UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RENATA FERREIRA SENA GONÇALVES

**USO DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE
MULHERES USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
EM TRÊS CAPITAIS BRASILEIRAS**

SÃO PAULO
2018

RENATA FERREIRA SENA GONÇALVES

**USO DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE
MULHERES USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
EM TRÊS CAPITAIS BRASILEIRAS**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Vilela Borges

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Renata Ferreira Sena

Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de unidades básicas de saúde em três capitais brasileiras / Renata Ferreira Sena Gonçalves. São Paulo, 2018.

118 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Saúde reprodutiva. 2. Anticoncepção de emergência.
3. Planejamento familiar. 4. Saúde da mulher.
5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Renata Ferreira Sena Gonçalves

Título: Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais brasileiras.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a Ana Luiza Vilela Borges

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por mais essa conquista em minha vida.

À minha orientadora Ana Luiza, por todo o ensinamento, incentivo, amizade e orientações.

À Prof^ª. Elizabeth Fujimori, pelas contribuições no Exame de qualificação, pelos ensinamentos no grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC) e na disciplina de pós-graduação.

À Prof^ª. Regina Figueiredo e à Prof^ª. Célia Regina pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Agradeço à minha família, sobretudo minha mãe, por todo o incentivo, ao meu marido e ao meu filho.

Aos meus familiares, tios, tias, primas, em especial à minha tia Maria José, uma mulher batalhadora, que foi o meu espelho de dedicação e força de vontade.

Às minhas companheiras da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP), Osmara, Karina, Luciane, Cibele, Daniela, Giovanna, Christiane, Patrícia, agradeço por toda ajuda e pelas parcerias.

À todas as professoras das disciplinas que cursei no mestrado, obrigada por todos os ensinamentos.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde que colaboraram com a coleta de dados e à todas as mulheres que aceitaram participar dessa pesquisa.

A todos que não estão citados aqui, mas que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Gonçalves RFS. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais brasileiras [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: A anticoncepção de emergência (pílula de levonorgestrel) é a única opção contraceptiva para prevenir a gravidez não desejada após relações sexuais desprotegidas, seja por falha ou não uso de métodos contraceptivos, ou em casos de violência sexual. Por essa razão, o acesso a este método é considerado parte dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e casais. Seu uso é relativamente frequente, principalmente no grupo mais favorecido socialmente. No entanto, pouco se sabe sobre o perfil de uso entre jovens e mulheres adultas, residentes em diferentes regiões do país, o que justifica a condução deste estudo. **Objetivo:** Analisar o uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde dos municípios de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, com amostra probabilística de 2052 mulheres de 18 a 49 anos, usuárias das Unidades Básicas de Saúde de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, entrevistadas por meio de um instrumento estruturado com questões sobre características sócio-demográficas, história reprodutiva e uso da anticoncepção de emergência. As análises estatísticas foram realizadas por meio de números absolutos, proporções, teste de diferença entre duas proporções pelo qui-quadrado e regressão logística múltipla. **Resultados:** Pouco mais da metade das mulheres (56,8%) relatou ter usado anteriormente a anticoncepção de emergência. Os fatores associados ao uso anterior da anticoncepção de emergência foram a idade, entre 25 e 34 anos (OR=0,59; IC95%: 0,44-0,79), maior escolaridade (OR=2,63; IC95%: 1,76-3,94), mulheres que pertenciam ao grupo socioeconômico A e B (OR=1,92; IC95%: 1,27-2,90), que trabalhavam (OR=1,25; IC95%: 1,00-1,57), e que tiveram mais parceiros sexuais (OR= 1,95; IC95%: 1,48-2,57). A maioria das mulheres que usava anteriormente pílula oral, injetável e preservativo masculino continuou usando o mesmo método após o uso da anticoncepção de emergência. **Conclusão:** O uso da anticoncepção de emergência foi frequente, mas não contribuiu para que as mulheres interrompessem ou trocassem o seu método contraceptivo regular.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva; Anticoncepção pós-coital; Planejamento familiar; Saúde da Mulher; Enfermagem.

Gonçalves RFS. Use of emergency contraception among women users of Basic Health Units in three Brazilian capitals [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Emergency contraception is considered the only existing contraceptive option to prevent unwanted pregnancies after having unprotected sex, due to failure to use contraceptive methods or sexual violence. For this reason, access to this method is considered part of the sexual and reproductive rights of women and couples. Its use is relatively frequent among young people and adolescents, especially in the most economically favorable group. However, little is known about the profile of contraception use among adult women from different regions of the country of Brazil. **Objective:** To analyze the use of emergency contraception among women users of Basic Units of Health of three cities, São Paulo city, São Paulo state, Aracaju city, Sergipe state and Cuiabá city, Mato Grosso State. **Methods:** A quantitative study, descriptive, cross-sectional, with a random sample of 2052 women aged 18 to 49 years, users of basic health units in São Paulo, Aracaju and Cuiabá, interviewed through a structured document with questions about sociodemographic data and reproductive history and use of emergency contraception. Statistical analyses were performed in the Stata 14.2, using absolute numbers, proportions, chi-square difference test and multiple logistic regression. **Results:** Just over half (56.8%) reported having used emergency contraception and 53.3% used some contraceptive method when they used it. In the multiple logistic regression analysis, the factors associated with the previous use of emergency contraception were: age (OR = 0.59, 95% CI: 0.44-0.79), schooling (OR = 1.75, 95% CI (OR = 1.26, 95% CI: 1.07-1.84), perform paid work (OR = 1.26, 95% CI: 1.01- (OR = 1.34, 95% CI: 1.00-1.80), the number of sexual partners (OR = 1.95, 95% CI: 1.48-2.57). The majority of women who previously used oral pill, injectable and male condom continued to the same method after using emergency contraception. **Conclusion:** The use of emergency contraception did not contribute to the interruption of women or their regular contraceptive method.

Keywords: Sexual and Reproductive Health; Postcoital contraception; Family planning; Women's Health; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo sorteadas para realização da coleta de dados.....	35
Quadro 2	Unidades Básicas de Saúde da cidade de Aracaju sorteadas para realização da coleta de dados.....	38
Quadro 3	Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cuiabá sorteadas para realização da coleta de dados.....	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição das Coordenadorias Municipais de Saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2015	30
Figura 2	Distribuição das oito regiões de saúde do município de Aracaju	31
Figura 3	Rede Física Municipal de Saúde do município de Cuiabá	32
Figura 4	Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde constam as UBS inicialmente sorteadas e, em rosa, constam aquelas que compuseram o quadro reserva). São Paulo, 2015	38
Figura 5	Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Aracaju, 2016	40
Figura 6	Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Cuiabá, 2017	41
Figura 7	Média e número de vezes que a AE foi usada anteriormente. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	64

Figura 8	MAC em uso quando usou a AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	65
Figura 9	Uso de métodos posteriormente ao uso da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	66
Figura 10	Uso de métodos após o uso da AE pelas mulheres que não usavam MAC. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	55
Tabela 2	Características do comportamento sexual e da história reprodutiva das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017	57
Tabela 3	Características sociodemográficas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde de acordo com o uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	60
Tabela 4	Características do comportamento sexual e da história reprodutiva das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde de acordo com uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.....	61
Tabela 5	Análise de regressão logística, segundo os fatores associados ao uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017	63
Tabela 6	Número e proporção de mulheres que receberam orientação de um profissional de saúde sobre a AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017	68

LISTA DE SIGLAS

AE	Anticoncepção de emergência
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSPro	Census and Survey Processing System
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
ICEC	Consórcio Internacional para a Anticoncepção de Emergência
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LH	Hormônio luteinizante
PNA	Pesquisa Nacional do Aborto
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	16
1.2 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	19
1.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA AE	21
1.4 USO DA AE NO MUNDO E NO BRASIL.....	24
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
3.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	33
3.5 PLANO AMOSTRAL	35
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	43
3.7 COLETA DE DADOS.....	44
3.7.1 Contato com as Coordenadorias de Saúde	44
3.7.2 Contato com as UBS do estudo	45
3.7.3 Processo de coleta de dados	46
3.8 INSTRUMENTO	48
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	49
4 RESULTADOS	54
5 DISCUSSÃO	69
6 CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	87
ANEXOS.....	101

APRESENTAÇÃO

Em 2014, ao participar como supervisora de campo na pesquisa sobre os riscos cardiovasculares em adolescentes (ERICA), me encantei pela pesquisa. Ao final deste mesmo ano, comecei a participar do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, que trabalha com a temática de saúde coletiva e saúde sexual e reprodutiva.

Em 2015, tive a oportunidade de participar como pesquisadora da pesquisa intitulada “Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, o que me impulsionou a entrar no curso de mestrado em 2016. Este estudo foi coordenado pela Prof^a. Dr^a Ana Luiza Vilela Borges, orientadora deste trabalho, e foi realizado em três capitais brasileiras: São Paulo, Aracaju e Cuiabá. O presente estudo integra a pesquisa citada acima.

A capital São Paulo foi um dos cenários do estudo, pois é onde se localiza a Escola de Enfermagem da USP, local sede do projeto. Aracaju foi escolhida porque uma aluna de doutorado, que participa do projeto maior, é natural dessa capital e se dispôs a realizar a coleta de dados nesse local. Cuiabá foi escolhida porque a coordenadora do projeto maior tem uma parceria com a professora Eveline do Amor Divino, da Universidade Federal do Mato Grosso, o que tornou possível a coleta de dados no município. Outra justificativa para a coleta nessas três capitais foi a disponibilização de apoio financeiro da FAPESP e do CNPq.

Essa experiência contribuiu para o meu conhecimento e desenvolvimento na área da pesquisa, principalmente sobre a anticoncepção de emergência e todas as questões que a permeiam.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A luta do movimento de mulheres trouxe visibilidade para temas relacionados à saúde da mulher, como a autonomia sobre sua vida sexual e reprodutiva, a opção ou não pela maternidade, a contracepção segura, a interrupção voluntária da gravidez, assim como sua participação efetiva nos cenários políticos (Pitanguy, 1999). Atualmente, os espaços dos discursos feministas foram ampliados para além das ruas, por meio das redes sociais. Essas constituem-se em novo e importante ambiente de debates feministas, principalmente em relação ao corpo feminino, com discussões sobre assédio sexual, descriminalização do aborto, violência contra a mulher e garantia de direitos para as mulheres em todo o mundo (Santini et al., 2016). Portanto, o reconhecimento dos direitos das mulheres, assim como de seus direitos sexuais e reprodutivos, segue como pauta importante dos movimentos feministas até os dias atuais.

