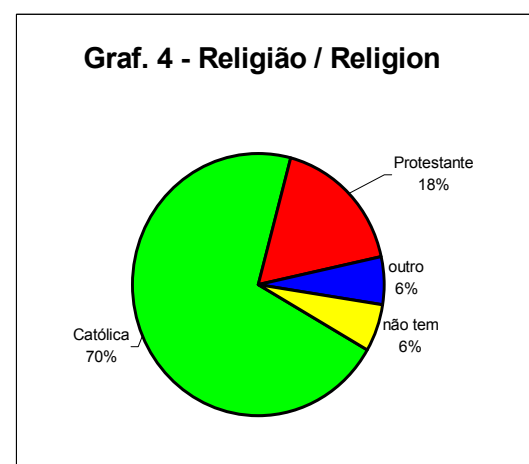
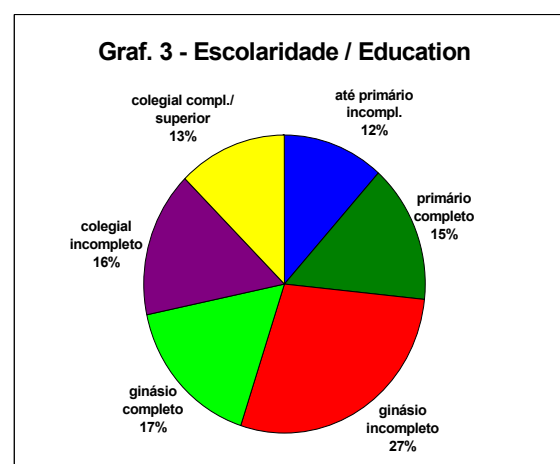
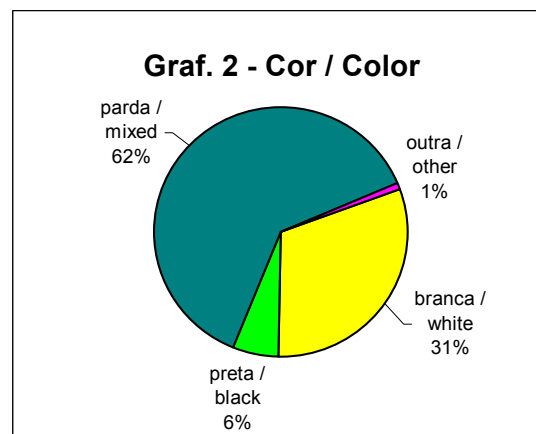
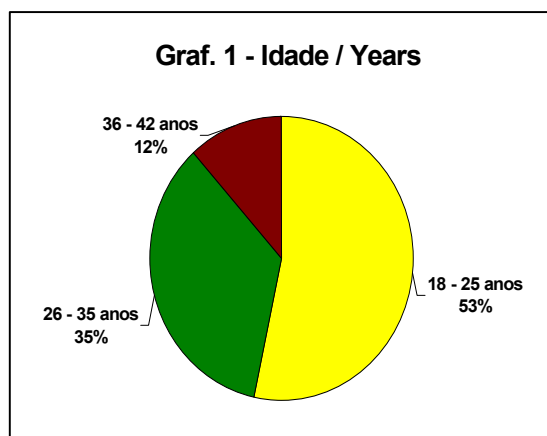
PARTE II - Dados

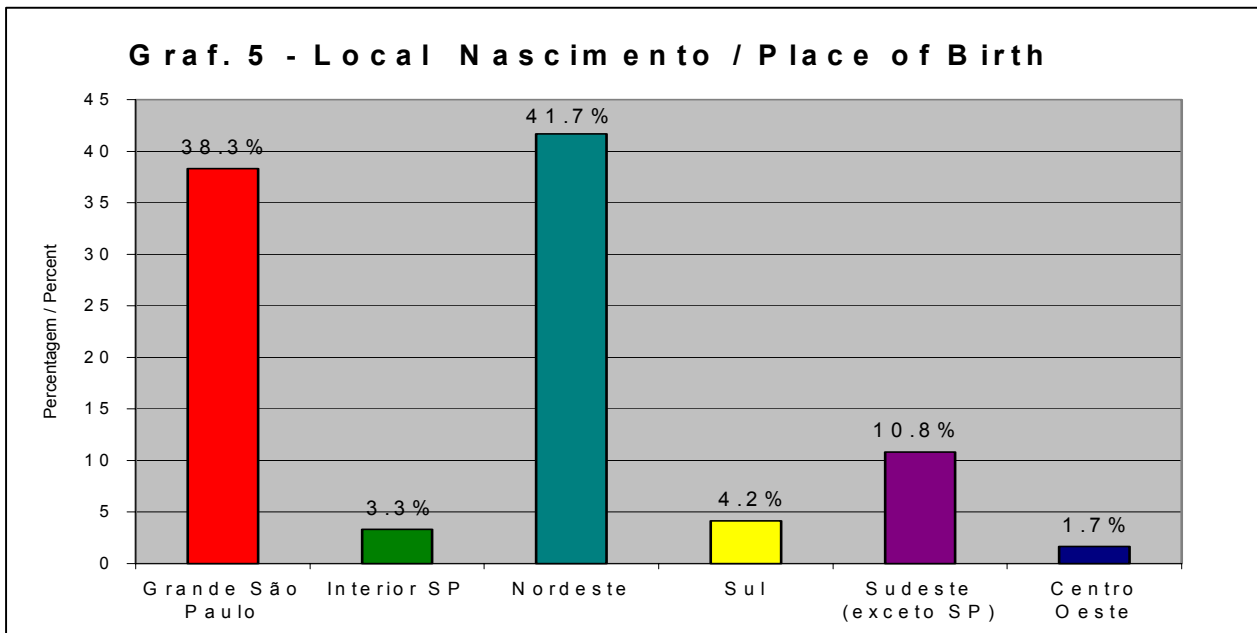
A - Resultados obtidos

1) Descrição Sócio-Econômica

A população pesquisada foi de 120 usuárias dos serviços de ginecologia e obstetria do Ambulatório Monte Azul, entre 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)

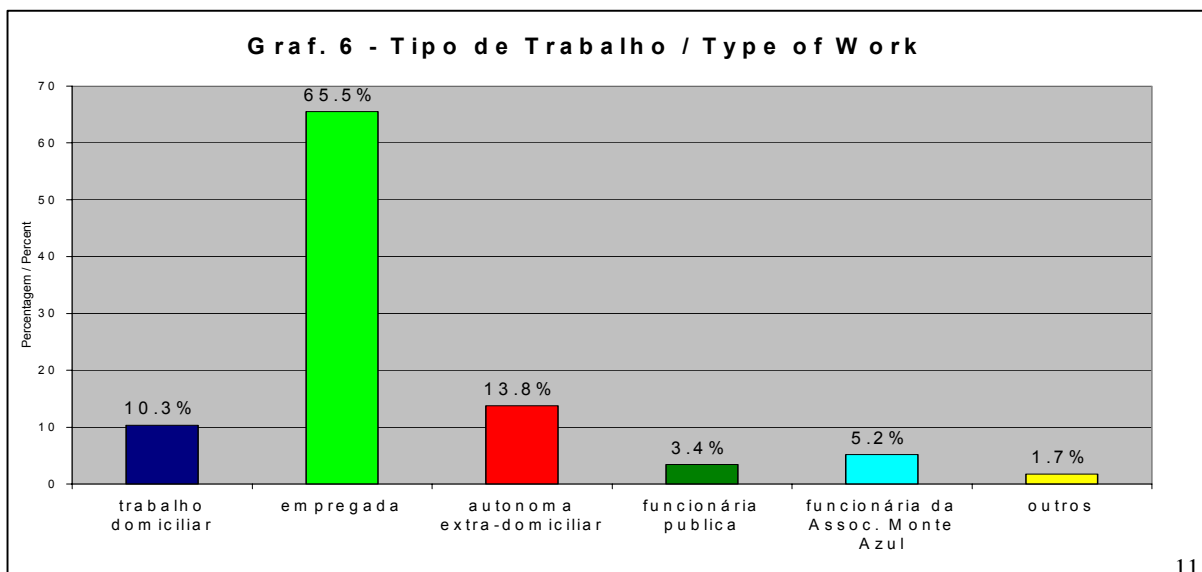
Quanto ao perfil das mulheres pesquisadas, foi verificado que a maioria é jovem, com 53,3% situada entre 18 e 25 anos, 35,5% entre 26 e 35 anos e apenas 11,5% entre os 36 e 42 anos. Predomina como cor auto-referida morenas e pardas (62,5%), com escolaridade até o ginásio incompleto (54,6%) e de religião católica (70,8%), conforme dados dos gráficos abaixo:

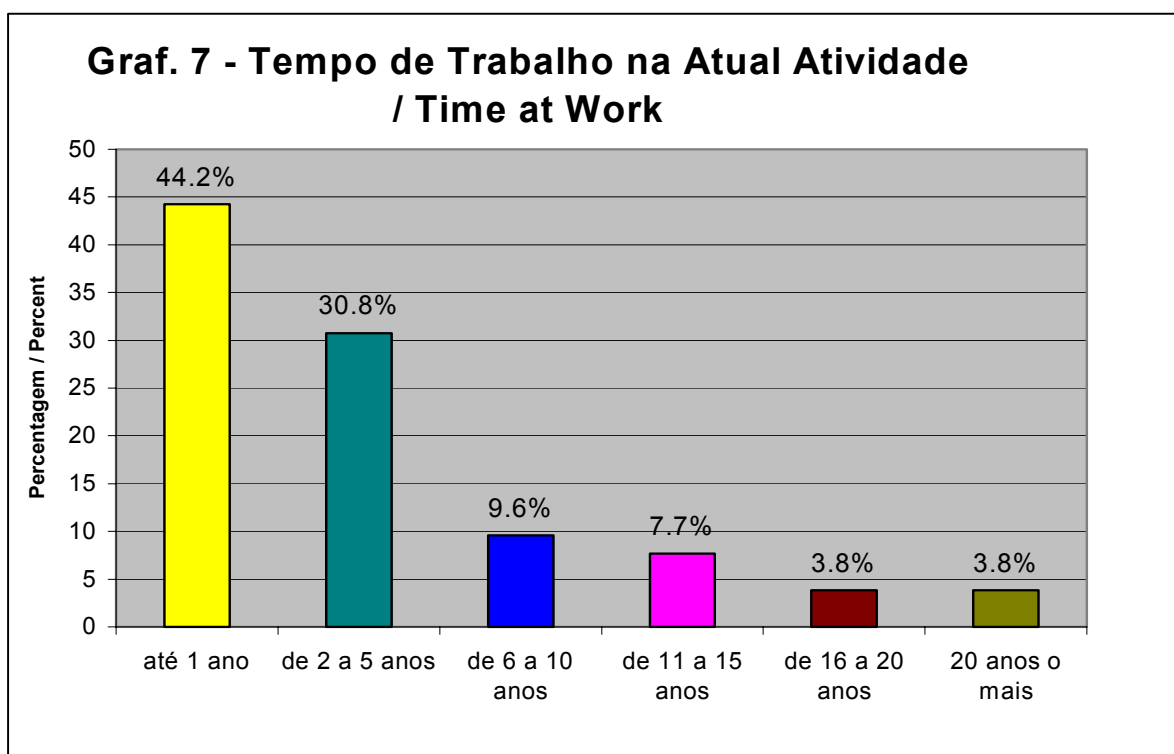




Apesar deste serviço se localizar no interior da Favela Monte Azul, suas usuárias residem atualmente, quase na totalidade, fora desta localidade (83,3%), sendo que as demais, apenas 19 mulheres, vivem no local em média há quase dois anos (1,83). Apenas 6 delas afirmaram residir desde o nascimento, já que são predominantemente oriundas de outros locais da Grande São Paulo (38,3%) ou de regiões do Nordeste (41,7%).

