

## **Ouvindo mulheres: contracepção no município de São Paulo**

Tania Di Giacomo do Lago\*

Suzana Kalckmann\*

Julia Olsen\*

Maria Cecilia Goi Porto Alves\*

Mercedes Loureiro Escuder\*

Regina Maria Barbosa\*\*

\*Instituto de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

\*\*Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP)

**Resumo**

O presente trabalho objetiva descrever a prevalência da anticoncepção, os tipos de métodos contraceptivos adotados pelas mulheres e o papel do SUS como fonte de obtenção, em cada uma das cinco regiões de saúde do município de São Paulo (MSP).

Foi realizado um inquérito domiciliar de base populacional pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em parceria com o NEPO/UNICAMP, em 2015, com amostragem probabilística. Foi realizada análise comparativa entre as cinco regiões do município de São Paulo. Foram entrevistadas 3985 mulheres de 15 a 44 anos de idade em 3081 domicílios. A comparação das mulheres residentes em cada uma das coordenadorias de saúde mostrou diferenças estatisticamente significantes quanto à: cor, critério Brasil, escolaridade, ter ou não renda própria, ter ou não plano de saúde privado e religião atual. A prevalência da anticoncepção foi de 86% entre mulheres unidas sem diferenças estatisticamente significantes entre regiões de saúde. Esta prevalência foi um pouco menor entre as mulheres sexualmente ativas e não unidas, mas ainda assim, bastante expressiva (79%). Apenas 29% das mulheres obtiveram o contraceptivo no SUS. As ações governamentais implementadas na última década não parecem ter ampliado o leque de opções contraceptivas e a oferta pública em anticoncepção.

## Introdução

As últimas informações disponíveis sobre o perfil da anticoncepção no Brasil foram obtidas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 2006<sup>1</sup>, não havendo outros estudos de base populacional que retratem o panorama atual. Nestes últimos 10 anos, foram implementadas no Brasil várias iniciativas para ampliar o acesso das mulheres a métodos contraceptivos, entre as quais, o subsídio aos métodos hormonais, por meio do Programa Farmácia Popular e do envio de contraceptivos, adquiridos pelo Governo Federal, diretamente aos municípios de maior porte. Vale lembrar que só em 1996 foi promulgada a lei 9.263 que regulamentou o planejamento familiar no Brasil<sup>2</sup> (entrou em vigor integralmente em 1997) como um direito tanto de mulheres quanto de homens. Esta lei, além de determinar que todos os métodos de contracepção sejam oferecidos à população, estabeleceu critérios para a adoção da contracepção irreversível: laqueadura e vasectomia. Segundo, José Eustáquio Alves<sup>3</sup>: *“A ligação tubária e a esterilização masculina eram vetadas no Brasil pelo artigo 16, do decreto 20.931 de 1931 e pelo Código Penal Brasileiro de 1940, artigo 29, parágrafo 2. III, o qual diz que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada crime”*

Não se sabe, no entanto, em que medida o acesso das mulheres a esses insumos vem se efetivando.

A falta de informações específicas sobre o que vem ocorrendo no município de São Paulo é mais antiga, pois os dados da PNDS (2006) referiam-se apenas às grandes regiões brasileiras. São Paulo, que é um município complexo, com mais de 11,5 milhões de habitantes, apresenta imensas desigualdades socioeconômicas, com fluxos migratórios importantes, diferenças em mobilidade e de acesso a serviços de saúde e grande diversidade cultural.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo é administrativamente dividida em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), responsáveis pela coordenação, organização e articulação do sistema de saúde naquele território. Até 2014, o município contava com cinco CRSs: Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Leste<sup>6</sup>. Dados referentes à população, fecundidade e morbidade mostram diversidade entre as CRSs. Para conhecer o perfil de práticas contraceptivas existentes na cidade, as fontes de obtenção de métodos anticoncepcionais, as necessidades não atendidas em anticoncepção e nestas

as particularidades de cada uma das regiões, realizou-se um inquérito de base populacional em 2015..

O presente trabalho objetiva descrever a prevalência da anticoncepção, os tipos de métodos contraceptivos em uso pelas mulheres e o papel do SUS como fonte de obtenção, em cada uma das cinco regiões de saúde do município de São Paulo (MSP). Espera-se assim contribuir para maior adequação das políticas de planejamento reprodutivo às necessidades e desejos das mulheres.