Direitos sexuais e reprodutivos são compreendidos como valores democráticos, em que homens e mulheres têm o direito de manter uma vida sexual satisfatória e segura, com a liberdade de decidir se desejam ou não ter filhos, o número de filhos e quando tê-los (Souza, Tyrrell, 2007). Esses direitos fazem parte do conjunto mais amplo de direitos humanos, estando vinculados tanto aos direitos civis e políticos, como aos direitos econômicos, sociais e culturais (Corrêa, Alves, Januzzi, 2006; UNFPA, 1995a).

No que concerne aos direitos reprodutivos, dois marcos importantes devem ser lembrados: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu em Pequim, em 1995.

A Conferência do Cairo foi um importante evento internacional sobre temas populacionais, no qual o crescimento demográfico, a necessidade de adotar políticas para subsidiar o controle da fecundidade, a diminuição das taxas de mortalidade e a melhoria do padrão de vida nos países de baixa e média renda foram os temas que a embasaram, com debates sobre questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre gêneros e saúde e direitos reprodutivos (Corrêa, Alves, Januzzi, 2006). Nessa perspectiva, a mulher passou de objeto de regulação e controle da fecundidade, a sujeito de programas de desenvolvimento e população; ou seja, a mulher foi vista como o principal elemento da atividade reprodutiva, tendo como foco

a possibilidade de a mulher ter o controle sobre seu próprio corpo, sua sexualidade e vida reprodutiva (Mattar, 2008; Mattar, Diniz, 2012).

Assim, no capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos como:

[...] certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos sobre direitos humanos internacionais e outros documentos relevantes de consenso das Nações Unidas. Estes direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsavelmente sobre o número, espaçamento e quando devem ter os seus filhos e de terem acesso à informação sobre a forma como fazê-lo, bem como o direito de se beneficiarem de saúde sexual e reprodutiva do mais alto nível. Também incluem o direito de todos tomarem decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção nem violência (UNFPA, 1995b, p.17).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, foi realizada para a discussão de questões sobre as mulheres, com ênfase nas desigualdades entre gênero nas diferentes esferas, como educação, mercado de trabalho, acesso aos serviços de saúde, direitos sexuais e reprodutivos, e também sobre a violência contra a mulher (Corrêa, Alves, Januzzi, 2006; UNFPA, 1995a). Sem dúvida, a Conferência de Pequim trouxe significativas mudanças na busca pela igualdade de gênero, propondo a inclusão plena da mulher no setor educacional e no mercado de trabalho, de forma a diminuir a exclusão social e a situação subalterna da mulher na sociedade e na família, dando a ela maior poder para exercer seus direitos, e maior controle sobre suas relações pessoais e sociais (Alves, Corrêa, 2009).

O conceito dos direitos sexuais surgiu a partir dos anos 1990, através dos movimentos de gays e lésbicas que lutavam pelo exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parceiros e práticas sexuais sem constrangimento e discriminação, colocando a heterossexualidade e a homossexualidade como práticas sexuais igualmente livres (Ávila, 2003; Lemos, 2014). Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, entre esses direitos, estão:

O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).

O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.

O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.

O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.

O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.

O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.

O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.

O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids.

O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.

O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (Brasil, 2010, p.16).

Desde então, vários avanços ocorreram no campo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil: o aumento do acesso e do uso de métodos contraceptivos; a melhoria no acesso e na qualidade do pré-natal; a redução das taxas de fecundidade; o aumento do nível educacional das mulheres; o pequeno aumento da sua participação no mercado de trabalho e nos espaços de poder; além de alguns progressos na luta contra a desigualdade de gênero e no combate à violência de gênero (Arihla, Berquó, 2009).

Apesar desses avanços, a efetivação dessas propostas está aquém do esperado. Ainda há muito que avançar, por exemplo, no campo da assistência ao abortamento, tendo em vista que essa possibilidade permanece restrita no país; na diminuição da mortalidade materna; na ampliação das ações de educação para a sexualidade em escolas; na diminuição da persistente desigualdade socioeconômica e de gênero (Brasil, 2010).

Nas conferências de Cairo e Pequim, os governos de vários países, inclusive do Brasil, também assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as políticas e os programas dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive as ações de planejamento reprodutivo, por meio do programa de planejamento familiar (Brasil, 2005).

1.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em 12 de janeiro de 1996, foi sancionada no Brasil a Lei n.º 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no país. Entende-se como planejamento familiar “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Brasil, 2005, p. 6).

Ações de planejamento reprodutivo são ofertadas no Brasil pelos serviços de atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Moura, Silva, Galvão, 2007). Incluem a oferta de métodos e técnicas para concepção e contracepção, aconselhamento e atividades educativas para homens, mulheres e casais (Brasil, 2010), permitindo aos indivíduos adiarem e limitarem o número de filhos, como desejarem, com impacto em sua saúde e seu bem-estar, reduzindo o risco de problemas de saúde, mortalidade materna e infantil e gestações não desejadas (Moura, Gomes, 2014).

Como parte integrante da assistência em planejamento reprodutivo, está a distribuição dos métodos contraceptivos, que são adquiridos pelo Ministério da Saúde e oferecidos no SUS pela atenção básica. Os métodos disponíveis são as pílulas anticoncepcionais orais, os injetáveis mensal e trimestral, o preservativo feminino, o preservativo masculino, o diafragma, o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, a anticoncepção de emergência (AE), além dos métodos definitivos: vasectomia e ligadura de trompas (Brasil, 2010). Em alguns casos, outros métodos contraceptivos são disponibilizados pelo SUS, como na capital paulista, que em 2016, a secretaria municipal de saúde de São Paulo, ofereceu implantes subdérmicos para evitar gravidez indesejada em mulheres em situação de vulnerabilidade, como as usuárias de droga (RBA, 2016). Assim, as ações do planejamento reprodutivo devem oferecer informações necessárias para a escolha correta e o uso efetivo do método que melhor se adeque às condições de saúde do indivíduo (Silva et al., 2011).

Como dito anteriormente, ações de planejamento reprodutivo devem ser desenvolvidas junto a homens, mulheres e casais. Porém, na prática, há pouco envolvimento dos homens, o que faz com que a responsabilidade sobre essas ações seja exclusiva da mulher (Santos, Freitas, 2011). Tampouco tem sido observada atenção adequada para adolescentes e mulheres que nunca tiveram filho, que não desejam engravidar ou que tenham dificuldade para engravidar (Heilborn et al., 2009; Moura, Gomes, 2014). Além disso, Moura, Silva e Galvão (2007) observaram que a prescrição e a entrega de métodos contraceptivos estão ligadas a barreiras institucionais e profissionais, como a dependência de consultas com o médico, que nem sempre está prontamente disponível para esse atendimento, a resistência em entregar métodos para adolescentes e a falta de parcerias com outros serviços de

atenção à saúde, para encaminhamento nos casos de laqueadura, vasectomia e infertilidade, dentre outras barreiras.

Apesar das barreiras para acessar os métodos contraceptivos no SUS, de acordo com a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 2006, a prevalência de uso de método contraceptivo foi de 80,6%, entre as mulheres unidas, e 75,2%, entre as mulheres não unidas, mas sexualmente ativas. Os métodos mais utilizados foram a pílula (22,1%), a esterilização feminina (21,8%) e a camisinha masculina (12,9%) (Brasil, 2008). Outra pesquisa nacional mais recente, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada entre 2013 e 2014, mostrou que a prevalência do uso de pílula foi 28,2%, enquanto a de contraceptivos injetáveis foi 4,5% (Farias et al., 2016). Esses dados mostram que a pílula continua sendo um método contraceptivo bastante utilizado no Brasil.

Embora a prevalência de uso de métodos contraceptivos seja alta no país, o Projeto Nascer no Brasil, realizado em 2011 e 2012, mostrou que 55% das mulheres puérperas entrevistadas não desejaram aquela gestação. Muitas dessas gestações não desejadas acabam sendo interrompidas por meio de abortos provocados, o que é bastante preocupante, tendo em vista que o aborto é uma prática legalmente restrita no Brasil (Theme-Filha et al., 2016). O aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna, representando 4,6% do total de óbitos maternos, vale ressaltar que, hipertensão, hemorragia, doenças cardiovasculares, infecção e aborto respondem por 51% do total de óbitos maternos (Brasil, 2011).

A proporção de mulheres, com idade entre 18 e 39 anos, que já fizeram aborto em algum momento da vida, de acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2010, foi 15%, semelhante à PNA de 2016, que observou 13%. O número de abortos continuou sendo maior nas mulheres jovens e de mais baixa escolaridade (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017), que parecem ser as mais vulneráveis às consequências negativas do aborto inseguro. Por sua vez, levantamento feito pelo Ministério da Saúde sobre 20 anos de pesquisas sobre o aborto, verificou que as mulheres que recorrem ao aborto são usuárias de métodos contraceptivos, o que parece indicar que o uso, embora seja frequente, pode estar cercado de inconsistências e descontinuidades (Brasil, 2009). É justamente nesses momentos, em que as mulheres se deparam com relações sexuais desprotegidas, por conta de descontinuidades ou falhas no uso de métodos contraceptivos, ou situações de

violência sexual, que a AE configura-se numa importante estratégia adicional para prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada, evitando também consequências físicas e psicológicas que essas gravidezes podem trazer, incluindo a necessidade de um aborto, seja ele, legal ou clandestino (Brasil, 2011; Bastos et al., 2008).

1.2 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A AE constitui-se em um conjunto de métodos anticonceptivos indicados para serem usados para prevenir a gestação após a relação sexual desprotegida. Atualmente, existem cinco tipos de produtos que atuam como AE: o método Yuzpe, a pílula de levonorgestrel, o DIU de cobre, a pílula de acetato de ulipristal e a pílula de mifepristone (Pacheco et al., 2015; Westley, Bass, Puig, 2016).

O método Yuzpe consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de um estrogênio e um progestágeno, com 100 mcg de estinilestradiol e 500 mcg de levonorgestrel, que devem ser administradas em duas doses com intervalo de 12h (Brasil, 2011; Bouzas, Pacheco, Eisenstein, 2004). Esse método só é indicado em situações nas quais a AE de levonorgestrel não esteja disponível, pois há vantagens do levonorgestrel sobre o método Yuzpe, dentre elas, as taxas de falha do método Yuzpe são maiores do que a AE de levonorgestrel, os efeitos colaterais são mais representativos e, em alguns casos, o estinilestradiol pode interagir com alguns medicamentos, como os antirretrovirais, comprometendo a eficácia desse método (Brasil, 2011; Cleland et al., 2014).

O uso do DIU como contraceptivo de emergência é indicado até cinco dias após a relação sexual desprotegida. Ele age impedindo a fertilização do óvulo e sua nidação, por meio da toxicidade do cobre sobre o espermatozoide. O método torna-se eficaz imediatamente após sua inserção (FFPRHC, 2006).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o DIU pode ser usado como AE, porém, parece que ainda não está prontamente disponível. Estudo mostrou que apenas 10,6% das clínicas contatadas o disponibilizam como AE (Schubert et al., 2016). Além disso, outro estudo mostrou que 85% dos médicos nunca recomendaram o DIU como AE e apenas 7% inseriam o método na primeira consulta, ao passo que a maioria exigia duas ou mais visitas das mulheres à clínica para inserção do mesmo (Harper et al., 2012).