Quanto às características econômicas, o levantamento constatou que quase a metade delas 49,6%, exerce alguma atividade remunerada, sendo a principal atividade são 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:





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 seguinte sustento de gastos da casa e número de pessoas residentes:

Tabela 1 - Sustento dos Gastos da Casa X Número de Pessoas Residentes com a Entrevistada

Sustento dos Gastos da Casa												
Número de Pessoas Residentes com a Entrevistada	todos		mais da metade		a metade		menos da metade		quase nada		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
0	1	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7
1	2	11,8	-	-	2	13,3	2	11,1	2	28,6	8	13,8
2	5	29,4	-	-	3	20,0	4	22,2	1	14,3	13	22,4
3	3	17,6	-	-	5	33,3	3	16,7	1	14,3	12	20,7
4	6	35,3	-	-	2	13,3	4	22,2	1	14,3	13	22,4
5	-	-	-	-	1	6,7	2	11,1	-	-	3	5,2
6	-	-	1	100	2	13,3	1	5,6	1	14,3	5	8,6
8	-	-	-	-	-	-	2	11,1	1	14,3	3	5,2
Total	17	29,3	1	1,7	15	25,9	18	31,0	7	12,1	58	100

Entre as 58 mulheres com renda individual, 57 residem com outras pessoas e 16 destas (28%) estão atualmente responsável pela totalidade dos gastos da família.

Quanto 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:

Tabela 2 - Mulheres que Moram com Parceiro e Trabalham

Trabalha Atualmente					
sim		não		Total	
(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
37	44.6	46	55.4	83	100

Tabela 3 - Porção de Sustento dos Gastos da Casa por Mulheres que Moram com Parceiro

Sustento dos Gastos da Casa									
todos		a metade		menos da metade		quase nada		Total	
(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
9	24.3	11	29.7	11	29.7	6	16.2	37	100

2) Situação de Saúde Geral, Sexual e Reprodutiva

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.

A grande demanda para os serviços de ginecologia e obstetrícia do Ambulatório Monte Azul é de gestantes (47,5), conforme a tabela abaixo, que indica os motivos de procura de consulta no dia em que foi realizada a entrevista:

Tabela 4 - Razão de Busca do Ambulatório

Razão	(n)	(%)
Pré-natal	57	47.5
Revisão, retorno e entregar exames	32	26.7
Outros	16	13.3
Contracepção	7	5.8
Tratamento de infecções/DST	6	5.0
Mioma/cistos	2	1.7
Total	120	100

Cabe relevar que o segundo motivo de busca também é preventivo, para revisão e retornos e entregas de exames, que juntamente com o grupo que busca o serviço por pré-natal e o período da última visita ao ginecologista, mostra grande frequência de cuidados de saúde nesta área reprodutiva. Visitas anteriores ao ginecologista no período de até um ano foram referidas por 78,4%.

Como exames preventivos foram citados, na maioria dos casos, o pré-natal (31,1%) e o papanicolau (54,1% dos exames realizados). E os tratamentos realizados são, na maior parte das vezes, 66,7%, por razões de corrimentos e infecções, inclusive entre as gestantes:

Tabela 5 - Tipo de Exame e Tratamento na Última Consulta de Ginecologista

Tipo de Exame Feito	(n)	(%)
• Prevenção de câncer / papanicolau	40	54,1
• DST/AIDS especificamente	1	1,4
• Exames gerais de pré-natal	23	31,1
• Teste de gravidez	6	8,1
• Outros	4	5,4
Tipo de Tratamento Recomendado		
• Pré-natal (vitaminas, reforço alimentar, etc.)	4	16,7
• Tratamento de infecções / corrimento	16	66,7
• Outros	4	16,7

Das 24 mulheres com tratamento recomendado na última consulta ginecológica anterior a do dia da entrevista, apenas 3 não o realizaram. Em todos os três casos referidos, o motivo alegado foi a falta de dinheiro e/ou o alto preço dos remédios para compra.

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

Nos casos de DST 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 DST 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 DST, os parceiros envolvidos também receberam recomendações de tratamento; 8 (88.9%) deles fizeram o tratamento e apenas 1 (11,1%) se recusou.

A maioria das entrevistas realizou 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 realizado no último ano. Dessas, apenas uma mulher teve resultado positivo e 10,4% indicou não saber o resultado do exame.

É importante salientar nos dados da pesquisa, que essa mulher que afirmou ter tido resultado de exame positivo não declarou ter AIDS em outras respostas do questionário, inclusive sobre DSTs, nem fez nenhuma referência a essa doença em respostas sobre comportamento sexual ou percepção de risco.

A realização da testagem ocorreu principalmente em função de pedidos de exames de pré-natal realizados por profissionais e não por procura ou por iniciativa própria:



3) Conhecimento Preventivo

a) DST/AIDS

Ao questionar as mulheres, procurando identificar o conhecimento sobre DST, 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, e chato ou DST em geral ou alguma dessas doenças com nome regional não identificado cientificamente pelo equipe da pesquisa (por exemplo, cabeça de prego, bico de papagaio):

Tabela 6 - DST que Citaram

DST	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
Outras	19,2	80,8

Os sintomas de DST citados espontaneamente, conforme tabela abaixo, demonstram que a aids é sempre imaginariamente associada, 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 7 – Sintomas de DST que Citaram

Sintoma Citado	Referências (%)
Cocção	15
Falta de Apetite, Magreza, diarreia	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 levantadas, 36,7% das entrevistadas negaram ou disseram **num primeiro momento** não saber sobre outras possibilidades de transmissão de DST/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 DST, inclusive a AIDS:

Tabela 8 - Forma de Contágio Não Sexual Espontaneamente Referido

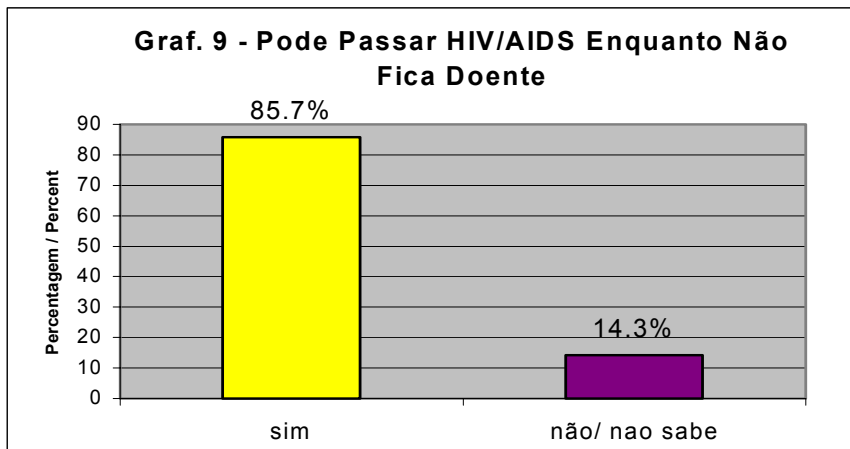
Forma de Contágio	Referências (%)
contato sanguíneo em uso de seringas/agulhas e objetos cortantes	78,4
uso de objetos íntimos incluindo banheiro	5,4
saliva e/ou beijo	4,1
ar (ficar perto)	1,4
outros (picada de insetos, sentar no mesmo lugar, etc.)	5,4

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:

Tabela 9 - Tipo de Sexo que Transmite DST

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

As informações obtidas sobre DST/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:



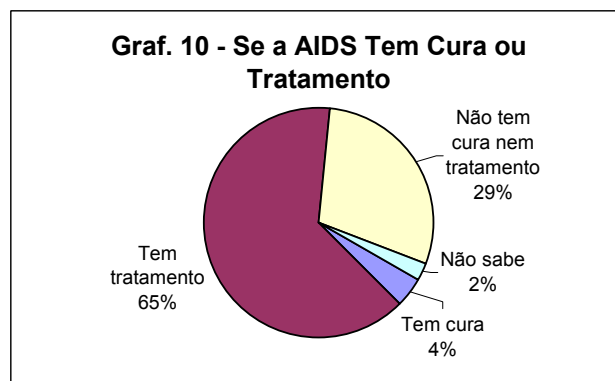
Os dados acima são verificados, independentemente da informação sobre o tempo de aparição dos sintomas da doença, que na opinião de 85,8% das entrevistadas **não** ocorre em seguida à contaminação. Do restante, 14,2%, 5% disse não saber o tempo para aparição dos sintomas e 9,2% acha que são próximos à contaminação, entre 1 e 6 meses depois.

Em questão específica a possibilidade de uma pessoa com boa aparência física e saúde ser portadora do HIV, ficou registrado a existência, ainda, de um pequeno grupo, de 8,4% sem informação correta sobre a possibilidade de incubação da doença.

Tabela 10 - Aparência X Contaminação por AIDS

	Sim	Não	Não sabe
Alguém que parece bem e saudável poder ter AIDS?	91,6%	7,6%	0,8%

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



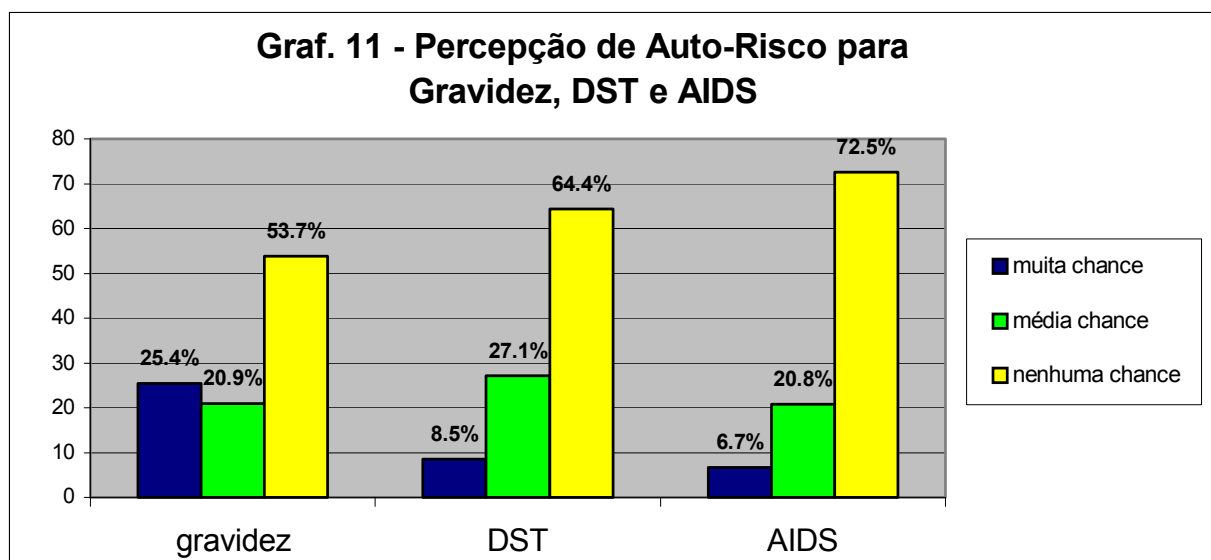
Entre tratamentos indicados, 44,1% citou coquetel ou remédios, 18,7% citou outros incluindo/principalmente procurar orientação médica, e uma grande parte (37,3%) afirmou não saber o tipo de tratamento existente.