### **Materiais e Métodos**

Trata-se de inquérito domiciliar de base populacional realizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em parceria com o NEPO/UNICAMP, em 2015, com amostragem probabilística de delineamento complexo. As unidades amostrais foram selecionadas em dois estágios em cada CRS: as unidades primárias compostas pelos setores censitários em situação urbana e as unidades secundárias pelos domicílios particulares permanentes. O tamanho amostral foi estimado em 4.000 mulheres de 15 a 44 anos, sendo 800 em cada região. A taxa de resposta total do estudo foi 58%, sendo 74,6% para os domicílios e 77% para as pessoas, variando entre 46% na região Centro-Oeste a 66% na Leste.

Foram entrevistadas mulheres na faixa etária, residentes nos domicílios selecionados, que concordaram em participar do estudo e que assinaram o termo de consentimento informado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Heliópolis (CAE 35805514.7.0000.5449).

Na análise comparativa entre as cinco regiões do município considerou-se:

- Características das mulheres segundo o perfil sociodemográfico, atividade sexual e antecedentes reprodutivos;
- Prática contraceptiva atual por meio da verificação da prevalência de uso da anticoncepção entre mulheres sexualmente ativas (pelo menos uma relação heterossexual nos últimos 12 meses), unidas ou não, do *mix* de métodos em uso, pela proporção de mulheres com demanda não atendida em anticoncepção, e especificamente para a laqueadura;
- O SUS – Sistema Único de Saúde como fonte de obtenção de contraceptivos.

A análise bivariada e a multivariada (regressão logística) levaram em consideração o planejamento amostral e a correção para não resposta. Foram consideradas significantes as associações com valores de  $p < 0,05$ . Utilizou-se do programa Stata versão 10.1.

## **Resultados e discussão**

O universo estudado compreendeu 3985 mulheres de 15 a 44 anos de idade em 3081 domicílios.

Comparando-se a amostra e a população do MSP, observou-se que a composição etária é bastante próxima às estimativas oficiais, havendo discreta sobre-representatividade das jovens de 15 a 19 anos (16,3% na amostra versus 14,9%) e das mulheres com 40 a 44 anos de idade (16,5% na amostra *versus* 15,7%). No que se refere à autodeclaração de cor, a comparação com os dados do CENSO de 2010 indica que as mulheres brancas estão sub-representadas (38,8% na amostra *versus* 59,4%). Esta diferença pode resultar da combinação de dois fatores: a crescente militância em prol do auto-reconhecimento da ascendência negra pela população brasileira e provavelmente mais importante, o fato de que a maior dificuldade de recepção da pesquisa por moradores de setores de maior renda, leva à sub-representação da população branca. Infelizmente, não há dados sobre a distribuição da população do Município de São Paulo pelo Critério Brasil. No entanto, comparando esta distribuição na amostra e a observada na Região Metropolitana de São Paulo em 2012, as Classes A1 até B1 foram sub-representadas (11,9% na amostra *versus* 16,1%) e a Classe C foi super-representada (54,2% na amostra *versus* 48,8%). Isto se coaduna com a maior aceitação da entrevista em setores de rendimento médio.

Tabela 1.

**Tabela 1. Composição etária e de cor no estudo Ouvindo Mulheres e no Município de SP e distribuição por classes de consumo (Critério Brasil) na amostra e na Grande SP.**

<b>Características</b>	<b>Amostra Município SP*</b>		<b>Característica</b>	<b>Amostra</b>	<b>GRANDE SP*</b>
<b>Faixa Etária</b>			<b>Critério Brasil</b>		
15 a 19 anos	16,3	14,9	A1	0,2	0,3
20 a 24 anos	15,8	15,1	A2	2,1	4,7
25 a 29 anos	16,9	17,6	B1	9,6	11,1
30 a 34 anos	17,4	18,9	B2	26,2	25,5
35 a 39 anos	17,1	17,9	C1	32,9	29
40 a 44 anos	16,5	15,7	C2	21,3	19,8
TOTAL	100,0	100,0	D E	7,7	9,5
*Fonte: SEADE 2015			*Fonte: LSE 2012 Ibope Media (ABEP)		
<b>Cor</b>					
Branca	38,8	59,4			
Preta	12,7	6,6			
Parda	44,3	32,0			
Amarela	2,9	1,9			
Indígena	1,3	0,1			
*Fonte: CENSO IBGE, 2010					

A comparação das mulheres residentes em cada um das coordenadorias de saúde mostrou diferenças estatisticamente significantes quanto à cor, critério Brasil escolaridade, ter ou não renda própria, ter ou não plano de saúde privado, religião atual. Nas regiões Centro-Oeste e Sudeste predominaram as mulheres brancas (55,7% e 50,9% respectivamente), das classes AB (58,8% e 51,7%) e com plano de saúde privado (55,4% e 50,8%). Lá também se observou maior proporção de mulheres com curso superior completo (38% e 24,8%), com renda própria (72,7% e 68,2%). No que diz respeito à religião, registraram-se nestas regiões as maiores porcentagens de mulheres sem religião (24,7% e 17,2%) e as menores, de evangélicas (15,5% e 25%). Não se observou diferença estatisticamente significativa na composição etária.