O uso do DIU como AE não está regulamentado no Brasil (Figueiredo, Bastos, 2008), embora seja considerado o método de emergência mais eficaz (Pacheco et al., 2015; Glasier, 2013; Cleland et al., 2012).

O acetato de ulipristal é um modulador seletivo de receptores da progesterona. Seu mecanismo de ação consiste em ligar-se a esses receptores, atuando nas fases inicial e tardia do pico do hormônio luteinizante (LH), inibindo ou retardando a ovulação por cinco dias. Sua eficácia permanece a mesma durante os cinco dias; portanto, esse método é mais eficaz do que a AE de levonorgestrel e do que o método Yuzpe (Croxtall, 2012; Cleland et al., 2014). De acordo com o Consórcio Internacional para a Anticoncepção de Emergência (ICEC), o ulipristal está disponível em muitos países, como Armênia, Canadá, Ucrânia, Estados Unidos, Bolívia, Equador, Colômbia, México, Vietnã, França, Alemanha, Austrália, mas não no Brasil (ICEC, 2017).

A mifepristona é uma antiprogesterona sintética, estudada principalmente na China, como uma forma de AE em doses muito baixas, de 10 a 50mg. Sua ação varia de acordo com a fase do ciclo menstrual. Durante a fase folicular, a mifepristona atrasa a elevação do estrogênio e do LH e a ovulação. Após a ovulação, inibe o desenvolvimento endometrial; assim o endométrio permanece imaturo, impedindo que a implantação ocorra. Em doses mais elevadas, de 200 a 600mg, a mifepristona age depois que a implantação ocorre, sendo considerada abortiva (Koyama et al., 2013). Está disponível na Armênia, na China, na Rússia, no Vietnã, na Moldávia e na Ucrânia (Trussell, Raymond, Cleland, 2014). Possivelmente, devido ao mecanismo de ação envolver a implantação do ovo, a mifepristona está disponível em poucos países. No Brasil, onde o aborto não é legalizado, exceto em casos de violência sexual e risco de morte para a mulher (Figueiredo, 2016), também não está disponível.

Por sua vez, o levonorgestrel foi desenvolvido há várias décadas e pode ser considerado o fármaco padrão de AE utilizado em todo o mundo, estando disponível na maioria dos países sem receita médica, permitindo acesso rápido e fácil nas farmácias (Krassovics, Viragh, 2016). Está presente em mais de 140 países, sendo a única AE disponível no Brasil, além do método Yuzpe (ICEC, 2017). Deve ser tomada até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida; porém, sua eficácia é sempre maior quanto mais próxima da relação for utilizada (Brasil, 2013). As taxas de falha da AE de levonorgestrel são de 0,4% entre 0 e 24 horas após a

relação sexual desprotegida, 1,2% entre 25 e 48 horas e 2,7% entre 49 e 72 horas (Brasil, 2011). O levonorgestrel atua inibindo ou atrasando a ovulação, podendo também impedir a fertilização de um óvulo por seu efeito sobre o muco cervical ou sobre a capacidade de os espermatozoides se ligarem ao óvulo (WHO, 2017). O levonorgestrel tem alta eficácia quando utilizado no momento do ciclo menstrual, interferindo na ovulação ou na migração espermática (Drezett et al., 2011).

Assim, a AE de levonorgestrel é mais eficaz do que o método Yuzpe, mas fica atrás dos outros métodos, como o DIU de cobre, que tem eficácia de 99% nos primeiros cinco dias após a relação sexual desprotegida, e o acetato de ulipristal, com 99,1% de eficácia nas primeiras 24 horas (Pacheco et al., 2015). Entre a mifepristona e o levonorgestrel, estudos demonstraram não haver diferença significativa de eficácia (Gemzell-Danielsson, Marions, 2004; von Hertzen et al., 2002).

Pelo fato de a AE se constituir na única estratégia existente para prevenir uma gravidez após a relação sexual, o acesso a este insumo é um direito das mulheres, ancorado nos direitos sexuais e reprodutivos. Certamente, a possibilidade de usá-la quando indicada é um recurso a mais para mulheres e casais prevenirem uma gravidez não desejada, em situações de falha ou de não uso de método contraceptivo de rotina e em casos de violência sexual (Brasil, 2011).

1.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA AE

A AE é disponibilizada de três formas no mundo: exposta livremente em balcões (*over-the-counter*), em que o medicamento fica exposto nas prateleiras como qualquer outro produto, em farmácias e algumas lojas comerciais; *behind-the-counter*, atrás dos balcões das farmácias, sem necessidade de prescrição médica, mas só adquirida por meio do contato com o profissional; e sob prescrição médica (*prescription-only*) (Westley, Bass, Puig, 2016). De acordo com essas categorias, dos 147 países que têm pelo menos uma marca de AE registrada, 19 permitem a compra da AE sem prescrição médica (*over-the-counter*), ao passo que 76 países permitem a compra por meio da interação com um farmacêutico, ainda que sem prescrição médica (*behind-the-counter*) e, em 52 países, a AE está disponível apenas com prescrição médica (*prescription-only*) (ICEC, 2017).

No Brasil, a AE é aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária e está disponível nos serviços públicos de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo a pílula de levonorgestrel de 1,5mg disponibilizada gratuitamente nestes serviços (Brasil, 2011). Em 1996, ela foi incluída na norma técnica sobre anticoncepção do Ministério da Saúde e, em 1999, houve a comercialização no mercado brasileiro (Costa et al., 2008). Porém, apenas a partir de 2000, os serviços públicos de saúde introduziram o método para casos de mulheres vítimas de violência sexual. Em 2002, essa distribuição se efetivou quando o Ministério da Saúde aumentou a oferta para municípios interessados (Figueiredo, Bastos, 2008). Em 2004, foi realizada uma compra destinada a todos os municípios com mais de 50.000 habitantes e, em 2005, quase todos os municípios brasileiros foram abastecidos com o método (Figueiredo, 2016). É exigida a receita médica para a compra da AE nas farmácias comerciais, mas, da mesma forma como outros tipos de medicamentos, na prática, o produto é vendido sem receita médica (Brandão et al., 2017). Já nos serviços públicos de atenção básica, desde 2013, o Ministério da Saúde divulgou um protocolo em que a receita médica não é mais exigida e o(a) enfermeiro(a) pode disponibilizar a AE nesses serviços (Brasil, 2013).

Apesar da disponibilização da AE em vários lugares no mundo, existem barreiras que dificultam o acesso das mulheres a esse método. Na Etiópia, por exemplo, as mulheres relatam que a falta de conhecimento sobre onde obter o método, a distância dos serviços de saúde, bem como o horário de funcionamento desses serviços e a preocupação com a privacidade foram razões para não usar a AE (Hailemariam et al., 2015). Já nos Estados Unidos, as duas razões mais relatadas para o não uso foram a inconveniência na obtenção do método e a preocupação com os efeitos colaterais (Rocca et al., 2007) - o que demonstra conhecimento insuficiente sobre o método.

Já no Brasil, estudo conduzido por Figueiredo e Paula (2012) mostrou que há falta de preparo técnico das equipes de saúde para a plena implementação do método; há também pouca divulgação do insumo à população; há o desconhecimento de que o enfermeiro(a), além do médico, pode dispensar a AE e, finalmente, há resistência em fornecer o método para adolescentes. Tudo isso pode dificultar que as mulheres brasileiras tenham acesso ao método quando necessitam.

Dados semelhantes também foram encontrados em estudo realizado em Recife (Spinelli et al., 2014), que mostrou que apenas 8,4% dos profissionais entrevistados reconhecem a AE como direito da mulher, demonstrando a falta de conhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos por parte desses profissionais. Apesar dessas barreiras não serem maioria observada nesse estudo, elas se tornam alvo importantes para que sejam implementadas ações a fim de sensibilizar os profissionais sobre a importância das orientações acerca da AE para as usuárias e sobre o reconhecimento de que o acesso ao método é um direito.

Santos, Borges e Chofakian (2013) identificaram que, embora a AE estivesse disponível em todas as unidades básicas de saúde que foram cenário do estudo na cidade de São Paulo, as mulheres pareciam não saber disso. Além do mais, a necessidade de passar por uma consulta médica ou de enfermagem para obter o método também foi observada e caracterizou-se como uma barreira de acesso.

Por conta dessas barreiras para acessar a AE, ela é basicamente adquirida em farmácias comerciais sem receita médica (Souza, Brandão, 2009). Figueiredo (2016) mostrou que farmácias e drogarias vendem cerca de 10,4 milhões de unidades por ano, 19 vezes mais do que o número de doses distribuídas pelas instituições públicas de saúde. Apesar de ter facilidade maior de acesso à AE nas farmácias comerciais, Moreau, Bajos e Trussell (2006a), em estudo conduzido na França, concluíram que a disponibilização da AE sem receita médica não impediu o uso de métodos contraceptivos regulares. Portanto, a forma de disponibilizar a AE sem a exigência de receita médica pode facilitar mais o acesso e o uso da AE nas situações em que o método é indicado.

Ainda, a disponibilização da AE levanta inúmeros debates sociais, devido ao termo “emergência” remeter a uma preocupação com algo que deve ser combatido logo, como também de que a AE tenha efeito abortivo ou que seja uma bomba de hormônios (Brandão et al., 2017). Equivocadamente, a AE é frequentemente considerada uma “bomba hormonal” por estar ligada à crença de que seja um medicamento que causa danos à mulher e que tenha alta dosagem de hormônios, quando comparada à pílula anticoncepcional de uso contínuo (Brandão et al., 2016).

Outra questão de debate é a preocupação com o aumento no uso repetido da AE e com a diminuição do uso dos métodos contraceptivos de rotina; porém, Raine et al. (2005) mostraram que isso não ocorre, pois as mulheres com acesso direto à

AE, ou seja, à provisão antecipada da AE, não tinham maior probabilidade de abandonar o método contraceptivo regular ou mudar para métodos menos eficazes.