É interessante notar que entre as entrevistadas, 35,7% conheceu ou conhece alguém com HIV ou AIDS. Entre as pessoas citadas estão: conhecidos (18,3%), amigos (10,8%), parentes (5,8%) e outras pessoas (menos que 1%).

4) Percepções sobre Risco e Camisinha Masculina

a) Percepção de Auto-Risco para Gravidez, DST e AIDS

Quase a 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 disse que tem média chance e 25,4% disse 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 contraceptivo 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.

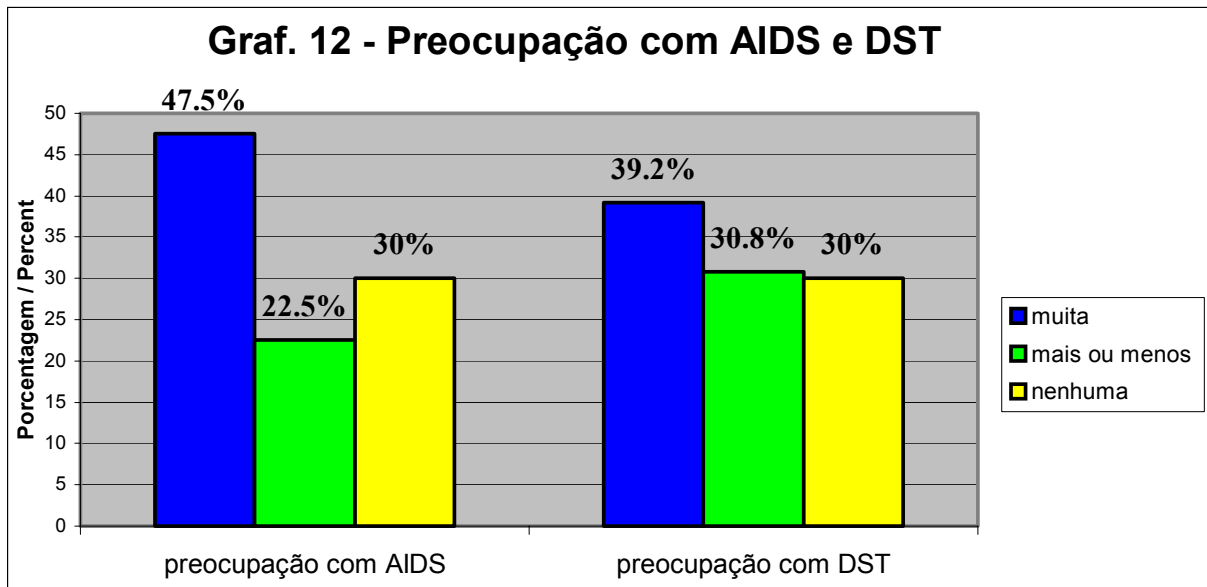
A maioria se vê com pouco ou nenhum risco com relação à contaminação por DST/AIDS as justificativas são a monogamia, acreditarem ter parceiro fiel e, consideram a hipótese de contaminação apenas se o parceiro mantivesse relações sexuais extra-conjugais. No entanto, mesmo considerando a hipótese de contaminação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

Tabela 11 - Justificativas da Percepção de Auto-Risco para Gravidez, DST e AIDS

Justificativas	Auto-Risco para Gravidez, DST e AIDS								
	Nenhuma Chance (%)			Média Chance (%)			Muita Chance (%)		
	gravidez	DST	AIDS	gravidez	DST	AIDS	gravidez	DST	AIDS
Não está tendo relações	12,9	8,9	6,7	-	-	-	-	-	-
Não está usando contracepção	-	-	-	7,1	-	-	11,8	-	-
Por fertilidade				21,4	-	-	70,6	-	-
Por transfusão/ agulhas usadas em serviços de saúde	-	-	2,7	-	-	4,2	-	-	14,3
Possa sair com alguém que tenha AIDS	-	-	-	-	-	4,2	-	-	28,6
Possa sair com alguém que não se cuide	-	-	-	-	3,4	-	-	28,6	-
Parceiro pode não ser fiel	-	-	-	-	17,2	25	-	14,3	-
Parceiro pode transmitir DST	-	-	-	-	13,8	-	-	14,3	-
Parceiro está com sintomas de DST	-	-	-	-	-	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

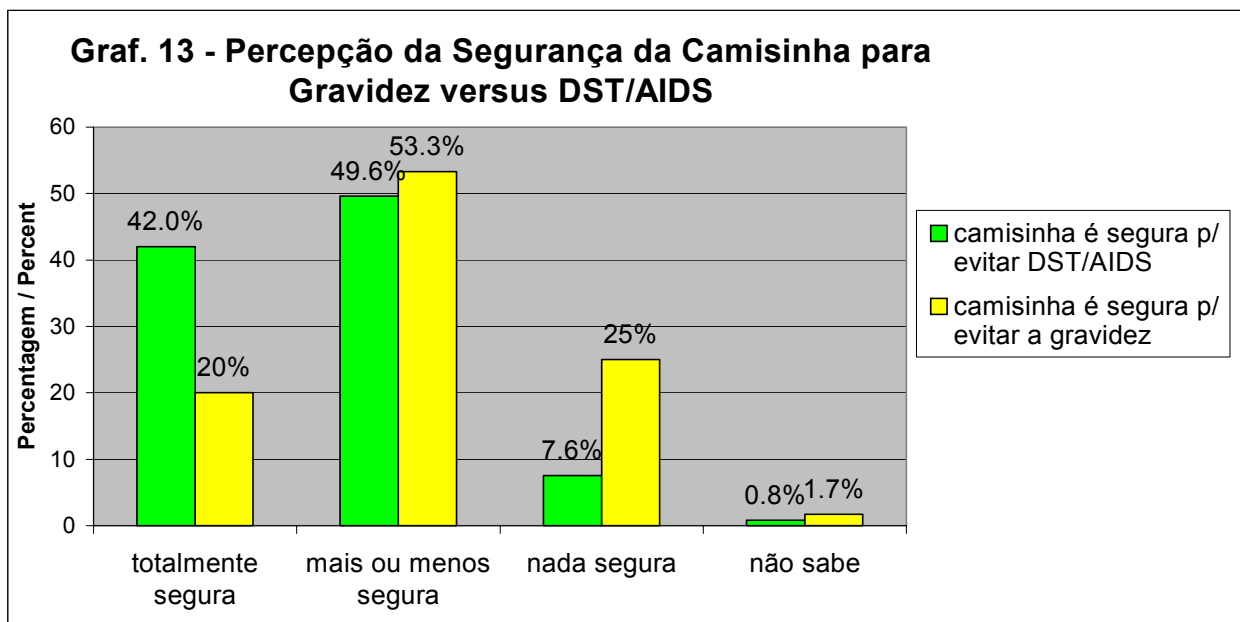
No item *outros*, as justificativas para média ou alta possibilidade de infecção por DST/AIDS foram: *procuro me cuidar, até hoje não peguei, pode acontecer de pegar numa farmácia, médico indicou, fazer marido fazer o exame, nunca tive problema, tem que ser cuidados, etc.* - respostas que não acentuavam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

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



b) 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 DST/HIV. A confiabilidade total neste método para a prevenção de DST/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 DST/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 DST/AIDS está nela 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 12 - Justificativa para Segurança da Camisinha

Motivos p/ Uso	Nenhuma Segurança		Média Segurança		Segurança Total	
	Gravidez	DST/AIDS	Gravidez	DST/AIDS	Gravidez	DST/AIDS
Não deixa esperma sair	-	-	3,2%	-	90%	-
Evita DST/ não permite contato com esperma	-	-	-	4,5%	-	80,5%
Motivos p/ Não Uso	-	-	-	-	-	-
Rasga/fura	86,7%	100%	91,9%	86,4%	-	12,2%
É difícil de pôr	-	-	1,6%	-	-	-
Não adiantaria p/ prevenir DST/AIDS	-	-	-	-	5%	-
Tem tipos de doenças que ela não evita	-	-	-	2,3%	-	-
Motivos Neutros	-	-	-	-	-	-
Nunca aconteceria/ sem prevenir	10%	-	3,2%	-	-	-
Outros	3,3%	-	-	6,8%	5%	7,3%

Todas as mulheres conhecem locais para adquirir camisinhas. O mais citado é a farmácia (por 82,5%), postos de saúde ou ambulatórios (70%) e 19,2% das mulheres citaram supermercados.

5) Comportamento Sexual e de Risco para Gravidez e de DST/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 DST/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) *Parceiros e Relações Sexuais*

A maior parte das mulheres entrevistadas têm parceiro fixo (86,7%). Nos últimos três meses, 85% citou 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 a maioria dormem com outras pessoas no quarto além do parceiro (47,7%).

Um grande parte das mulheres (87,4%) citaram que tem tido sexo vaginal nos últimos 3 meses e apenas 3,4% citou que teve sexo anal. Nove mulheres (7,6%) citaram que já foram forçadas a ter uma relação sexual.

b) Gravidezes e Abortos

A quantidade de mulheres que já teve uma ou mais gestações é de 87,5%, sendo que 68,3% delas têm filhos atualmente. A maioria (74,1%) tem 1 ou 2 filhos:

Tabela 13 - Número de filhos

Número de filhos	(n)	(%)
1	35	43,2
2	25	30,9
3	15	18,5
4	3	3,7
5	2	2,5
8	1	1,2
Total	81	100

Das entrevistadas que engravidaram, 65,4% já teve alguma gravidez não-planejada e 31,4% já teve abortos espontâneos ou provocados (27,5% do total das entrevistadas). Dessa quantidade de mulheres que tiveram interrupção de gravidez, a maioria (25 delas) alegaram ocorrência uma vez (75,8%), 5 mulheres alegaram ocorrência de dois abortos (15,2%), 2 mulheres tiveram três abortos (6,1%) e apenas uma pessoa fez 4 (3%).

c) Métodos Contraceptivos

A maioria das entrevistadas já usou algum método contraceptivo e apenas 3 mulheres nunca usaram nenhum método. Os métodos utilizados foram descritos segundo a experimentação, maior permanência de uso e uso nas ultimas relações. Das que usaram contraceptivos, 45,8% usou algum método durante os últimos 3 meses e 51,3% na última relação sexual. Quem não usou foi por razões de gravidez já em desenvolvimento, desejo de engravidar, não ter tido relações ou ter tido relações em momentos inesperados.

Tabela 14 - Uso de Métodos Contraceptivos

Método Contraceptivo:	Qual já usou	Qual usou por mais tempo	Qual usou nos últimos 3 meses	Qual usou na última relação
Diafragma	-	-	-	-
Camisinha masculina	75%	15,4%	27,3%	28,3%
Pílulas	77,5%	60,7%	29,1%	26,7%
DIU	15%	6%	12,7%	11,7%
Duchas vaginais	8,3%	-	-	-
Coito interrompido	63,3%	12%	10,9%	13,3%
Esterilização feminina	5%	1,7%	9,1%	10%
Esterilização masculina	3,3%	-	5,5%	5%
Crems espermicidas	5%	-	-	-
Camisinha feminina	5%	-	-	-
Tabela/ temperatura	13,3%	1,7%	-	-
Injeção	4,2%	2,6%	5,5%	5%

Os métodos mais utilizados durante a vida, inclusive nos últimos três meses, foi a pílula anticoncepcional e a camisinha masculina. É importante ressaltar que este ambulatório vem realizando um projeto de prevenção às DST/AIDS e HPV e incentivando o uso de preservativos, fazendo distribuição gratuita de camisinhas masculinas e tendo feito, por 8 meses em 1999, também a distribuição de camisinhas femininas. Assim, as altas percentagens de uso de camisinha feminina em algum momento da vida (5%) e de uso atual de camisinhas masculinas (75%), podem ser interpretada como um impacto deste programa preventivo desenvolvido no local.

d) Uso de Camisinhas

Das mulheres que já usaram camisinhas, a maioria (61,8%) não usou camisinha nenhuma vez durante os últimos três meses e poucas (10,1%) usaram camisinhas todas as vezes durante o mesmo período. A maioria das entrevistadas (74,4%) afirmou ter pedido ao parceiro, pelo menos uma vez , para usar camisinha e 37,8% chegou a fazer a colocação da camisinha no parceiro.