Em contrapartida, nas regiões Sul e Leste foram observadas maiores proporção de mulheres negras (de cor preta e parda), 65,8 % e 60,0%, respectivamente. Nestas regiões também foram encontradas menores proporções de mulheres com plano de saúde, Sul (34,8%) e Leste (36,4%).

Tabela 2. Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, por regiões do Município de São Paulo, 2015

	Norte	Centro Oeste	Sudeste	Sul	Leste	Total
	%	%	%	%	%	%
<b>IDADE</b>						p=0,5709
15-19 anos	15,4	10,7	13,3	16,2	17,1	15,0
20-24 anos	15,5	12,3	14,2	15,7	16,6	15,1
25-29 anos	17,7	17,9	17,6	17,3	17,5	17,6
30-34 anos	18,6	21,6	19,7	18,2	17,6	18,8
35-39 anos	17,4	20,5	18,7	17,4	16,4	17,8
40-44 anos	15,4	17,0	16,5	15,3	14,7	15,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00
<b>COR</b>						p=0,0000
Branca	42,4	55,7	50,9	31,4	34,74	41,3
Preta	10,8	9,5	7,4	13,8	17,3	12,0
Parda	43,2	28,7	36,3	52,0	42,7	42,3
Amarela	2,1	4,6	4,0	2,1	3,6	3,1
Indígena	1,5	1,5	1,3	0,6	1,7	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00
<b>TEM PLANO DE SAÚDE</b>						p=0,0037
Sim	40,8	55,4	50,79	34,8	36,4	42,1
Não	59,2	44,6	49,21	65,2	63,6	57,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00
<b>CRITÉRIO BRASIL</b>						p=0,0006
AB	40,9	57,8	51,7	33,0	33,9	41,6
C	52,8	35,8	43,2	57,0	59,1	51,2
DE	6,3	6,3	5,1	10,0	7,1	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00
<b>RENDA PRÓPRIA</b>						p=0,0177
Sim	64,1	72,7	68,21	62,6	62,4	65,2
Não	35,9	27,3	31,79	37,4	37,6	34,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>RELIGIÃO ATUAL</b>						p<0,001
Católicas	37,8	36,2	35,2	44,7	34,2	38,1
Evangélicas	33,1	15,5	25,0	27,4	38,4	29,0
Outras religiões	18,5	23,5	22,6	15,5	13,3	18,1
Sem religião	10,5	24,7	17,2	12,4	14,0	14,7
Total	100	100	100,00	100	100	100
<b>ESCOLARIDADE</b>						p<0,001

A análise dos descritores da história sexual das mulheres não identificou diferenças estatisticamente significantes entre regiões. As diferenças relatadas a seguir foram apenas nominais. A proporção de mulheres que disse ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos variou entre aproximadamente 24% nas regiões Centro-Oeste e Sudeste e 28,2% na região Sul e a idade média à primeira relação sexual foi de 17,2 anos (IC 95% 17,1 -17,3). Aproximadamente 79% das entrevistadas mantinha um relacionamento naquele momento, variando entre 75% na região Centro-Oeste e 80% na Leste. A proporção de unidas foi de 57,6%, sendo maior na Leste e Sul (59%) e menor na Centro-Oeste (51%). Identificou-se maior frequência de mulheres grávidas no momento da entrevista na região Leste (6%) frente às demais ( $p=0,03$ ). No entanto, a análise dos antecedentes reprodutivos como número de gestações, número de nascidos vivos e de abortos não indicou diferenças estatisticamente significantes entre regiões.

Considerando todas as mulheres expostas ao risco de gravidez, isto é, as sexualmente ativas (tiveram pelo menos uma relação heterossexual nos últimos 12 meses) e não estavam grávidas no momento da entrevista, 85% referiram estar praticando algum tipo de anticoncepção. Este percentual foi de 86,7% entre as unidas com companheiro do sexo masculino e de 81,6% entre as não unidas, não havendo diferenças estatisticamente significantes por região.