1.4 USO DA AE NO MUNDO E NO BRASIL

Em uma pesquisa realizada nos países da Europa (ocidental, central e oriental) e da Ásia central sobre os padrões de uso e as atitudes das mulheres em relação à AE, concluiu-se que as taxas de utilização eram baixas, variando de 4% a 18% nos países pesquisados (Krassovics, Viragh, 2016). Dados da pesquisa demográfica e de saúde realizada em 45 países mostraram porcentagem maior de uso da AE na América Latina (3,5%), seguida pela Europa e Ásia ocidental (2,3%), África (1,8%) e Ásia oriental (0,3%). Essas porcentagens variam entre os países: por exemplo, entre as mulheres da Colômbia, que são ou já foram sexualmente ativas, 66% conhecem a AE e 12% já usaram; já no Chade, apenas 2% já ouviram falar sobre o método e menos de 0,1% das mulheres o utilizou. Em quase todos os países pesquisados, as mulheres mais escolarizadas e com melhor inserção social tinham as mais altas taxas de conhecimento e uso, assim como as mulheres que viviam em regiões urbanas (Westley et al., 2013).

No Brasil, de acordo com a PNDS de 2006, a AE passou a ocupar o quinto lugar dentre todos os métodos contraceptivos usados. O estudo mostrou que 12% das mulheres entrevistadas entre 15 e 49 anos já tinham usado alguma vez a AE, cujo uso foi mais frequente entre as jovens, na faixa etária de 20 a 24 anos (18,5%) (Brasil, 2008).

Estudos de abrangência local têm demonstrado que essa porcentagem aumentou nos últimos anos. Em estudo realizado com alunos de Ensino Médio das escolas estaduais do município de São Paulo, com média de idade de 16,5 anos, o uso da AE foi referido por 30,1% - a maioria em situações de rompimento do preservativo (Figueiredo et al., 2008). Nascimento (2012) mostrou que o uso anterior da AE foi observado em 57,9% dos adolescentes das escolas públicas, com idade entre 15 e 19 anos, de uma cidade da Região Metropolitana de São Paulo.

Por sua vez, em um estudo com jovens universitárias, com idade média de 21,2 anos, realizado no sul do estado de Santa Catarina, Alano et al. (2012) mostraram que 48,6% das entrevistadas já haviam usado a AE. Dado parecido com

o estudo de Bastos et al. (2008), em que o uso anterior da AE pelas jovens universitárias da área da saúde do estado de São Paulo foi de 45,5%.

Assim, observa-se que há diferença no uso quando - comparado os estudos locais ao nacional e quando comparadas as faixas etárias -, pois as adolescentes e jovens usam mais a AE do que as mulheres adultas. O mesmo é observado em países da Europa, onde a utilização da AE foi mais frequente em mulheres mais jovens (uso anterior alcançou 37% na faixa etária de 16 a 24 anos e 28% na faixa etária de 24 a 45 anos) (Nappi et al. 2014).

Moreau, Trussell e Bajos (2006b) mostraram que o nível educacional pode refletir no uso da AE, pois as mulheres com maior escolaridade e maior nível socioeconômico possuem maior habilidade em controlar sua fecundidade. Outros grupos em que o uso da AE é mais frequente são as mulheres que ainda não tinham filhos, ou seja, mais motivadas a evitar uma gravidez. As mulheres que relataram história de aborto induzido também foram mais propensas a usar a AE, assim como as mulheres que relataram ter vários parceiros sexuais.

De toda forma, adolescentes são o grupo mais estudado no Brasil em relação ao uso da AE (Carmo, Duarte, 2017). No entanto, pouco se sabe sobre o uso da AE entre mulheres jovens e adultas, que já tenham filhos, residentes em diferentes regiões do país, que é a justificativa para a condução do estudo ora proposto.

Levando em consideração esses aspectos, este estudo se propõe a responder as seguintes perguntas: Como é o uso da AE pelas mulheres de acordo com as características sociodemográficas e reprodutivas? Há diferenças regionais no uso da AE? As mulheres receberam orientação de algum profissional de saúde sobre a AE? Quais são os métodos usados antes e após o uso da AE?

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ➔ Analisar o uso da AE por mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde dos municípios de São Paulo, Aracaju e Cuiabá.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ➔ Verificar a proporção de mulheres que já usaram AE em São Paulo, Aracaju e Cuiabá ao longo da vida e no último ano.
- ➔ Verificar a proporção de mulheres que usaram a AE segundo as características sociodemográficas e reprodutivas.
- ➔ Analisar os aspectos associados ao uso anterior da AE.
- ➔ Identificar os métodos contraceptivos usados antes e após o uso da AE.
- ➔ Identificar se as usuárias de AE receberam orientação de algum profissional sobre o método.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, conduzido com amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS das cidades de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT. Este estudo integra uma investigação mais ampla, intitulada “Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, contemplada com apoio financeiro FAPESP (2014/02447-5) e CNPq (440577/2014-4). O estudo é coordenado pela Dra. Ana Luiza Vilela Borges, orientadora deste trabalho. A aluna de mestrado responsável pelo projeto aqui apresentado foi uma das supervisoras da pesquisa.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em UBS das cidades de São Paulo (SP), em 2015, e de Aracaju (SE) em 2016 e de Cuiabá (MT) em 2017. A escolha por conduzir o estudo nessas três capitais buscou contemplar mulheres que vivem em distintas regiões do país.

O município de São Paulo possuía, em 2016, população total de mais de 12 milhões de habitantes (IBGE, 2016), com renda média per capita igual a R\$ 3.411,60 em 2012 – considerada alta. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade de São Paulo, em 2010, foi 0,805, o que classifica a localidade na categoria de Desenvolvimento Humano Muito Alto. No entanto, é um município com grandes diferenças socioeconômicas, pois possui bairros que apresentam desde IDHM médios até muito altos. Os IDHM dos bairros reafirmam o perfil municipal de diferenças marcantes, tendo variado entre 0,625 (Jardim Capela, zona Sul) e 0,965 (Berrini, Jardim Paulistano, Vila Cordeiro e Vila Madalena, bairros mais próximos ao centro da cidade) (PNUD, 2014).

Nesse município, a organização da rede de Atenção Básica à Saúde está dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS (Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul) e 25 Supervisões Técnicas de Saúde – STS. As CRS são responsáveis pela coordenação das STS, que, por sua vez, são responsáveis por

fazer a supervisão direta das UBS e dos demais serviços de saúde. Em julho de 2015, o município de São Paulo possuía 449 UBS em funcionamento, sendo oito UBS coordenadas pela CRS Centro, 112 pela CRS Leste, 89 pela CRS Norte, 27 pela CRS Oeste, 92 pela CRS Sudeste e 121 pela CRS Sul (São Paulo, 2017). Entre as zonas correspondentes às seis CRS, verificam-se diferenças sociais marcantes. As zonas Oeste e Central, por exemplo, apresentam os melhores índices de renda, educação e longevidade. Já os piores índices estão concentrados nas zonas Norte, Sul e Leste (PNUD, 2014).

Figura 1 – Distribuição das Coordenadorias Municipais de Saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2015

Aracaju é a capital de Sergipe, situada na região no Nordeste do país. Ocupando uma área de 181,857 Km², possuía em 2010, uma população de 571.149 habitantes, sendo 181.929 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, com densidade demográfica de 3.140,65 hab/km². Em 2010, a renda média por pessoa foi de R\$ 1.239,56 e o IDHM foi 0,770 (IBGE, 2010). Nesse município, há 43 Unidades Básicas de Saúde e a rede de atenção básica à saúde está dividida em oito regiões, distribuídas da seguinte forma: 6 UBS na 1ª região, 5 UBS na 2ª região, 6 UBS na 3ª região, 7 UBS na 4ª região, 5 UBS na 5ª região, 4 UBS na 6ª região, 5 UBS na 7ª

região e 5 UBS na 8ª região, todas administradas pela Secretaria Municipal de Saúde (Aracaju, 2017).

Figura 2 – Distribuição das oito regiões de saúde do município de Aracaju

Fonte: Inagaki ADM et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2014, vol.36, n.12.

Cuiabá é a capital de Mato Grosso, situada na região Centro-Oeste do país. Ocupando uma área de 3.291,812 Km², possuía, em 2010, uma população de 551.098 habitantes, sendo 168.142 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, com densidade demográfica de 157,66 hab/km². Em 2010, a renda média por pessoa foi de R\$ 1.317,80 e o IDHM foi 0,785 (IBGE, 2010). Nesse município, em 2017, havia 87 UBS e a rede de atenção básica à saúde era administrada pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo 24 UBS localizadas na região Sul, 19 UBS na região Leste, 27 UBS na região Norte e 18 UBS região Oeste (Cuiabá, 2017).

Figura 3 – Rede Física Municipal de Saúde do município de Cuiabá

Fonte: <http://www.cuiaba.nt.gov.br/mapas/mapas/7938>

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS das capitais São Paulo, Aracaju e Cuiabá. Os critérios de exclusão foram não ter iniciado a vida sexual e/ou ter realizado laqueadura ou o parceiro ter realizado vasectomia há mais de cinco anos. Ou seja, mulheres que realizaram a laqueadura, ou seus parceiros a vasectomia, antes de outubro de 2010, não participaram da pesquisa, em São Paulo. Em Aracaju, mulheres que realizaram a laqueadura, ou seus parceiros a vasectomia, antes de agosto de 2011, não participaram da pesquisa. Em Cuiabá, as mulheres que realizaram a laqueadura, ou seus parceiros a vasectomia, antes de setembro de 2012 não participaram da pesquisa.

As mulheres usuárias das UBS, em São Paulo, Aracaju e Cuiabá, foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

- 1) mulheres que aguardavam atendimento para realização do exame citopatológico cérvico-vaginal.
- 2) mulheres que aguardavam consulta médica ou de enfermagem.

Para garantir o seguimento desses critérios, criou-se um formulário para ser preenchido pelas entrevistadoras durante a coleta de dados (Apêndice A). Foi utilizado um formulário para cada UBS, em São Paulo, Aracaju e Cuiabá. Nesse formulário, constam o número de mulheres que compareceram para o exame citopatológico cérvico-vaginal, que compareceram para consulta, que foram abordadas pela entrevistadora e, por fim, o número de entrevistadas daquele dia.

3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para determinar o tamanho da amostra em São Paulo, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções:

$$n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

em que P é a proporção de mulheres a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e deff é o efeito do delineamento (Kish, 1965; Silva, 2001). Para P=0,50 que leva ao maior tamanho de amostra; d=0,05; z=1,96 correspondente ao nível de confiança de 95% e deff=2, o tamanho da amostra deveria ser 768 ($n_0=768$, arredondado para 800).

Considerando que as estimativas devem ser obtidas entre as mulheres que usaram algum método contraceptivo, cuja proporção é estimada em 80% (Brasil, 2008), o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas em São Paulo foi:

$$n = \frac{n_0}{0,80} = 1000$$

Considerando, ainda, o percentual de 25% de mulheres que não participariam da pesquisa (recusa ou perda por problemas do entrevistador) e o percentual de

33% de mulheres de 18 a 49 anos que não seriam elegíveis para a entrevista (mulheres que nunca tiveram relação sexual e mulheres laqueadas ou com parceiros vasectomizados) (Brasil, 2008), o número de mulheres sorteadas, a fim de se obterem 1.000 entrevistas, foi:

$$n_{\text{sorteio}} = \frac{1000}{(1 - 0,25)(1 - 0,33)} = 1993$$

Assim, foram sorteadas, aproximadamente, 2.000 mulheres para a cidade de São Paulo.