A experiência com rupturas, furos ou vazamentos no uso da camisinha masculina foi relatada por 22% da mulheres e 10% afirmaram que a camisinha chegou a ficar dentro de seus corpos depois da relação.

As respostas sobre o que fariam se houvesse uso da camisinha com rasgo ou furo foram quase automaticamente em referência a práticas preventivas contra a gravidez. Sendo que nenhuma citou a prevenção de DST ou AIDS:

Tabela 15 - Atitude se Camisinha Falhasse

Atitude	(%)
Esperaria para ver se estava grávida / faria teste	25
Teria o filho	14,2
Usaria Contracepção de Emergência	2,5
Abortaria	2,5
Não sabe	30
Outras respostas (colocaria outra camisinha, isso não aconteceria, ficaria desesperada, etc)	25

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

Tabela 16 – Técnicas de Aborto Citadas

Técnicas	(n)	(%)
Clínica e curetagem	1	10
Chás /ervas	2	20
Cytotec/remédios hemorrágicos	2	20
Lavagens	3	30
outros	2	20
Total	10	100

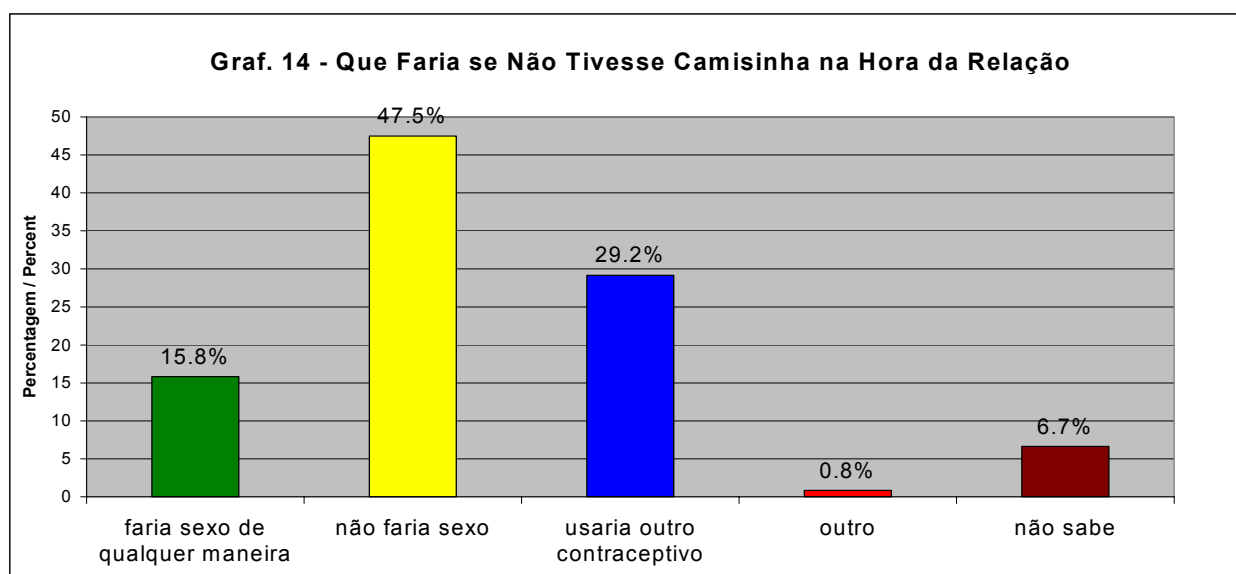
Em caso de gravidez sem planejamento, independente da falha da camisinha, as opções citadas também foram bastante amplas: 81,7% das mulheres afirmou que teria o filho, 13,3% abortaria e 5% não sabe o que faria. Das mulheres que abortariam, a metade (50%) falou que usaria Cytotec ou outros remédios, 8,3% 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 17 - Comparação de Atitude Caso a Camisinha Rasgasse ou se Engravidasse Involuntariamente

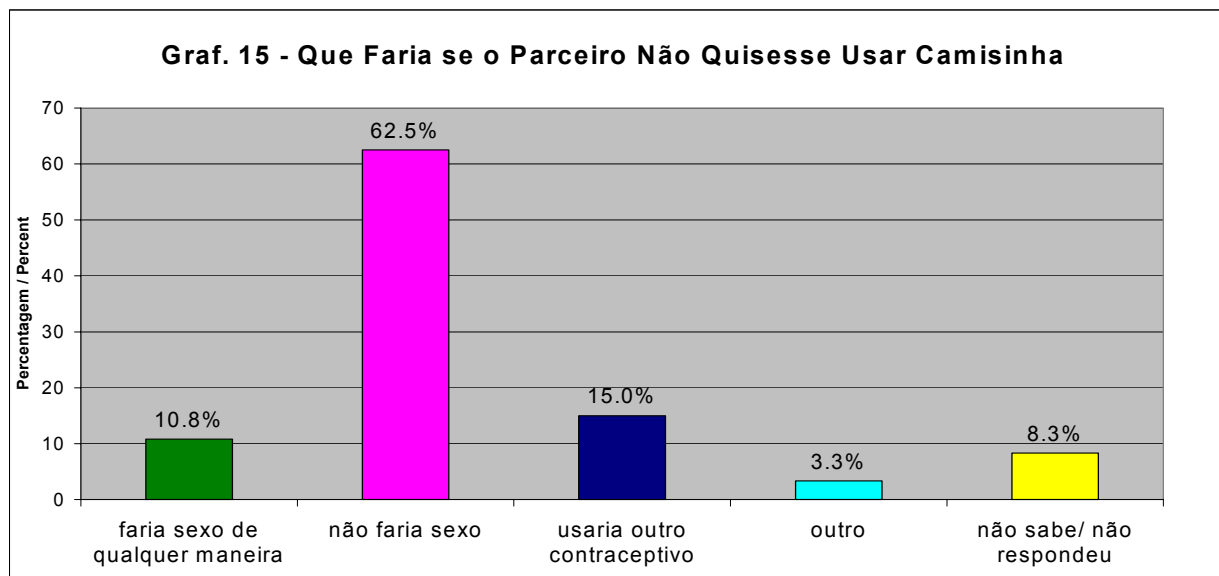
	Atitude					
	Esperaria p/ver se estava grávida ou faria exame de gravidez	Teria o filho	Abortaria	Usaria contracepção de emergência	Outros*	Não sabe
Que faria se a camisinha rasgasse ou furasse?	25%	14,2%	2,5%	2,5%	25,8%	30%
Que faria se ficasse grávida sem planejar hoje?	0	81,7%	13,3%	0	0	5%

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

A maioria das entrevistadas afirmou que não fariam 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 sugerida **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 faria sexo, 15% usaria outro contraceptivo (delas 50% usaria coito interrompido, 38,9% tomariam pílulas anticoncepcionais e 10,8 % faria sexo de qualquer maneira.



e) *Uso de Drogas e Álcool*

Entre as drogas psicotrópicas consumidas, a maioria das mulheres só experimentou álcool e poucas citaram uso de outras drogas. Apenas 4 mulheres experimentaram cocaína, e nenhuma delas injetou esta droga. Atualmente, 63,7% não usa nem álcool nem drogas, existe um pouco mais de um terço (36,3%) que faz uso de bebidas alcóolicas de forma **social**, em festas, e finais de semana, etc.

Tabela 18 - Utilização de Drogas e Álcool

Droga	Experimentação	Uso Atual
Bebida Alcóolica	84,2%	36,3%
Maconha	8,3%	0%
Cocaína	3,3%	0%
Crack	1,7%	0%
Inalantes e outras	< 1%	0%

Nesse sentido, como não foi mencionado o uso de drogas injetáveis, a vulnerabilidade individual causada pelo consumo de drogas em geral e inclusive o álcool serve como informação apenas para demonstrar a vulnerabilidade com relação às práticas sexuais de risco, ou seja, penetrativas sem o uso de preservativo.

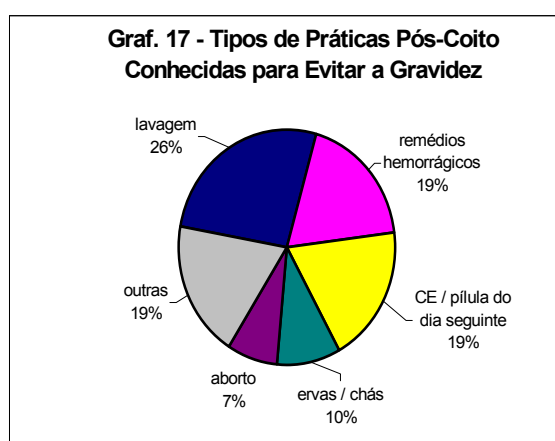
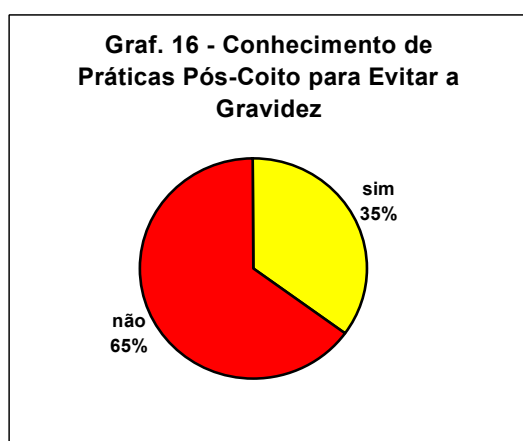
Conforme as entrevistadas que já fizeram experimentação e/ou uso de drogas ou álcool, 21,4% já fez sexo sob efeito dessas substâncias e, mais da metade, 51% citou que os parceiros são também usuários dessas substâncias. Do total, 37,5% declararam já ter feito sexo com parceiros sobre efeito de drogas e/ou álcool.

6) Conhecimento, Percepção e Opiniões com Relação à Contraceção de Emergência

a) Informações e Possibilidade de Uso de Contraceção de Emergência

A introdução do tema Contraceção 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 no Ambulatório da Favela Monte Azul, afirmou não conhecer nenhuma forma de evitar a gravidez pós-relação; 25,8% citou uma forma de fazê-lo; 7,5% citou duas formas; 1,7% citou três formas. Assim, quase 1/3 das mulheres têm conhecimento de técnicas preventivas da gravidez para serem usadas depois da relação sexual:



Cabe salientar que em muitas respostas, a pílula do dia seguinte citada é identificada pela entrevistada como um remédio que provoca a menstruação ou sangramentos, ou seja, é micro-abortiva.