Como se vê na Tabela 3, a pílula e o condom masculino são os métodos mais utilizados entre mulheres unidas e não unidas. Além disso, o uso associado de pílula e condom se constitui na terceira prática mais frequente entre as não unidas, em três das cinco regiões da cidade. Apenas 9,4% das mulheres em união referiram estar laqueadas, o que foi surpreendente, considerando que este foi o principal método contraceptivo em uso no país por pelo menos três décadas. Igualmente novo, é o fato da vasectomia alcançar a mesma prevalência da esterilização feminina (9,2%), quando a menor razão esterilização feminina/masculina já observada no país foi de 4, na macrorregião sudeste em 2006<sup>1</sup>. Embora diferenças possam ser observadas na composição do mix de contraceptivos em cada região de saúde, elas não foram significantes à análise estatística no caso das mulheres em união e mantiveram-se limítrofes quando as não unidas foram examinadas.



Tabela3. Distribuição percentual de mulheres, unidas e não unidas, que tiveram pelo menos uma relação heterossexual nos últimos 12 meses e não estavam grávidas, segundo contracepção no momento da entrevista, por região de saúde, Município de São Paulo, 2015.

SITUAÇÃO MARITAL	CONTRACEPÇÃO	REGIAO					N	Total	
		norte %	centro-oeste %	sudeste %	sul %	leste %		N	%
U N I D A S	nao usa	11,0	13,3	12,5	13,2	16,5	240	13,3	
	pilula	25,0	29,2	26,4	30,4	25,3	483	27,2	
	condom masculino	18,6	19,5	16,9	15,5	14,6	296	16,7	
	injetavel	12,5	4,6	9,9	11,4	10,0	193	10,4	
	laqueadura	11,3	7,6	8,3	9,1	10,0	179	9,4	
	vasectomia	8,9	7,5	9,6	8,6	10,7	167	9,2	
N Ã O U N I D A S	nao usa	21,2	19,6	14,9	17,5	19,7	202	18,4	
	pilula	29,2	19,3	32,6	23,9	26,9	277	26,9	
	condom masculino	19,2	25,9	21,4	24,2	23,2	239	22,6	
	pilula e condom masc	12,5	16,7	16,2	9,5	11,6	134	12,9	
	injetavel	11,0	5,8	6,5	13,2	13,5	116	10,4	
	laqueadura	3,1	4,3	4,1	6,1	3,0	50	4,2	
S	vasectomia	0,4	0,6	1,0	1,5	1,5	10	1,0	
	outros	3,4	7,7	3,2	4,1	0,7	41	3,6	
	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	
	N	235	176	202	256	200	1.069	1.069	

*p=0,453*

*p=0,050*

No que se refere às fontes de obtenção, apenas 29% das mulheres disseram ter conseguido o contraceptivo utilizado no momento da entrevista no SUS ou por intermédio do programa farmácia popular, sem diferenças estatisticamente significantes entre regiões. Este dado é semelhante ao verificado no país em 2006<sup>1</sup>.

### Conclusões

O mix de contraceptivos encontrado no MSP difere substancialmente do verificado no país até então. Chama a atenção que a laqueadura, historicamente o método mais frequente de regulação da fecundidade no Brasil, esteja presente em menos de 10% das mulheres sexualmente ativas com 15 a 44 anos. Além disso, ressalta-se a ampliação da participação masculina na anticoncepção, se tomarmos por referência o panorama traçado para a região sudeste em 2006 pela PNDS. Por fim, foi possível identificar que as ações governamentais implementadas em âmbito nacional para ampliar a oferta

pública da anticoncepção, infelizmente, não substituíram o custo privado e individual da obtenção de contraceptivos na cidade de São Paulo.

### **Referência bibliográfica**

- 1 - PERPÉTUO, IHO; WONG, LLR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Ministério da Saúde; CEBRAP: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 87-104.
- 2- BRASIL. Presidencia da República LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Brasília. Acesso em: junho de 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm).
- 3 - FUNDAÇÃO SEADE. Informações dos municípios paulistas. Acesso em Acesso em: 13 abr 2016. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>.
- 4 - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Boletim CeInfo. São Paulo, 2015. Acesso em Acesso em: 13 abr 2016. Disponível em: [http://www. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Organização da Secretaria Municipal de Saúde São Paulo.](http://www.SecretariaMunicipalDaSaude.org.br)
- 5 - ALVES, JED. O Planejamento Familiar no Brasil. Eco Debate, 2010. Acesso: maio de 2016. Disponível: <https://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>