Para determinar o tamanho da amostra para Aracaju e Cuiabá, foi utilizada a mesma expressão algébrica.

Considerando que as estimativas devem ser obtidas entre as mulheres que usaram algum método contraceptivo, cuja proporção é estimada em 80% (Brasil, 2008), o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas em Aracaju e Cuiabá foi:

$$n \geq \frac{n_0}{0,80} \geq 482$$

Considerando, ainda, o percentual de 25% de mulheres que não responderiam ao questionário (recusa ou perda por problemas do entrevistador) e o percentual de 33% de mulheres de 18 a 49 anos que não seriam elegíveis para a entrevista (mulheres que nunca tiveram relação sexual e mulheres laqueadas ou com parceiros vasectomizados) (Brasil, 2008), o número de mulheres sorteadas, a fim de se obterem 482 entrevistas para Aracaju e 482 para Cuiabá, foi:

$$n_{\text{sorteio}} \geq \frac{n}{(1 - 0,25)(1 - 0,33)} \geq 963$$

Então, foram sorteadas 963 mulheres para ambos os municípios. Essa diferença nas amostras ocorre pelo motivo de São Paulo ter população bem maior do que Aracaju e Cuiabá e, conseqüentemente, a população de mulheres em idade fértil também ser maior.

3.5 PLANO AMOSTRAL

O plano amostral foi conduzido por meio de amostragem por conglomerados em dois estágios para os três municípios participantes do estudo. A unidade de primeiro estágio (unidade primária de amostragem) foi constituída pelas UBS, sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, medido pelo número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados no ano de 2014, para cada município (Anexo 5).

Para o município de São Paulo, foram sorteadas 50 UBS (Quadro 1), sendo 12 UBS para reserva, que estão identificadas no Quadro 1 com “R”.

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo sorteadas para realização da coleta de dados

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
1	5992842 – Pq Maria Helena	Sul	Campo Limpo	10
2	2788713 – Vila Arapuá	Sul	Ipiranga	68
3	2786990 – Ponte Seca – Dom Luciano Bergamini	Sul	Parelheiros	619
4	6332471 – Marsilac	Sul	Parelheiros	116
5	6280188 – Chácara do Sol	Sul	Capela do Socorro	118
6	2788462 – Juscelino Kubitschek	Leste	Itaquera	Desativada em Nov/2012
7	4049896 – Alcina Pimentel Piza	Sul	Capela do Socorro	588
8	6332463 – Jardim Silveira	Sul	Parelheiros	162
9	6332498 – Nova América	Sul	Parelheiros	181
10	6018939 – Colônia	Sul	Parelheiros	258
11	2789302 – Veleiros	Sul	Capela do Socorro	295
12	6332528 – Vila Roschel	Sul	Parelheiros	309
13	2789132 – Vila Olímpia-Max Perlman	Sul	Vila Mariana/Jabaquara	367
14	2787547 – Jd Keralux	Leste	Ermelino Matarazzo	402
15	2786877 – Caxingui-Nanci Abranches	Oeste	Butantã	380
16	2787342 – Jd das Laranjeiras	Sul	Santo Amaro/Cidade Ademar	385

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
17	2027038 – Cidade Sat Santa Barbara	Leste	São Mateus	374
18	2788675 – Vila Anastácio	Oeste	Lapa/Pinheiros	402
19	2788101 – Milton Santos	Sul	Vila Mariana/Jabaquara	411
20	2787571 – Jd Marcelo	Sul	Campo Limpo	445
21	2752166 – Água Rasa	Leste	Mooca/Aricanduva	457
22	2027380 – Marinópolis-Mario Napolitano	Oeste	Lapa/Pinheiros	492
23	2787075 – Gleba do Pêssego	Leste	Itaquera	501
24	2789035 – Vila Mangalot	Norte	Pirituba / Perus	534
25	2752352 – Vila Carrão-Dr. Adhemar Monteiro Pacheco	Leste	Mooca/Aricanduva	550
26	2788896 – Vila Formosa II	Leste	Mooca/Aricanduva	582
27	2786710 – Adelaide Lopes	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	584
28	2091712 – Casa Verde Baixa-Walter Elias/CEO II	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	590
29	6332420 – Barragem	Sul	Parelheiros	319
30	2788969 – Vila Guilhermina – Dr. Américo Raspa Neto	Leste	Penha	591
31	2787598 – Vila Gumerindo-Jandira Massur	Sul	Ipiranga	605
32	2786850 – Capão Redondo	Sul	Campo Limpo	17
33	2786753 – Antônio Pires F Villa Lobo	Leste	Penha	620
34	6332501 – Vila Marcelo	Sul	Parelheiros	622
35	2787431 – Jd Helian	Leste	Itaquera	632
36	2789175 – Vila Piauí	Oeste	Lapa/Pinheiros	633
37	6408168 – Águia de Haia	Leste	Itaquera	653
38	3561186 – Vera Poty	Sul	Parelheiros	152
39 (R)	5357861 – Aldeia Jaraguá	Norte	Pirituba/Perus	82
40 (R)	7407629 – Jd Julieta	Norte	VI Maria/VI Guilherme	132
41 (R)	6090591 – Chác. Sto Amaro	Sul	Capela do Socorro	189
42 (R)	6332439 – Jd das Fontes	Sul	Parelheiros	363

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
43 (R)	2027011 – Jd Carrãozinho	Leste	São Mateus	381
44 (R)	2752360 - Vila Nova Manchester-Arlindo Gennari	Leste	Mooca/Aricanduva	410
45 (R)	2788411 - Pq Sta Madalena	Sudeste	Vila Prudente/Sapopemba	457
46 (R)	2068044 - Horto Florestal	Norte	Santana/Jaçanã	545
47 (R)	2787954 - Jd Vitória	Leste	Cidade Tiradentes	585
48 (R)	4050398 – Pastoral	Sudeste	VI Prudente/Sapopemba	616
49 (R)	2787326 - Jd D'abril	Oeste	Butantã	625
50 (R)	3016935 - Jd Bandeirantes	Leste	Guaianases	655

*Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014. (R) = UBS Reserva.

Seis UBS sorteadas foram posteriormente substituídas: Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini; Juscelino Kubitschek; Alcina Pimentel Piza; Barragem; Capão Redondo; e Vera Poty. A UBS Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini foi substituída por estar localizada em zona rural, além disso, o acesso a essa UBS é dificultado, por não haver transporte público que atenda essa localidade, inviabilizando a chegada de pesquisadoras; a UBS Juscelino Kubitschek foi desativada; as UBS Alcina Pimentel Piza e Barragem são de difícil acesso; a UBS Capão Redondo foi desativada; a UBS Vera Poty foi substituída por estar localizada em uma aldeia indígena. Optou-se por não realizar a coleta de dados em UBS de aldeia indígena e de zona rural porque contemplam mulheres com perfis muito diferentes das usuárias das outras UBS. As UBS reservas que substituíram as UBS sorteadas inicialmente foram: Jardim Julieta, Vila Nova Manchester-Arlindo Gennari; Parque Santa Madalena; Horto Florestal; Jardim Vitória; Pastoral. Todas as UBS autorizaram a realização da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa. Na Figura 4, pode ser observada a distribuição das UBS em que ocorreu a coleta de dados, nas diferentes regiões do município de São Paulo.

Figura 4 – Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde constam as UBS inicialmente sorteadas e, em rosa, constam aquelas que compuseram o quadro reserva). São Paulo, 2015

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

Para os municípios de Aracaju e Cuiabá, foram sorteadas 23 UBS (Quadros 2 e 3), sendo 4 UBS para reserva, que estão identificadas nos quadros 2 e 3 com “R”.

Quadro 2 – Unidades Básicas de Saúde da cidade de Aracaju sorteadas para realização da coleta de dados

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Região de localização	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
1	USF. Ministro Costa Cavalcante	3ª Região	150
2	USF. Sta. Terezinha (Robalo)	1ª Região	355
3	USF. Manoel de Souza Pereira	4ª Região	358
4	USF. Elizabeth Pita	2ª Região	376
5	US José Quintiliano da Fonseca	7ª Região	435
6	USF. Renato Mazze Lucas	7ª Região	553

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Região de localização	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
7	USF. Dona Sinhazinha	3ª Região	558
8	USF. Augusto Franco	1ª Região	617
9	USF. Joaldo Barbosa	4ª Região	662
10	USF. José Machado de Souza	6ª Região	698
11	USF. Eunice Barbosa	6ª Região	758
12	USF. Carlos Fernandes de Melo	8ª Região	813
13	USF. Pref. Celso Augusto Daniel	2ª Região	906
14	USF. Adel Nunes	4ª Região	916
15	USF. João Oliveira Sobral	8ª Região	929
16	USF. Onésimo Pinto	7ª Região	946
17	USF. Hugo Gurgel	3ª Região	971
18	USF. Lauro Dantas Hora	8ª Região	1016
19	USF. Geraldo Magela	2ª Região	1197
20 (R)	USF. João Bezerra	1ª Região	404
21 (R)	USF. Osvaldo Leite	2ª Região	217
22 (R)	USF. Walter Cardoso	8ª Região	532
23 (R)	USF. Niceu Dantas	1ª Região	297

*Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2014. (R) = UBS Reserva.

Todas as UBS do município de Aracaju autorizaram a realização da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa e nenhuma substituição das UBS sorteadas pelas reservas. A Figura 5 mostra a distribuição das UBS em que ocorreu a coleta de dados no município de Aracaju e a Figura 6 mostra a distribuição das UBS em que ocorreu a coleta de dados no município de Cuiabá.

Figura 5 – Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Aracaju, 2016

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

Quadro 3 – Unidades Básicas de Saúde da cidade de Cuiabá sorteadas para realização da coleta de dados

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Regional de Saúde	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais/2014*
1	PSF Três Barras	Norte	62
2	PSF Altos da Serra II	Norte	107
3	PSF Novo Horizonte	Norte	134
4	CS Cohab São Gonçalo	Sul	158
5	PSF Dr. Fabio Leite II	Norte	160
6	PSF Pedregal I e II	Leste	164
7	PSF Santa Isabel III	Oeste	172
8	PSF São João del Rey e Novo Millenium	Sul	193

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Regional de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
9	CS Planalto	Leste	197
10	CS CPA IV	Norte	203
11	PSF Carumbé e Bela vista	Leste	215
12	PSF Parque Atalaia I e II	Sul	232
13	CS Novo Terceiro	Oeste	236
14	PSF Pedra 90 V e VI	Sul	245
15	CS Alvorada	Oeste	260
16	CS Dom Aquino	Leste	283
17	PSF Industriário I e II	Sul	378
18	CS Jardim Imperial	Leste	404
19	Clínica da Família	Norte	516
20 (R)	CS CPA III	Norte	139
21 (R)	CS Paiaguás	Norte	128
22 (R)	PSF Pedra 90 III e IV	Sul	243
23 (R)	PSF Residencial Coxipó II	Sul	98

*Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN. (R) = UBS Reserva.