Das mulheres que citaram tais técnicas, 59,5% conhecem pessoas que já as utilizaram e 21,6% já experimentou pessoalmente o seu uso:

Tabela 19 - Método Pós-Coito Utilizado

Método	Nº mulheres que usaram
Lavagem	2
Contraceção de emergência	2
Não especificou a forma	4

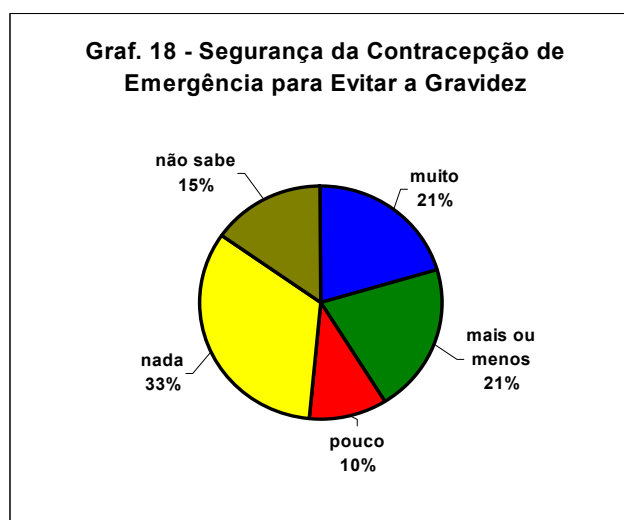
Das entrevistas, 33,3% já ouviram falar da contraceção de emergência: 25,6% ouviu apenas sua referência e designação, 30,8% teve informação que sobre sua utilidade contraceptiva, 33,3% sobre a forma de uso correta e 5,1% que seria um método abortivo.

Há desconhecimento sobre a forma como a contracepção de emergência age para evitar a gravidez:

Tabela 20 - Como a Contracepção de Emergência Age?

Como Age	(%)
Não sabe	69,2
Matando ou danificando o espermatozóide ou esperma	10,3
Abortando	10,3
Não deixando que o esperma fertilize o óvulo	7,5

Quanto a confiabilidade na Contracepção de Emergência temos:



O local mais citado, por 65,8% das entrevistadas, para aquisição deste método foi a farmácia, outros locais foram postos de saúde, ambulatórios e consultórios médicos.

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 DST/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 21 – 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 tiver usado contraceptivo antes da relação	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 22 - Para Quem Deve Ser Dada a Contracepção de Emergência

Quem	Sim (%)	Não (%)
mulheres adultas	95	5
adolescentes	79	21
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 a disponibilização em locais de comércio mais geral, como supermercados, 64,7% foi contra sua disponibilização e 36,3% em favor. Também outros locais para venda e/ou distribuição foram citados por 6,7%, como postos de gasolina, padaria e locais de trabalho.

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:

Tabela 23 - Formas de Informar Sobre a Contracepção de Emergência

Formas	% citação
materiais escritos (folhetos, cartazes, livretos)	54,6
forma oral (com palestras, reuniões, grupos, falas, etc.)	27,9
pela mídia (em revistas, rádios, TVs, propaganda, etc.)	13,2
outras formas (distribuição de amostras grátis, profissional de saúde dar, etc.)	23,5

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 24 – 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 DST/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
não sabe	2	9,1	4	25
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 a 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.

b) Contracepção de Emergência e Camisinha Masculina: Complemento ou Substituição?

Devido a realidade atual, de necessidade de prevenção às DST/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 a 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 25 – 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%	15%

Ao mesmo tempo, em que esse complemento contraceptivo é afirmado e aceito, 36,7% das entrevistadas afirmaram que, caso houvesse conhecimento da contracepção de emergência, haveria 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 DST/AIDS (motivo alegado por 50%).

A opinião de que o conhecimento sobre a contracepção de emergência não alteraria o uso da camisinha masculina ou causaria a sua diminuição referida por 60% das mulheres entrevistadas. Neste último caso, os motivos alegados, são o comodismo e a preocupação só com a gravidez (43,3%), a falta de preocupação das mulheres com relação às DST/AIDS (17,9%) a dispensa específica de uso da camisinha por ser um método incômodo e ruim, que as mulheres que 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).

B - 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 DST e AIDS. Considera-se que o perfil pesquisado, com maioria parda, com pouca escolaridade e baixa renda, com empregos normalmente 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 o registro da proximidade dos casos no universo das mulheres pesquisadas, visto que boa parte, 35,7% das entrevistadas, afirmam conhecer ou ter conhecido alguém com HIV ou AIDS: um conhecido (18,3%), um amigo (10,8%), um parente (5,8%), outro (menos que 1%).

Embora que a maioria das mulheres se vejam com pouco ou nenhum risco com relação às DST/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 dissesse que acharam que o parceiro teve relações apenas com ela, um grande parte responderam com um 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, a 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 DST e AIDS.

A vulnerabilidade à infecção pela AIDS, junta-se a falta de informação suficiente sobre a existência dos tratamentos para conter seus avanços, 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 esse último é reforçado pela probabilidade mensal de sua ocorrência justamente pela predominância de relacionamentos constantes.

Assim, o mesmo motivo alegado para não prevenção de DST/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 teve abortos, mesmo sem definição de terem sido provocados ou espontâneos.

Portanto, para esse público a vulnerabilidade quanto a 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%) afirmou 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 relevante enquanto o uso da camisinha, sendo que a comunicação com o parceiro é uma das razões que mais restringe o uso dela.

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

O estudo demonstra também a necessidade de continuidade dos programas preventivos 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 parceiro** e não o estável e atual, com o qual afirmavam que não usariam nenhum preventivo.

Muitas citaram a aceitação do deste método preventivo entre as próprias mulheres. Comentários como "*É difícil porque nem todas aceitam nem os parceiros. Especialmente para casais. 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 DST e AIDS.

3. Introdução da Contracepção de Emergência como Opção

O uso de práticas pós-coito para evitar a gravidez é amplamente conhecido (59,5% 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 demonstra 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 e para 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 dois terços a informação foi incorreta, deixando a mulher com a impressão de ser um método abortivo.

A disponibilização para a maioria das mulheres é defendida pela maioria (81,7%), com algumas restrições para adolescentes e mulheres casadas. A restrição a mulheres casadas está relacionada a sua associação com a prática abortiva, pois consideram que nesse caso ela tem estrutura conjugal e não tem necessidade de recorrer a um método pós-coito.

Esse registro é considerado positivo na medida em que as mulheres afirmam seu não uso considerando a conjuntura de relacionamento sexual e afetivo e também a necessidade de uso de contracepção anterior à relação sexual (citada pelas que recusariam o uso do método) e a disponibilização defendida pela maioria em farmácias e junto a profissionais de saúde. Isso demonstra que não há predisposição individual à adesão ao método de forma contínua ou abusiva, substituindo outros métodos contraceptivos, mesmo que no imaginário, ao se referirem "as mulheres em geral" elas tenham essa noção.

4. Uso de Camisinha X Uso da Contracepção de Emergência

Apesar da opinião de que o conhecimento sobre a contracepção de emergência não alteraria o uso da camisinha masculina ou causaria a sua diminuição ser referida por 60% das mulheres entrevistadas (justificados pelo comodismo, a falta de preocupação só com a gravidez e a falta de preocupação das mulheres com relação às DST/AIDS), outras 40% acreditam que a sua divulgação aumentaria o uso de camisinha, pois as mulheres poderiam se despreocupar com a sua falha e com a possibilidade de gravidez.

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 DST/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 DST 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.

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 baixos níveis de escolaridade.

Ao mesmo tempo, é indispensável que o trabalho preventivo com mulheres com relação a seu uso inclua a prevenção às DST/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 forma de informar e educar é a que promove mudanças realistas de comportamento, principalmente em relação à prevenção das DST e AIDS.

PARTE III - Criação de um Material Informativo sobre C.E.

A - Proposta e Metodologia

A pesquisa previu uma fase secundária de 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 de gravidez indesejada e, conseqüentemente, abortos.

Por isso a idéia inicial, partiu de uma proposição de elaboração de um material explicativo de fácil leitura e que já estava sendo desenvolvido na análise qualitativa da percepção das mulheres da Favela Monte Azul em estudo anteriores.

Este material inicialmente idealizado teve características básicas que orientara 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 DST/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, educação e DST/AIDS, para quem os folhetos 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 a base de levonorgestrel.

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 por 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 desses tipo de serviços.

O questionário de Segunda versão apresentado ao grupo de discussão de materiais do dia 15 de dezembro foi observado que muitas mulheres não tinham entendido o conteúdo da mensagem do folheto, que não sabiam em que lado deveriam começar a lê-lo, não sabiam selecionar as mensagens principais e os desenhos não estavam auxiliando; no grupo de discussão deste mesmo material no dia 16 de dezembro, foi possível levantar sugestões sobre a forma como as mulheres esperavam que aquele conteúdo fosse passado: alegaram que o ideal seria uma revistinha com duas personagens, um contando para a outra sobre o assunto; no dia 17 os

comentários se repetiram, mas houve ainda depoimentos confusos, achando que a contracepção de emergência usada deveria ser da marca que as pílulas anticoncepcionais que a mulher já seria usuária.

A partir da análise e reformulação das propostas dadas pelo público foi feita Terceira versão semi-final, no dia 3 de fevereiro, que sofrera sugestões de colegas profissionais da área. Os retoques finais apontaram melhorias para o uso contínuo de letra de forma, devido a falta de compreensão e escolaridade dessas mulheres, desenhos mais leves, caricaturais que trouxessem o tema para o cotidiano de forma gostosa; que não seriam explicitados na forma de desenhos os medos de uso da camisinha, de forma a não criar mal-entendidos com a população analfabeta; que as mensagens seriam sempre positivadas, marcando mais uma escolha, mais uma alternativa, mais uma saída e, principalmente um suporte para o uso da camisinha.

Como comentários mostrando o salto de compreensão das versões anteriores, foi registrado: *"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" ...*

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

B - Um Material Gráfico Construído - Resultados Obtidos a Partir da Análise de Mulheres

PARTE IV - Conclusões e Recomendações

A - Conclusões

No Brasil a auto-medicação é bastante comum e tem gerado efeitos graves para a saúde feminina no caso de uso contra a gravidez indesejada (especialmente o misoprostol — Cytotec). Porém, o oferecimento da Contracepção de Emergência não parece ser uma risco ao uso abusivo e dispensa de contracepção ou prevenção anterior ao coito, dado que a preocupação contraceptiva é bastante presente.

Estudos em outros países indicam que as mulheres são capazes de auto-administrar a contracepção de emergência de maneira correta, no período de tempo apropriado e sem efeitos adversos (Glasier e Baird 1998). Além disso foi verificado que poucas mulheres que dispunham do método de antemão usaram-no mais de uma vez, mostrando que a acessibilidade não provocou a queda no uso de outros contraceptivos.

No presente estudo, embora boa parte das entrevistadas achar a que existe a possibilidade de mulheres em geral usar a contracepção de emergência em vez de camisinha ou outros métodos contraceptivos. Ficou, ao mesmo tempo, clara a indisposição pessoal das entrevistadas a esse comportamento, por medo de falhas, efeitos colaterais ou por achar (por motivos culturais ou morais) que a prevenção da gravidez deva ocorrer **antes da relação sexual**.

Através da análise do contexto brasileiro em contracepção e em relação à epidemia de AIDS, juntamente com os dados das investigações citadas, se considerou que a contracepção de emergência pode ser um instrumento importante para a saúde preventiva feminina. Tanto a redução de gravidez não planejada como de práticas de aborto não medicalizadas e invasivas poderiam ser reduzidas, como o uso do preservativo poderia ser incentivado, visto que o medo de sua falha e conseqüente gravidez seria um dos principais impedimentos entre as mulheres para a sua utilização.