Figura 6 – Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Cuiabá, 2017

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

No segundo estágio de seleção, foram selecionadas as mulheres a serem entrevistadas em cada UBS. Em São Paulo, Aracaju e Cuiabá, a pesquisa foi realizada em três dias consecutivos em cada UBS e, em cada dia, foram entrevistadas 9 mulheres. Portanto, em São Paulo, a amostra planejada passou a ser: $38 \text{ (UBS)} \cdot 3 \text{ (dias)} \cdot 9 \text{ (mulheres usuárias)} = 1.026$ mulheres entrevistadas. Em Aracaju e Cuiabá, a amostra planejada passou a ser: $19 \text{ (UBS)} \cdot 3 \text{ (dias)} \cdot 9 \text{ (mulheres usuárias)} = 513$ mulheres entrevistadas.

As frações de amostragem de cada estágio foram:

$$f_1 = \frac{a \cdot N_i}{N}, \text{ no primeiro estágio;}$$

$$f_2 = \frac{m}{M_i}, \text{ no segundo estágio,}$$

em que a é o número de serviços sorteados ($a=38$);

N_i é o número de exames de Papanicolau no serviço i ;

m é o número de mulheres sorteadas no serviço i por dia ($m=9$);

M_i é o número de mulheres de 18 a 49 anos de idade atendidas no serviço i (média diária).

A fração de amostragem global foi obtida por:

$$f = \frac{a \cdot N_i}{N} \cdot \frac{3}{22} \cdot \frac{m}{M_i}$$

em que a fração $3/22$ refere-se aos dias de pesquisa entre os dias úteis do mês, apontando para a proposta de que a amostra refere-se aos atendimentos do mês.

A amostra é auto ponderada, pois as UBS foram sorteadas segundo seu tamanho proporcional, considerando o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais, e o mesmo número de mulheres foi entrevistado em cada UBS.

A amostra de mulheres entrevistadas em São Paulo foi 1031 mulheres, em Aracaju e Cuiabá foi de 513 mulheres, respectivamente. Depois de verificar a consistência interna dos dados, foram excluídos 5 questionários do município de Aracaju, pois esses questionários não contemplavam o critério de inclusão de possuir laqueadura/vasectomia há menos de 5 anos do dia da entrevista. Assim, a amostra final foi 1031 mulheres em São Paulo, 508 mulheres em Aracaju e 513 mulheres em Cuiabá, totalizando 2052 mulheres.

Durante a entrevista, 1164 mulheres responderam que já tinham usado anteriormente a AE; foi perguntado a essas mulheres quando foi a última vez que elas usaram a AE. Para as mulheres que responderam que o uso ocorreu há mais de cinco anos, as perguntas sobre a AE foram finalizadas; as mulheres que responderam que usaram há menos de cinco anos, continuaram respondendo o questionário sobre a AE. Um questionário foi excluído por dados faltantes, nas variáveis relacionadas ao uso anterior da AE. A amostra final para a caracterização do perfil de uso da AE foi constituída por 832 mulheres (considerando as três capitais), como mostra o esquema:

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 984.976/2015 – Anexo 1) e pela coordenadoria da atenção básica do município de São Paulo (Anexo 2). As secretarias municipais de saúde da Prefeitura Municipal de Aracaju e da Prefeitura Municipal de Cuiabá não contam com Comitê de Ética em Pesquisa, portanto, aceitaram o parecer emitido pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 1.553.428/2016 – Anexo 1). Para realização da pesquisa em Aracaju e Cuiabá, o projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (Anexo 3) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (Anexo 4).

Em São Paulo, a coleta de dados foi iniciada após anuência das Coordenadorias Regionais de Saúde, das Supervisões Técnicas de Saúde e dos gerentes responsáveis pelas UBS onde a pesquisa foi realizada. Em Aracaju, a

coleta de dados foi iniciada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Em Cuiabá, a Secretaria Municipal de Saúde também autorizou a coleta de dados.

Em São Paulo, Aracaju e Cuiabá, as mulheres foram convidadas a participar do estudo após a explicação de seus objetivos, do conteúdo de suas questões e das etapas da entrevista. Nesse momento, as participantes que aceitavam participar da pesquisa assinavam o TCLE. Foi enfatizado que o formulário seria constituído de perguntas de cunho íntimo e pessoal e que, por isso, a participação seria voluntária e espontânea, não acarretando nenhum tipo de prejuízo caso não quisesse participar, assim como não haveria remuneração caso participasse. As participantes tiveram assegurada a sua privacidade quanto ao sigilo dos relatos e respeitados seus valores socioculturais.

Este estudo adotou procedimentos que garantiram a não-discriminação ou a não-estigmatização dos indivíduos envolvidos na pesquisa. Os riscos oferecidos foram mínimos e incluíram certo desconforto em responder perguntas de cunho íntimo. Para amenizar esse desconforto, na presença desse tipo de pergunta, a participante tinha opção de responder ela mesma, diretamente no tablete, sem a interferência da entrevistadora. Com relação aos benefícios, as participantes receberam orientações individuais das próprias entrevistadoras sobre contracepção, de acordo com a sua demanda e sua necessidade, após o término da entrevista, de forma a evitar interferência nas respostas que verificavam o grau de conhecimento sobre o assunto. As participantes também receberam um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência.

As entrevistas foram realizadas em consultórios ou em lugar reservado nas dependências das UBS, mantendo-se a privacidade das mulheres.

3.7 COLETA DE DADOS

3.7.1 Contato com as Coordenadorias de Saúde

No município de São Paulo, coordenadores das seis CRS foram contatados por telefone. Em seguida, uma mensagem eletrônica (*e-mail*) foi enviada para as coordenadorias, solicitando que as STS – cujas UBS foram selecionadas – fossem informadas sobre a pesquisa. Com o intuito de acelerar o processo de obtenção das autorizações, realizou-se também contato telefônico e envio de *e-mail* às STS

informando sobre a pesquisa. As STS enviaram e-mail aos gerentes das UBS, com autorização para que esses nos recebessem para uma reunião de apresentação do projeto e aprovação da coleta de dados. Essa etapa ocorreu entre julho e setembro de 2015.

Para o município de Aracaju, foi realizado contato por telefone com a coordenadoria de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde. Em seguida, foi enviado um *e-mail* apresentando o projeto e solicitando autorização para realização da pesquisa nas UBS selecionadas. Realizou-se reunião com a coordenadora da Área da Saúde da Mulher para apresentação do projeto: posteriormente a essa reunião, a coordenadora enviou *e-mail* para todos os gerentes das UBS informando sobre a pesquisa. Essa etapa ocorreu entre abril e julho de 2016.

Para o município de Cuiabá foi realizado contato por telefone com a coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e agendou-se uma reunião para apresentação do projeto e solicitação de aprovação para realização do projeto nas UBS. Essa etapa ocorreu em abril de 2017.

3.7.2 Contato com as UBS do estudo

Para o município de São Paulo, após anuência das CRS, os gerentes de cada UBS foram contatados por telefone e agendou-se reunião de apresentação do projeto para o gerente e a equipe (em alguns casos) e obtenção da aprovação para iniciar a coleta de dados na UBS. Também foi enviado *e-mail* diretamente para as UBS, formalizando a data da reunião e enviando o projeto de pesquisa, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante essas reuniões, foram discutidos a viabilidade do projeto, os dias e os horários mais adequados para realização das entrevistas, os locais onde as entrevistas seriam realizadas e os fluxos e rotinas de cada UBS. O intuito era planejar que as entrevistas ocorressem de forma a não prejudicar a rotina de atendimento. Todo esse processo ocorreu em agosto, setembro e outubro de 2015. As ligações foram realizadas da Escola de Enfermagem da USP e as reuniões ocorreram no horário de funcionamento das UBS.

Para o município de Aracaju, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde, a coordenadora da área da Saúde da Mulher, em duas reuniões, apresentou o projeto para todos os gerentes das UBS e obteve aprovação para iniciar a coleta de dados nas UBS. Ainda assim, as coordenadoras da pesquisa enviaram *e-mail* diretamente para as UBS, formalizando a data da reunião e enviando o projeto de pesquisa, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o TCLE e a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Em Cuiabá, uma semana antes da coleta de dados em cada UBS, a coordenadora responsável pela pesquisa na cidade, entrou em contato com o enfermeiro responsável de cada unidade para agendamento da coleta, seguindo, assim, os mesmos quesitos adotados nos municípios de São Paulo e Aracaju.

3.7.3 Processo de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, formou-se uma equipe de sete pesquisadoras para São Paulo e cinco para Aracaju e Cuiabá, todas mulheres, com nível superior na área da saúde (enfermagem, obstetrícia, psicologia e nutrição), com experiência prévia em coleta de dados com entrevista face a face. Todas foram devidamente treinadas. O treinamento compreendeu apresentação do projeto de pesquisa, oficina sobre métodos contraceptivos, apresentação das perguntas que compõem o formulário, simulação de entrevistas face a face, com utilização de computador portátil do tipo *tablet*, apresentação e preenchimento dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

Em São Paulo, o treinamento das entrevistadoras ocorreu nas dependências da Escola de Enfermagem da USP. Em Aracaju, o treinamento ocorreu no Centro de Educação Permanente da SMS e, em Cuiabá, o treinamento ocorreu na Universidade Federal de Mato Grosso.

Durante o processo de coleta de dados, em São Paulo, Aracaju e Cuiabá, as pesquisadoras de campo foram continuamente supervisionadas pelas coordenadoras da pesquisa, por meio de visitas de acompanhamento. Contou-se com a comunicação entre as coordenadoras e as pesquisadoras por contato telefônico e mensagens, com o intuito de verificar o andamento das entrevistas, corrigir erros e esclarecer dúvidas. Além disso, pelo menos uma vez por semana, houve reunião para entrega das entrevistas realizadas, conferência das mesmas e

transferência de dados do *tablet* para o banco de dados geral. Em São Paulo, essas reuniões ocorreram na Escola de Enfermagem da USP e, em Aracaju, as reuniões foram no Centro de Educação Permanente da SMS. Em Cuiabá, as reuniões semanais com as entrevistadoras ocorreram na Universidade Federal de Mato Grosso. Realizou-se, ainda, contato telefônico com 10% das mulheres entrevistadas, a fim de confirmar a realização das entrevistas, bem como esclarecimento de possíveis inconsistências de dados – prática comum neste tipo de pesquisa. Ressalto minha participação como pesquisadora na fase de coleta dos dados em São Paulo, bem como na supervisão das demais.