B - Recomendações

Segundo a análise dos fatores observados no estudo, são propostas recomendações para a 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 casos de gravidez não desejada. O ideal é que ela seja em um produto de dose pronta (para facilitar o uso correto) em lugares estratégicos — farmácias, ambulatórios, centros de saúde, etc., a um preço acessível. Nos locais onde não há condições de uso ou comercialização da dose pronta, a alternativa da utilização de pílulas anticoncepcionais comuns na formulação de dose de contracepção de emergência deve ser difundida.

- ◆ Estratégias de comunicação e divulgação de novos métodos tem que ser estudados, não só as mensagens mas os meios de comunicação utilizados também. A contracepção de emergência deve divulgada e difundida levando em conta as ITS²/HIV, associando a importância do uso contínuo da camisinha como preventivo de dupla proteção da gravidez e das ITS/HIV.
- ◆ A divulgação da contracepção de emergência deve reforçar a idéia de ser um método de emergência, porque há risco de uso contínuo e/ou substituição de métodos contraceptivos regulares e camisinhas.
- ◆ Se deve ressaltar que a contracepção de emergência é o único método contraceptivo pós-coito, explicando como funciona para deixar claro que não é abortivo. Este pode-se realizar enfatizando o prazo de uso, que em situação ideal seria o mais rápido possível e no máximo até 3 dias depois da relação sexual.
- ◆ O método deve ser divulgado como *CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA* ou com uma terminologia própria, pois a terminologia “pílula do dia seguinte” foi interpretada por algumas mulheres entrevistadas no Brasil como medicamento abortivo ou que causa sangramento, como o Cytotec ou RU40 (medicamento francês), ao mesmo tempo em que o uso do termo anticoncepcional é popularmente usado para designar a pílula anticoncepcional oral.

2. 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. Além disso, é importante que toda vez que um serviço proporcione a contracepção de emergência, se oriente e de preferência distribua conjuntamente o preservativo. Com respeito a seu uso, deve ser ressaltado continuamente que não fará sangramento nem menstruação logo depois do uso da contracepção de emergência e que é preciso usar algum outro método contraceptivo nas demais relações até que desça a menstruação.

Finalmente, a difusão da contracepção de emergência tem que levar em conta a possibilidade de uma predisposição da mulher de não se preocupar com relação da prevenção das ITS/AIDS, visto que no estudo realizado a maioria somente se preocupa da gravidez e não se vêm com 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 DST/HIV, principalmente para mulheres com parceiro fixo.

Por fim, deve ficar claro 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 auto-medicação 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 psíquica feminina.

² Infecções do Trato Reprodutivo.

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, RM (1995). AIDS e Saúde Reprodutiva: velhas e novas questões, em *Reflexões sobre Gênero e Fecundidade no Brasil*, Family Health International.
- Barbosa, RM (1997). Mujer y SIDA en Brasil: Obstáculos e desafios. En: Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una Agenda de Investigación-Acción. Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, Morelos, México.
- Barbosa, RM, di Giacomo do Lago, T, Kalckman, S & Villela, WV. (1996). Sexuality and reproductive health care in São Paulo, Brazil. *Health Care for Women International* 17:413-421.
- Berquó, E. (1993). Brasil, um caso exemplar. *Estudos Feministas* 1:366-81.
- Chiou, VM, Shrier, LA, & Emans, SJ. (1998). Emergency postcoital contraception. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 11(2):61-72.
- Consortium for Emergency Contraception, 1996. Emergency Contraception Pills: Provider Information Packet.
- Costa, SH. (1998). Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 63 Suppl:S131-9.
- De Souza e Silva, R. (1998). Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32(1):7-17.
- Figueiredo, Regina. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres de Baixa Renda: Favela Monte Azul - um estudo de caso, Tese de Mestrado em Antropologia Social na UFLCH/USP, 1999.
- Figueiredo, Regina. Artigo “Observações Antropológicas em uma Pesquisa Quantitativa”, in *Saúde Cultura e Sociedade* - Caderno n.1, São Paulo, Centro de Estudos Saúde, Cultura e Sociedade, Dpto. de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP, em novembro de 1995.
- 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.
- Galvão, J. (1997). Sida en la mujer brasileña: Entre el ocultamiento y la revelación. En: Situación de las Mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Una Agenda de Investigación-Acción. Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, Morelos, México.
- Glasier, A & Baird, D. (1998). The effects of self-administering emergency contraception. *The New England Journal of Medicine* 339(1):1-4.

Griffin, K & Lowndes, M. (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine* 48:283-292.

Harvey, SM, Beckman, LJ, Sherman, C, & Petitti, D. (1999). Women's experience and satisfaction with emergency contraception. *Family Planning Perspectives* 31(5):237-240 & 260.

Impieri de Souza, A, Cecatti, JG, Ferreira, LOC & Santos, LC. (1999). Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination. *Journal of Tropical Pediatrics* 45:31-36.

Ministério de Saúde. (1999). *Boletim Epidemiológico, Número 1*.

Osis, MJ, Hardy, E, Faúndes, A, & Rodrigues, T. (1996). Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Revista de Saude Pública*:30 (5):444-51.

Pan American Health Organization (PAHO), 1998. Website www.paho.org

Programa de DST/AIDS do Município de São Paulo. (1998). *Boletim Epidemiológico de AIDS do Município de São Paulo- subsídios para um estudo regional*. Ano II, Número 4.

Trussell, J, Koenig, J, Ellertson, C, & Stewart, F. (1997). Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *American Journal of Public Health* 87(6):932-7.

Vieira, EM, Fernandes, MEL, Díaz, J, Kalckmann, S & Pluciennick, AMA. (1999). Anticoncepção em tempos de AIDS. Em Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Organizadores: Loren Galvão e Juan Díaz. Editora Hucitec Ltda., São Paulo, Brasil.

ANEXO A – Termo de Consentimento

Melanie Peña, MPH
Investigadora Principal
Melpena@ucla.edu

Regina Figueiredo, MA
Co-Investigadora
reginafigueiredo@uol.com.br

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAR EM PESQUISA

Contraceção de Emergência como Incentivo pelo Uso de Preservativos: Atitudes e Percepções de Mulheres da Favela Monte Azul, São Paulo, Brazil

Você está sendo pedido de participar num estudo de pesquisa levado a cabo pela Melanie Peña, MPH, do Departamento de Ciências Comunitárias de Saúde da Universidade de California, Los Angeles e a Regina Figueiredo, MA da Universidade de São Paulo. Você foi selecionada como possível participante porque é uma mulher de idade reprodutiva (18-45 years) quem tem sido sexualmente ativa durante as últimas 12 meses e é uma residente de Monte Azul.

• OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo desse estudo é determinar se as mulheres conhecem a contraceção de emergência (também conhecido pelo nome “pílula do dia seguinte”) e a prevenção de doenças sexualmente transmitíveis.

• PROCEDIMENTOS

Se você concordar ser voluntária de participar nesse estudo, lhe pediríamos fazer o seguinte:

- 1) Ler e assinar um papel dizendo que você concordar participar voluntariamente no estudo.
- 2) Responder a perguntas sobre métodos contraceptivos, o uso de preservativos, comportamento sexual, e mensagens de comunicação sobre saúde.
- 3) Escolher participar ou numa entrevista ou num grupo de discussão com outras mulheres.

Entrevistas

A entrevista durará entre 45 minutos e uma hora. Terá lugar ou aqui no *Ambulatório Médico*, ou num outro local aqui no bairro. Será uma entrevista só. Você receberá \$2 reais por sua participação.

Grupos de Discussão

O grupo de discussão durará entre 1 e ½ horas. Terá lugar ou num local por aqui em Monte Azul ou nos escritórios de pesquisa na Universidade de São Paulo. Participantes em cada grupo serão designadas dependendo da disponibilidade de cada pessoa. Você receberá \$2 reais por sua participação e reembolsada por seu transporte ao grupo de discussão.

• RISCOS E DESCONFORTOS POTENCIAIS

O potencial por desconforto psicológico existe por participar nas entrevistas, como o conteúdo inclui perguntas sobre comportamento sexual, risco percebido e atual para gravidez, DST e HIV. Vamos tentar de reduzir os desconfortos potenciais. Qualquer pessoa que sente incômoda como resultado de sua participação, será referida a um/a conselheiro/a ou servidor/a de saúde que pode discutir suas inquietações. Qualquer dano que pode ocorrer de participação é considerado muito baixo e não se espera danos de longo prazo.

Existe a possibilidade de que você pode conhecer uma o mais das outras participantes no grupo de discussão, porque todas moram aqui em Monte Azul. Esse pode ser incômodo para algumas participantes, porque não tem garantia de que a confidencialidade será mantido em tal situação. Não obstante, faremos tudo possível para manter confidencialidade. Por exemplo, se alguém conhece outras participantes, lhes perguntaremos se gostariam de participar naquele grupo de discussão. Se não, organizamos para a participação num outro grupo de ser possível.

- **BENEFÍCIOS POTENCIAIS ÀS PARTICIPANTES E/OU A SOCIEDADE**

Benefícios potenciais de ganhar para as participantes são informação e educação sobre a contracepção de emergência e a prevenção de DST e HIV; preservativos (se interessadas); uma quantidade pequena de dinheiro por seu tempo, e reembolso para transporte (se for preciso).

Além disso, os resultados proverão entendimento de se a contracepção de emergência será efetiva em estimular o uso do preservativo. Os resultados do estudo proverão um base de desenvolver materiais educacional e mensagens sobre a infecção de mulheres com DST e HIV e a prevenção de gravidez não desejada, e as maneiras de que mulheres pode se reduzir o risco de ambos. Resultados serão disseminados amplamente na comunidade acadêmica e os setores públicos e privados de ser possível. O reporte final para a pesquisa será como base dum artigo “peer-reviewed” que será submetido por publicação quando o projeto termina.

O folheto final será distribuído ao *Ambulatório Médico* e mulheres na comunidade Monte Azul. De ser possível e dependendo dos recursos, faríamos contato com os setores públicos e privados que têm contato com as mulheres, particularmente ONGs, a mídia, clínicas, e farmácias e outros provedores interessados na cidade de São Paulo.

- **PAGAMENTO POR PARTICIPAÇÃO**

Participantes receberão uma quantidade pequena, (\$2 reais), reembolso por transporte, preservativos e folhetos informativos. Para receber o dinheiro, participantes têm que terminar ou o grupo de discussão ou a entrevista. Reembolso por transporte será provido para mulheres que têm que fazer uma viagem especial para participar. Preservativos (masculinos e femininos) serão distribuídos se um patrocinador esteja obtido para o subsídio deles. Remuneração, reembolso pelo transporte e preservativos serão providos quando terminarem a entrevista ou grupo de discussão.

- **CONFIDENCIALIDADE**

Participantes darão seu primeiro nome ou um apelido para os grupos de discussão. Nomes não são precisos para as entrevistas. Todas as notas e informações obtidas por meio das entrevistas serão acessíveis às entrevistadoras, facilitadoras das discussões e investigadoras do estudo. A informação será armazenada e fechada nos escritórios de NEPAIDS.

- **PARTICIPAÇÃO E RETIRAÇÃO DO ESTUDO**

Você pode escolher ou não de participar no estudo. Se você quer participar, pode se retirar em qualquer momento sem nenhuma consequência. Também pode se recusar de responder a qualquer perguntas e ainda ficar no estudo. A investigadora pode retirar a você do estudo se tais circunstâncias ocorrerem.