A coleta de dados em São Paulo, Aracaju e Cuiabá foi realizada por meio de entrevista face a face e seguiu as seguintes etapas:

- a) A pesquisadora chegava à UBS, procurava o/a gerente ou outro(a) profissional de saúde responsável e verificava qual o melhor espaço disponível para a realização das entrevistas. Verificava se a realização dos exames citopatológicos cérvico-vaginais ocorria por agendamento ou por livre demanda. Se fosse por agendamento, a entrevistadora abordava as mulheres que compareciam para a coleta do exame. Caso fosse por livre demanda, a entrevistadora aguardava as mulheres que compareciam à UBS para coleta. Não sendo possível realizar as 9 entrevistas com mulheres que submeteram-se ao exame, a entrevistadora iniciava a abordagem de mulheres que tinham consultas médicas ou de enfermagem marcadas.
- b) Em seguida, as mulheres selecionadas eram abordadas e convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre os critérios de exclusão da pesquisa. Para as mulheres que aceitavam participar da pesquisa, foram explicados seus objetivos e passava-se à leitura e à assinatura do TCLE (Apêndice B).
- c) As entrevistas foram realizadas diretamente em *tablets* e conduzidas até completar a amostra prevista de 9 entrevistas por dia em cada UBS. Cada entrevista durou aproximadamente 15-20 minutos.
- d) Devido o questionário conter questões de cunho íntimo e pessoal, algumas mulheres se recusaram a responder algumas perguntas.

3.8 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado visou obter informações sobre as características sociodemográficas, história reprodutiva, uso de métodos contraceptivos, conhecimento sobre o DIU e uso da contracepção de emergência (Apêndice C). Dados sobre o conhecimento do DIU foram analisados por uma aluna de mestrado (Araújo, 2017) e os dados sobre o uso de MAC foram analisados por uma aluna de doutorado (Santos, 2018).

O instrumento está dividido nas seguintes sessões: caracterização da entrevistada; características sociodemográficas; características socioeconômicas; história sexual e reprodutiva; uso de métodos contraceptivos; aconselhamento em contracepção; conhecimento e uso do DIU; e uso da contracepção de emergência.

O questionário foi desenvolvido por um grupo formado pela coordenadora do projeto maior, por uma estudante de doutorado e por uma estudante de mestrado. Para a sua construção, levaram-se em consideração instrumentos utilizados nos seguintes estudos:

- PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório (Brasil, 2008).
- Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh (Khan, 2003).
- Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).
- What differentiates method stoppers from switchers? Contraceptive discontinuation and switching among Honduran Women (O'Fallon, Speizer, 2011).
- Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya (Burke, Ambasa-Shisanya, 2011).

Antes de realizar os pré-testes do instrumento, este também passou pela avaliação de um grupo composto por estudantes de mestrado e doutorado da Escola de Enfermagem da USP, que sugeriram inclusão ou exclusão de questões, além da redação das questões.

O instrumento foi desenvolvido para ser preenchido diretamente em *tablets*, evitando o gasto desnecessário com impressão de formulários. Para a construção do formulário nos *tablets*, utilizou-se o *Census and Survey Processing System (CSPro)*. O *CSPro* é um pacote de *software* de domínio público, usado por centenas de organizações para entrada, edição, tabulação e divulgação de dados de censos e inquéritos. Pode ser acessado e baixado gratuitamente através do site: <http://www.census.gov/population/international/software/cspro/>. O *CSPro* permite a coleta de dados de forma *off-line* e permite a transmissão das respostas diretamente para o banco de dados, o que evita desperdício de tempo e minimiza os erros com a digitação posterior dos dados.

Com o objetivo de testar o instrumento e a logística do trabalho de campo, foram realizados pré-teste e estudo piloto. O pré-teste foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa”, da Faculdade de Medicina da USP, nos dias 27 e 28 de agosto de 2015, com 17 mulheres. Foi realizado com o instrumento na forma impressa. A maioria das entrevistadas não apresentou dificuldades para entender ou responder as questões. As mudanças constituíram-se em troca de palavras de difícil entendimento por termos mais simples.

O estudo piloto foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, da Faculdade de Saúde Pública da USP, nos dias 5 e 6 de outubro de 2015, com 14 mulheres. Nessa ocasião, testou-se o preenchimento do formulário diretamente no *tablet*. Algumas mudanças foram necessárias para corrigir os saltos automáticos, no caso das questões contingentes, e para o aprimoramento da versão do formulário no *CSPro*. Além disso, realizaram-se o teste de transferência das informações do *tablet* para o banco de dados, bem como a correção de possíveis erros na transferência e nas codificações das questões geradas no *CSPro*. Não foram realizadas alterações nas perguntas ou nas opções de resposta. Todas essas entrevistas foram excluídas.

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados analisados neste estudo dizem respeito primeiramente, à análise descritiva de caracterização sociodemográfica, do comportamento sexual e história reprodutiva de todas as 2052 mulheres e, depois, foram caracterizadas as 832

mulheres que usaram a AE nos cinco anos anteriores à entrevista. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* Stata 14.2.

a. Variáveis relacionadas às características sociodemográficas:

- Idade (anos):
 - ❖ 18-24;
 - ❖ 25-34;
 - ❖ 35 e mais.
- Escolaridade: última série que completou com aprovação, em anos
 - ❖ Até 8 anos;
 - ❖ 9-11 anos;
 - ❖ 12 e mais.
- Cor da pele (autoclassificada):
 - ❖ Branca;
 - ❖ Parda;
 - ❖ Preta;
 - ❖ Amarela/indígena.
- Grupo socioeconômico: segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2015 (A, B, C, D, E) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015):
 - ❖ A e B
 - ❖ C
 - ❖ D e E
- Religião:
 - ❖ Católica;
 - ❖ Evangélica;
 - ❖ Nenhuma;
 - ❖ Outras (espírita, judia, umbandista, candomblé)
- Exerce trabalho remunerado:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim
- Plano de saúde:
 - ❖ Não

- ❖ Sim
- União conjugal:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim

b. Variáveis relacionadas às características do comportamento sexual e história reprodutiva

- Idade média na menarca (anos);
- Idade na iniciação sexual (anos):
 - ❖ <14 anos;
 - ❖ 15-18;
 - ❖ 19 e mais.
- Número de parceiros sexuais:
 - ❖ Um;
 - ❖ Dois a três;
 - ❖ Quatro e mais.
- Gravidez no momento da entrevista:
 - ❖ Sim;
 - ❖ Não;
 - ❖ Não sabe.
- Número de gestações:
 - ❖ Nenhuma;
 - ❖ Uma;
 - ❖ Duas;
 - ❖ Três e mais.
- Número de filhos vivos:
 - ❖ Nenhum;
 - ❖ Um;
 - ❖ Dois;
 - ❖ Três e mais.
- Aborto anterior:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim

- Intenção reprodutiva:
 - ❖ Quer ter filhos mais filhos;
 - ❖ Não quer ter (mais) filhos;
 - ❖ Não sabe.
- Uso atual de MAC:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim
- MAC em uso:
 - ❖ pílula oral,
 - ❖ Injetável,
 - ❖ Camisinha masculina;
 - ❖ Esterilização feminina ou masculina;
 - ❖ DIU;
 - ❖ Outros (Coito interrompido, tabelinha, adesivo, implante, camisinha feminina, LAM)
- Uso anterior da AE:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim

O uso anterior da AE foi demonstrado por meio de fluxogramas criados no programa *CmapTools*, uma ferramenta gratuita utilizada para criar mapas conceituais, para explicar ideias ou teorias complexas. Pode ser acessado e baixado gratuitamente através do site: <https://cmap.ihmc.us/cmaptools/>. As variáveis analisadas para caracterizar o uso anterior da AE foram:

- Número de vezes que usou anteriormente a AE: está incluída nessa variável todas as mulheres que usaram a AE (n=1164).
 - ❖ Uma vez;
 - ❖ Duas a três vezes;
 - ❖ Quatro e mais vezes.

As variáveis seguintes foram analisadas para as mulheres que usaram a AE nos cinco anos anteriores à entrevista (n=832).

- Uso de MAC quando usou a AE:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim

- MAC usado concomitante à última vez em que usou a AE:
 - ❖ Camisinha masculina;
 - ❖ Pílula oral;
 - ❖ Injetável;
 - ❖ Métodos tradicionais (tabelinha e coito interrompido);
 - ❖ Adesivo.
- MAC usado após o uso da AE: para essa variável foram divididas as mulheres que usavam MAC quando usaram a AE e as que não usavam MAC quando usaram a AE.
 1. Mulheres que usavam MAC quando usaram a AE foram analisadas de acordo com o MAC que usavam (camisinha masculina, pílula oral, injetável, métodos tradicionais e adesivo):
 - ❖ Continuaram usando o mesmo MAC;
 - ❖ Trocaram de MAC;
 - ❖ Interromperam o uso de MAC.
 2. Mulheres que não usavam MAC quando usaram a AE:
 - ❖ Continuaram não usando nada;
 - ❖ Iniciou o uso de um MAC (pílula oral, camisinha masculina, injetável, métodos tradicionais, esterilização, AE).
- Orientação recebida de um profissional de saúde sobre a AE:
 - ❖ Não
 - ❖ Sim

As mulheres que usaram AE anteriormente foram comparadas por meio do teste de diferença de proporções pelo Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Todas as análises foram conduzidas, primeiramente, de forma separada por capitais, a fim de identificar se havia ou não diferenças entre as três capitais e, posteriormente, com os dados agregados, para descrever a amostra como um todo. Por fim, foi realizada regressão logística múltipla para analisar os fatores associados ao uso da AE com as variáveis sociodemográficas e da história reprodutiva, inseridas simultaneamente no modelo.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas das 2052 mulheres que participaram do estudo em São Paulo, Aracaju e Cuiabá. Observa-se que a idade média das mulheres foi 30,1 anos de idade ($dp=7,9$) (dado não apresentado na tabela), a maioria com idade de 25 a 34 anos. Apenas 17,7% possuíam escolaridade igual ou maior que 12 anos e, em relação à cor da pele, a maioria autot classificou-se como parda (52,4%); a maior parte pertencia ao grupo socioeconômico C (63,9%). A religião mais frequentemente citada foi a católica (46,4%), seguida da evangélica (36,6%); pouco mais da metade trabalhava (52,0%); a maior parte não possuía plano de saúde (82,8%) e estava em união conjugal (73,6%).