- **IDENTIFICAÇÃO DAS INVESTIGADORAS**

Se tem algumas perguntas ou inquietações sobre a pesquisa, pode se contatar:

Melanie Peña, Principal Investigator

Dr. Donald Morisky, Faculty Sponsor
University of California, Los Angeles
Department of Community Health Sciences
10833 LeConte Avenue,
Los Angeles, California 90095-1772, USA
Tel: 1-310-825-8508

Regina Figueiredo, Co-Investigator
Universidade de São Paulo
Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS)
Instituto de Psicologia
Avenida Prof. Mello Moraes, 1721
Cidade Universitária, São Paulo, 05508-900
Tel: 011-818-4985

- **DIREITOS DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Pode retirar seu consentimento em qualquer momento e deixar de participar sem penalização. Você não abandona alegações legais, direitos ou remédios por causa de participar no estudo. Se tem perguntas sobre seus direitos como participante pode contatar o escritório de NEPAIDS ou o Office for Protection of Research Subjects, 2107 Ueberroth Building, UCLA, Box 951694, Los Angeles, CA 90095-1694, (310) 825-8714.

ASSINATURA DA PARTICIPANTE DA PESQUISA OU REPRESENTANTE LEGAL
--

Eu entendo os procedimentos descritos acima. Mis perguntas têm sido respondidos a minha satisfação e eu concordo de participar no estudo. Me deram uma cópia dessa forma.

Nome da Participante

Nome da Representante Legal (se aplicável)

Assinatura da Participante ou Representante Legal

Data

ASSINATURA DA INVESTIGADORA (Se requerido pelo Comitê.)
--

É minha opinião que a participante está dando consento informado voluntariamente e tem a capacidade legal de dar consento informado para participar no estudo.

Assinatura da Investigadora

Data

ANEXO B - Questionário

Nº questionário _____

Data da entrevista _____

I. DADOS GERAIS E HISTÓRICO DE SAÚDE

A. Dados Sócio-econômicos

1. Você mora na Favela Monte Azul? 1 – sim 2 – não (**pule p/ q 3**)

2. Quanto tempo mora aqui na favela? _____ anos _____ meses

3. Onde você nasceu? Estado: _____ Cidade: _____

4. Quantos anos você tem? _____ anos

5. Qual é a sua cor? 1 – branca 2 – preta 3 – parda/ morena 4 – outra _____

6. Tem parceiro sexual fixo?
 1 – sim.
 2 – não (**pule p/ q 8**).

7. Mora com ele? 1 – sim (**pule p/ q 9**) 2 – não

8. Você é: 1 – Solteira 2 – Separada/divorciada/viúva

9. Até que série estudou?
 1 – não estudou 2 – Primário incompleto
 3 – primário completo 4 – Ginásio incompleto
 5 – ginásio completo (1º Grau) 6 – Colegial incompleto (2º Grau Incompleto)
 7 – colegial completo (2º Grau) 8 – Superior

10. **Você tem alguma atividade que ganha dinheiro?**
 1 – sim. Que tipo de trabalho? _____

- Quanto tempo faz essa atividade? _____ anos _____ meses

2 – não (pule p/ q 13)

11. Quanto você ganha mais ou menos por mês?

- 1 – menos de 137,00 reais
- 2 – 1 salário mínimo (+-140,00 reais)
- 3 – 150,00 – 300,00 reais (de 1 a 2 salários mínimos)
- 4 – 310,00 – 450,00 reais (de 2 a 3 salários mínimos)
- 5 – 460,00 – 600,00 reais (de 3 a 4 salários mínimos)
- 6 – 610,00 – 750,00 reais (4 a 5 salários mínimos)
- 7 – mais de 750,00 reais (5 salários mínimos)

12. A sua renda sustenta: [LER: **Escolha apenas uma das respostas.**]

- 1 – todos os gastos da casa
- 2 – mais da metade dos gastos da casa
- 3 – a metade dos gastos da casa
- 4 - menos da metade dos gastos da casa
- 5 – não representa quase nada dos gastos da casa

13. Quantas pessoas moram na sua casa fora você? _____ pessoas

B. Histórico de Saúde

14. Você já teve alguma doença ou problema de saúde grave?

- 1 – sim. Qual? _____
- 2 – não

15. Você tem alguma doença ou problema de saúde atual?

- 1 – sim. Qual? _____
- 2 – não

16. Por que você está buscando o Ambulatório? _____

17. Fora esta vez, qual a última visita que fez a um ginecologista?

- 1 – até seis meses
- 2 – mais de seis meses ate um ano
- 3 – até dois anos
- 4 – até três anos

- 5 – quatro anos ou mais
- 6 – nunca foi (**pule p/ q 21**)

18. Foi feito algum exame nessa última consulta?

- 1 – sim. Qual? _____
- 2 – não

19. Foi recomendado algum tratamento nessa visita?

- 1 – sim. Qual? _____
- 2 – não (**pule p/ q 21**)

20. Você seguiu o tratamento recomendado?

- 1 – sim
 - 2 – não. Por que? _____
- _____

~~~~~

## II. CONHECIMENTO

~~~~~

A. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS

21. Quais as doenças transmitidas na relação sexual que você já ouviu falar?

[ESPONTÂNEA]

- | | | | |
|------------------|------------------|---------------------------------------|-------------|
| 01 – AIDS/HIV | 02 – Clamídia | 03 – Tricomonas | 04 – Herpes |
| 05 – Sífilis | 06 – Gonorréia | 07 – HPV / condiloma / crista de galo | |
| 08 – Cândida | 09 – cancro mole | 10 – cancro duro | |
| 11 – outra _____ | 12 – nenhuma | | |

22. Qual dessas formas de sexo pode transmitir essas doenças? [**LER: Pode escolher mais que uma resposta.**]

- 1 – sexo vaginal
- 2 – sexo anal
- 3 – sexo oral
- 4 – Alguma outra forma de sexo? Qual _____

23. Essas doenças são transmitidas de outra forma sem ser a sexual?

- 1 – sim. Qual? _____
- 2 – não
- 3 – não sei

24. Que sintomas das doenças transmitidas pelo sexo você conhece? [ESPONTÂNEA]

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 01 – corrimento | 07 – enjojo/ vômitos |
| 02 – feridas/ ou verruga (machucado) | 08 – diarreia |
| 03 – mal cheiro | 09 – infecções da pele |
| 04 – coceira | 10 – outros _____ |
| 05 – ardor/dor ao urinar | 11 – nenhum/ não conheço |
| 06 – falta de apetite/ emagrecer | |

25. Você sabe como prevenir essas doenças?

- 1 – sim. Como? _____
- 2 – não

26. Você acha que a AIDS **pega** por alguma das seguintes maneiras? [LER: **Você pode escolher mais que uma resposta se quiser.**]

- | | |
|--|----------------------------------|
| 01 – recebendo sangue contaminado | 07 – por picada de mosquitos |
| 02 – beijando na boca | 08 – no banheiro |
| 03 – relações sexuais | 09 – da mãe com aids para o bebê |
| 04 – doando sangue | 10 – numa transfusão de sangue |
| 05 – compartilhando agulhas e seringas | 11 – outro _____ |
| 06 – respirando ar infectado com o vírus da AIDS | 12 – não sei |

27. Todas as pessoas ficam doentes logo que pegam AIDS?

- 1 – sim 2 – não / nem todas (**pule p/ q 29**) 3 – não sei (**pule p/ q 29**)

28. Você sabe depois de quanto tempo ela fica doente?

- 1 – sim. Quanto tempo _____ meses _____ anos
- 2 – não sei

29. Enquanto ela não fica doente ela pode passar HIV/AIDS para outra pessoa?

- 1 – sim 2 – não 3 – não sei

30. A AIDS tem cura ou tratamento?

- Cura: 1 – sim Qual? _____
- 2 – não
- Tratamento: 3 – sim. Qual? _____
- 4 – não
- 5 – não sei

~~~~~

### III. ATITUDES E PERCEPÇÃO DE RISCO

~~~~~

A. Avaliação de Auto-Risco pelas DST e HIV

31. Qual é a sua chance de se infectar com AIDS? [LER: Escolha uma das respostas.]

1 – muita chance

Por quê? [PARA QUALQUER RESPOSTA]

2 – média chance

3 – nenhuma chance

32. Qual é a sua chance de se infectar com outras doenças transmitidas pelo sexo fora a AIDS? [LER: Escolha uma das respostas.]

1 – muita chance

Por quê? [PARA QUALQUER RESPOSTA]

2 – média chance

3 – nenhuma chance

33. Com relação à AIDS, atualmente você: [LER]

1 – está muito preocupada

2 – está mais ou menos preocupada

3 – não está preocupada

34. Com relação às doenças transmitidas pelo sexo fora a AIDS, atualmente você: [LER]

1 – está muito preocupada

2 – está mais ou menos preocupada

3 – não está preocupada

35. Como prevenir as doenças transmitidas pelo sexo e AIDS em todas as formas em que elas são transmitidas? [ESPONTÂNEA]

1 – não fazendo sexo

2 – usando uma camisinha

3 – diminuindo os parceiros sexuais

4 – examinando a genitália do parceiro antes das relações sexuais

5 – não compartilhando agulhas para injetar drogas ou furar a pele

6 – esterilizando agulhas pelo uso de drogas ou furar o pele

7 – limpando a própria genitália depois de relações sexuais

8 – parceiro ser fiel

9 – Mais alguma outra forma de prevenir? _____

36. **Você acha que alguém que parece bem e que está saudável pode ter AIDS?**

1 – sim 2 – não 3 – não sei

B. Contracepção e Gravidez

37. **Você tem filhos?**

1 – sim. Quantos vivos? _____ 2 – não

38. **Você ficou grávida alguma vez sem planejar?** 1 – sim 2 – não

39. **Você já teve ou fez algum aborto?**

1 – sim. Quantos? _____

2 – não

40. **Então, quantas vezes você já engravidou?** _____ vezes

41. **Diga todos os métodos que você ou seus parceiros (LER) mais tempo?**

42. **Qual você usou por**

já usaram para evitar filhos?

Diafragma (borrachinha)	01	01
camisinha masculina	02	02
pílulas / comprimido/remédio	03	03
DIU	04	04
duchas vaginais	05	05
tira fora (coito interrompido)	06	06
esterilização feminina	07	07
esterilização masculina	08	08
cremes espermicidas	09	09
camisinha feminina	10	10
Tabela/muco ou temperatura	11	11
outros métodos _____	12	12 _____

43. **Nos últimos 3 meses, você ou seu parceiro sexual usou algum método contraceptivo para evitar filhos?**

1 – sim. Quais? _____

não: **(pule p/ q 45)** 2 – Está grávida 3 -Quer engravidar

4 – Não teve relações 5 - outro _____

44. Na sua última relação sexual você ou seu parceiro usaram algum método contraceptivo?

1 – sim. Qual? _____

não: 2 – Está grávida 3 -Quer engravidar 4 – outro _____

45. Você sabe aonde pode pegar ou comprar camisinhas quando precisar? [ESPONTÂNEA]

1 – farmácia

2 – postos de saúde/Ambulatório

3 – trabalho

4 – supermercados

5 – amigos/parentes

6 – outro _____

C. Uso de Camisinhas

[SE JÁ USOU CAMISINHA – SE NÃO USOU, PULE PARA QUESTÃO 51]

46. Nos últimos 3 meses você usou a camisinha:

1 – Todas as vezes 2 – Às vezes 3 – Nunca 4 – Não teve relações

47. Já aconteceu da camisinha ficar dentro de você?

1 – sim 2 – não

48. Já aconteceu da camisinha estourar ou vazar?

1 – sim 2 – não 3 – não sei

49. Alguma vez você já pediu a algum parceiro para usar a camisinha?

1 – sim 2 – não. Porque não? _____

50. Alguma vez você colocou a camisinha no seu parceiro?

1 – sim 2 – não

51. **O que faria se não tivesse a camisinha na hora da relação sexual?** [ESPONTÂNEA]

1 – faria sexo de qualquer maneira

2 – não faria sexo

3 – faria outra coisa sexual em vez de sexo vaginal ou anal

4 – faria sexo oral

5 – usaria outro contraceptivo. Qual? _____

6 – outra _____

7 – não sei

52. **Se seu parceiro não quisesse usar a camisinha, o que é que você faria?** [ESPONTÂNEA]

1 – faria sexo de qualquer maneira

2 – não faria sexo

3 – faria outra coisa sexual em vez de sexo vaginal ou anal

4 – faria sexo oral

5 – usaria outro contraceptivo. Qual? _____

6 – outra _____

7 – não sei

D. Doenças Sexualmente Transmissíveis

53. Você já teve alguma doença transmitida pelo sexo (venérea ou sexual)?

1 – sim. Quais? _____ Há quanto tempo? ____ meses ____ anos

2 – não (pule p/ q 58)

54. Se sim, como soube?

1 – percebeu sozinha

2 – profissional diagnosticou

3 – outro

55. Você procurou tratamento?

1 – sim

2 – não (pule p/ q 57)

56. Você fez o tratamento?

1 – sim

2 – não

57. E o seu parceiro fez algum tratamento? [LER: **Escolha uma das respostas.**]

1 – sim

2 – não foi prescrito para ele

3 – não quis/ não pode /não conseguiu

58. Você já foi forçada a ter uma relação sexual?

1 – sim

2 – não

E. Atividade Sexual

59. Aonde você costuma ter relações sexuais? [ESPONTÂNEA RESPOSTAS MÚLTIPLAS]

1 – na própria casa. Quantas pessoas dormem no quarto com você? _____

2 – na casa do companheiro

3 – num motel

4 – outro _____

[LER: *Antes de continuarmos gostaria de reforçar algumas palavras:*

- **Sexo Vaginal é quando o homem penetra com o pênis a vagina da mulher**
- **Sexo Anal é quando o homem penetra com o pênis dele o ânus (cú)**
- **Sexo Oral é quando a boca tem contato com o pênis do homem ou a vagina da mulher.]**

60. Você tem tido sexo vaginal com alguém nos últimos 3 meses?

1 – sim 2 – não 3 – não quer responder

61. Você tem tido sexo anal com alguém nos últimos 3 meses?

1 – sim 2 – não 3 – não quer responder

62. Com quantas pessoas você fez sexo nos últimos 3 meses? _____ pessoas

[SÓ PARA QUEM TEM PARCEIROS]

63. Na sua opinião, atualmente o seu parceiro tem relações sexuais: [LER: *Escolha uma das respostas.*]

1 – apenas com você 2 – também com outras pessoas 3 – não sei

F. Uso de Drogas

Quais dessas drogas você já usou?

64. Já experimentou? [LER]

- 1 – bebida alcoólica
- 2 – maconha
- 3 – cocaína
- 4 – crack
- 5 – inalantes
- 6 – outras _____
- 7 – nenhuma (**pule p/ q 68**)

65. Ainda usa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

66. Alguma injetável?

[SÓ PARA COCAÍNA]

1 – sim 2 – não

67. Você já fez sexo bêbada ou sob efeito de alguma dessas drogas, incluindo álcool?

1 – sim 2 – não

68. [SÓ PARA QUEM TEM PARCEIRO SEXUAL.] O seu parceiro usa alguma dessas drogas?

1 – sim 2 – não

69. Algum parceiro seu já fez sexo com você bêbado ou sob efeito de alguma dessas drogas, incluindo álcool? 1 – sim 2 – não

G. HIV

70. Você já conheceu alguém com HIV ou AIDS?

sim. Quem? (*várias respostas*)

1 – Um conhecido

2 – Um amigo

3 – Um parente

4 – Um parceiro sexual

5 – Outro _____

6 – não

71. Você já fez o teste de AIDS alguma vez?

1 – sim. Por quê? _____ Quantas vezes? _____

2 – não (**pule p/ q 74**)

72. Quando foi a última vez que você fez esse exame?

1 – nos últimos 6 meses?

2 – no último ano

3 – há mais tempo. Quanto? _____

73. Poderia me dizer qual o resultado?

1 – positivo (tem o vírus)

2 – negativo (não tem o vírus)

3 – não sei

4 – recusa

H. Contraceção de Emergência

74. Você já ouviu falar de formas de evitar a gravidez depois que a relação já aconteceu?
[ESPONTÂNEA COM RESPOSTA MÚLTIPLA]

1 – ervas ou chás para fazer descer a menstruação

2 – lavagens após a relação (coca-cola, vinagre, suco de limão, água, sabão, etc.)

3 – aborto por curetagem ou raspagem

4 – colocar agulhas ou instrumentos na vagina

5 – uso de remédios como Cytotec / que provoca sangramento

6 – contracepção de emergência/ pílula do dia seguinte

7 – outra. Qual? _____

8 – não (**pule p/ q 77**)

75. Você conhece alguém que já usou essa(s) maneira(s)?

1 – sim 2 – não

76. Você já usou alguma(s) dessa(s) maneira(s)?

1 – sim 2 – não

77. Você já ouviu falar de contracepção de emergência ou “a pílula do dia seguinte”?

1 – sim 2 – não (**pule p/ q 82**)

78. O que você ouviu falar? [**ESPONTÂNEA**]

1 – Somente o nome

2 – Sobre ser um método para evitar filhos *

3 – Sobre a forma de uso *

4 – sobre seus efeitos colaterais*

* **Anotar o quê disser** _____

79. Como você acha que a contracepção de emergência evita filhos? [**ESPONTÂNEA COM RESPOSTA MÚLTIPLA**]

1 – prevenindo a ovulação

2 – não deixando que o espermatozóide fertilize o óvulo

3 – não deixando a implantação do óvulo fertilizado no útero

4 – matando/ danificando o espermatozóide ou esperma

5 – abortando

6 – outro _____

7 – não sei

80. O quanto você acha que este método é seguro para evitar a gravidez? [**LER 1 – 4.**]

1 – muito seguro

2 – mais ou menos seguro

3 – pouco seguro

4 – nada seguro

5 – não sei/ não tenho certeza

81. Onde você acha que a contracepção de emergência pode ser conseguida ou comprada?

[ESPONT.]

- 1 – farmácias
- 2 – postos de saúde/Ambulatório
- 3 – hospitais
- 4 – consultório médico
- 5 – supermercados
- 6 – outro. Qual? _____

I. Contracepção de Emergência X Gravidez Não Planejada

82. Qual é a sua chance de engravidar hoje?

- 1 – muita chance Por quê? [PARA QUALQUER RESPOSTA]
- 2 – média chance _____
- 3 – nenhuma chance _____
- 4 – já está grávida _____

83. Se você usasse camisinha e ela rasgasse ou furasse o que faria? [ESPONTÂNEA]

- 1 – esperaria para ver se estava grávida/ faria exame de gravidez
- 2 – teria o filho
- 3 – usaria contracepção de emergência
- 4 – abortaria (tiraria). Como? _____
- 5 – outro. Qual? _____
- 6 – não sei

84. Se você ficasse grávida sem planejar hoje, o que faria? [ESPONTÂNEA]

- 1 – teria o filho
- 2 – abortaria (tiraria). Como? _____
- 3 – não sei

[LER: *Agora vou explicar o que é a contracepção de emergência. São pílulas de alta dose que servem para procurar evitar a gravidez depois que a relação sexual já aconteceu. Você tem que tomar o mais rápido possível, até 3 dias depois, que ela diminui a chance de engravidar. Ela não tem efeitos graves, mas não protege contra as doenças sexuais e nem contra a AIDS.*]

85. Sabendo sobre contracepção de emergência, você contaria para outras amigas usarem?

- 1 – sim
- 2 – não. Por quê? _____

86. Se você tivesse relações sem usar nenhum método, você usaria contracepção de emergência?

1 – sim

2 – não. Por quê? _____

I. Contracepção de Emergência X Uso de Camisinhas

87. Você acha que a Contracepção de Emergência deve estar disponíveis para todas as mulheres que precisarem ou quiserem?

1 – sim 2 – não, só para algumas 3 – para ninguém (**pule p/ q 91**)

88. Quando? [**LER. CIRCULAR AS QUE SIM.**]

1 – quando esquecer de tomar as pílulas

2 – quando a camisinha rasgar ou vazar

3 – quando o diafragma sair do lugar

4 – em caso de estupro

5 – quando não tiver se usado nenhum método contraceptivo

6 – outra situação _____

89. Se tiver risco de gravidez, para que pessoas deve ser dada a contracepção de emergência?

[**LER. CIRCULAR AS QUE SIM.**]

1 – adultas

2 – mulheres adolescentes

3 – mulheres casadas

4 – mulheres solteiras

5 – prostitutas

6 – mulheres com AIDS

7 – outro _____

90. Aonde você acha que deveria ser vendida ou distribuída a Contracepção de Emergência?

[**LER**]

1 – farmácias

2 – postos de saúde/Ambulatório

3 – hospitais

4 – consultórios médicos

5 – supermercados

6 – outro _____

91. Você acha que a camisinha é segura para evitar a gravidez? [**LER**]

1 – totalmente segura

Por quê você acha isso? _____

- 2 – mais ou menos segura _____
- 3 – nada segura _____
- 4 – não sei _____

92. Você acha que a camisinha é segura para evitar as doenças transmitidas pelo sexo e AIDS? **[LER]**

- 1 – totalmente segura Por quê você acha isso? _____
- 2 – mais ou menos segura _____
- 3 – nada segura _____
- 4 – não sei _____

93. Como a gente pode incentivar as mulheres a usar sempre a camisinha?

- 1 – _____
- 2 – não sei

94. Se conhecessem a contracepção de emergência, as mulheres usariam mais ou menos camisinha?

- 1 – sim. Por quê? _____
- 2 – não. Por quê? _____
- 3 – não sei

[SE A ENTREVISTADA FOR TOTALMENTE CONTRA O USO DA CE PELAS MULHERES, pule p/ q 98]

95. Você usaria a contracepção de emergência se usasse camisinha e ela vazasse ou furasse?

- 1 – sim
- 2 – não. Por quê? _____ **(pule p/ q 97)**

96. Aonde você procuraria a contracepção de emergência para isso?

- 1 – médico/ consultório/ convênio (privado)
- 2 – posto de saúde/ Ambulatório (público)
- 3 – farmácia
- 4 – com amigas
- 5 – outro _____

97. Você acha importante que exista um material especial informando às pessoas sobre a contracepção de emergência?

1 – sim. Qual sua sugestão? _____

2 – não

98. Qual é a sua religião?

1 – Católica

2 – Protestante/ Crente

3 – Umbanda/ Candomblé

4 – outros. Qual? _____

5 – não tem nenhuma (**final do questionário**)

99. Você frequenta?

1 – sim

2 – não

3 – às vezes

[Obrigada pela participação. Todas as informações que você deu são confidenciais e seu nome não será usado na pesquisa.]