Ainda de acordo com a Tabela 1, as mulheres residentes nas capitais diferiram em relação a todas as características sociodemográficas, com exceção do trabalho, em que não foi observada diferença estatisticamente significativa. Assim, a maioria das mulheres de São Paulo autot classificou-se como parda. Mulheres de Aracaju foram as de mais baixa escolaridade, mais empobrecidas, ou seja, inseridas nos grupos socioeconômicos D e E, e da religião católica. As mulheres de Cuiabá, por sua vez, foram as mais jovens, pardas, com maior escolaridade, as que mais possuíam plano de saúde e as que mais estavam casadas ou em união estável.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Variável	São Paulo/SP		Aracaju/SE		Cuiabá/MT		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Idade (anos)									
18-24	272	26,4	138	27,1	197	38,4	607	29,6	<0,001
25-34	428	41,5	210	41,3	202	39,4	840	40,9	
35 e mais	331	32,1	160	31,5	114	22,2	605	29,5	
Escolaridade (anos)									
Até 8	268	26,0	192	37,8	96	18,7	556	27,1	<0,001
9-11	607	58,9	277	54,5	310	60,4	1194	58,2	
12 e mais	156	15,1	39	7,7	107	20,9	302	17,7	

(continua)

(continuação)

Variável	São Paulo/SP		Aracaju/SE		Cuiabá/MT		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Cor da Pele*									
Branca	375	36,5	70	13,8	61	11,9	506	24,7	<0,001
Parda	470	45,7	289	56,9	314	61,2	1073	52,4	
Preta	145	14,1	102	20,1	113	22,0	360	17,6	
Amarela/indígena	38	3,7	47	9,2	25	4,9	110	5,3	
Grupo socioeconômico									
A e B	172	16,7	47	9,3	76	14,8	295	14,3	<0,001
C	691	67,0	277	54,5	341	66,5	1309	63,9	
D e E	168	16,3	184	36,2	96	18,7	448	21,8	
Religião									
Católica	464	45,0	280	55,1	207	40,4	951	46,4	<0,001
Evangélica	388	37,6	152	29,9	211	41,1	751	36,6	
Nenhuma	116	11,3	64	12,6	77	15,0	257	12,5	
Outras**	63	6,1	12	2,4	18	3,5	93	4,5	
Exerce trabalho remunerado									
Não	474	46,0	249	49,0	261	50,9	984	48,0	0,165
Sim	557	54,0	259	51,0	252	49,1	1068	52,0	
Possui plano de saúde									
Não	862	83,6	471	92,7	366	71,4	1699	82,8	<0,001
Sim	169	16,4	37	7,3	147	28,6	353	17,2	
União conjugal									
Não	283	27,5	150	29,5	109	21,3	542	26,4	0,006
Sim	748	72,5	358	70,5	404	78,7	1510	73,6	
Total	1031	100	508	100	513	100	2052	100	

* Três mulheres se recusaram a responder.

(conclusão)

**Outras: espírita, judia, umbandista, candomblé.

Na Tabela 2, podem-se observar as características do comportamento sexual e da história reprodutiva. Em média, a menarca ocorreu aos 12,6 anos ($dp=1,6$) e a primeira relação sexual aos 16,9 anos de idade ($dp=3,1$). A maioria teve até três parceiros sexuais na vida (64,0%). Em relação à história reprodutiva, 73,5% não estavam gestantes no momento da entrevista, mas 87,9% relataram já ter engravidado e 87,0% tinham, pelo menos, um filho vivo. Dentre as que relataram já

ter engravidado, 26,0% referiram ter vivenciado um abortamento. Quando perguntadas sobre a intenção de ter filhos, 58,4% responderam que não queriam ter (mais) filhos.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, 78,1% das mulheres não grávidas referiram o uso naquele momento, sendo os mais referidos a pílula anticoncepcional (38,5%), seguida pelo injetável (23,9%) e camisinha masculina (22,6%). Em relação ao uso anterior da AE, 56,8% relataram já tê-la usado.

Quanto às diferenças entre as mulheres residentes nas três capitais no que concerne ao comportamento sexual e à história reprodutiva, as mulheres residentes em São Paulo eram, em menor proporção, gestantes no momento da entrevista, e as que mais estavam usando MAC; as mulheres de Aracaju foram as que mais relataram não querer ter (mais) filhos e foram as que menos usaram AE anteriormente; as mulheres de Cuiabá iniciaram a vida sexual mais cedo, tiveram mais parceiros sexuais, eram em maior proporção gestantes no momento da entrevista, queriam ter (mais) filhos, usavam menos MAC e foram as que mais usaram a AE anteriormente. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as residentes nas três capitais no que concerne ao *número de gestações e uso atual de MAC*.

Tabela 2 – Características do comportamento sexual e da história reprodutiva das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Variável	Média		DP		Mínimo		Máximo		
Idade da menarca (anos)	12,6		1,6		7		18		
Idade na primeira relação sexual (anos)	16,9		3,1		7		35		
Variável	São Paulo		Aracaju		Cuiabá		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Idade na primeira relação sexual (anos)									
<14 anos	150	15,6	85	16,7	112	21,8	347	16,9	<0,001
15-18	663	64,3	302	59,5	321	62,6	1286	62,7	
19 e mais	218	21,1	121	23,8	80	15,6	419	20,4	
Número de parceiros sexuais*									
Um	237	23,0	133	26,5	87	17,0	457	22,3	<0,001
Dois a três	441	42,8	230	45,7	182	35,5	853	41,7	
Quatro e mais	353	34,2	140	27,8	244	47,5	737	36,0	

(continua)

(continuação)

Variável	São Paulo		Aracaju		Cuiabá		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Grávida no momento da entrevista									
Não	818	79,3	377	74,2	314	61,2	1509	73,5	<0,001
Sim	196	19,0	121	23,8	185	36,1	502	24,5	
Não sabe	17	1,7	10	2,0	14	2,7	41	2,0	
Número de gestações (inclui a atual)									
Nenhuma	118	11,5	66	13,0	64	12,5	248	12,1	0,525
Uma	321	31,1	146	28,7	169	32,9	636	31,0	
Duas	301	29,2	136	26,8	143	27,9	580	28,3	
Três e mais	291	28,2	160	31,5	137	26,7	588	28,6	
Número de filhos (n=1804)									
Nenhum	93	10,2	56	12,7	86	19,2	235	13,0	0,001
Um	391	42,8	177	40,0	179	39,9	747	41,4	
Dois	261	28,6	118	26,7	106	23,6	485	26,9	
Três e mais	168	18,4	91	20,6	78	17,4	337	18,7	
Aborto anterior (n=1804)									
Não	675	73,9	307	69,5	352	78,4	1334	74,0	0,010
Sim	238	26,1	135	30,5	97	21,6	470	26,0	
Intenção reprodutiva									
Quer ter mais filhos	372	36,1	147	29,0	200	39,0	719	35,0	<0,001
Não quer ter (mais) filhos	607	58,9	335	65,9	256	49,9	1198	58,4	
Não sabe	52	5,0	26	5,1	57	11,1	135	6,6	
Uso atual de MAC (n=1550)									
Não	167	20,0	92	23,8	80	24,4	339	21,9	0,154
Sim	668	80,0	295	76,2	248	75,6	1211	78,1	
MAC em uso (n=1211)									
Pílula oral	253	37,9	110	37,3	103	41,5	466	38,5	0,017
Injetável	157	23,5	72	24,4	61	24,6	290	23,9	
Camisinha masculina	157	23,5	71	24,1	46	18,5	274	22,6	
Esterilização feminina ou masculina	55	8,2	20	6,8	25	10,1	100	8,3	
DIU	19	2,8	7	2,4	6	2,4	32	2,6	
Outros**	27	4,0	15	5,1	7	2,8	49	4,1	

(continua)

(continuação)

Variável	São Paulo		Aracaju		Cuiabá		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Uso anterior da AE***	N								
Não	449	43,6	255	50,2	183	35,7	887	43,2	<0,001
Sim	581	56,4	253	49,8	330	64,3	1164	56,8	
Total	1031	100	508	100	513	100	2051	100	

(conclusão)

*Cinco mulheres se recusaram a responder.

**Outros: Coito interrompido, tabelinha, adesivo, implante, camisinha feminina, LAM.

***Uma mulher não respondeu.

A Tabela 3 mostra as características sociodemográficas das mulheres entrevistadas, que referiram o uso anterior da AE, por capital. No geral, as mulheres que usaram a AE foram as mais jovens ($p < 0,001$), com escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo ($p < 0,001$), eram pardas, pertenciam ao grupo socioeconômico C ($p < 0,001$), eram católicas ($p = 0,004$) e trabalhavam ($p = 0,029$). Os aspectos associados ao uso anterior da AE foram diferentes – quando comparadas as capitais. Em Cuiabá, as mulheres eram mais jovens, em São Paulo e Cuiabá, as mulheres eram mais escolarizadas e com melhor condição socioeconômica do que as mulheres de Aracaju. Ainda em Aracaju, as mulheres que possuíam trabalho remunerado e eram católicas foram as que mais usaram a AE. Quando analisadas cada capital separadamente, apenas a idade mostrou significância estatística nas três capitais ($p < 0,001$); a escolaridade foi um aspecto associado apenas em São Paulo e Aracaju ($p < 0,001$). Somente em São Paulo, os aspectos associados ao uso anterior da AE foram grupo socioeconômico ($p = 0,028$) e religião ($p = 0,012$). Em Aracaju, além de idade e escolaridade, o trabalho remunerado também mostrou associação ao uso anterior da AE ($p = 0,021$). Em nenhuma capital, houve diferença estatisticamente significativa quanto à *cor da pele* e *plano de saúde*.

Tabela 3 – Características sociodemográficas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde de acordo com o uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Variável	Uso anterior da AE											
	São Paulo/SP			Aracaju/SE			Cuiabá/MT			Total		
	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p
Idade (anos)												
18-24	192	33,1	<0,001	79	31,2	<0,001	146	44,2	<0,001	417	35,8	<0,001
25-34	268	46,1		117	46,2		134	40,6		519	44,6	
35 e mais	121	20,8		57	22,5		50	15,1		228	19,6	
Escolaridade (anos)												
Até 8	99	17,0	<0,001	73	28,8	<0,001	54	16,4	0,164	226	19,4	<0,001
9-11	377	64,9		153	60,5		203	61,5		733	63,0	
12 e mais	105	18,1		27	10,7		73	22,1		205	17,6	
Cor da Pele*												
Branca	218	37,7	0,212	31	12,2	0,337	35	10,6	0,564	284	24,4	0,271
Parda	248	42,8		145	57,3		200	60,6		593	51,0	
Preta	87	15,0		50	19,8		78	23,6		215	18,6	
Amarela/indígena	26	4,5		27	10,7		17	5,2		70	6,0	
Grupo socioeconômico												
A e B	110	18,9	0,028	26	10,3	0,238	52	15,7	0,480	188	16,2	<0,001
C	393	67,6		146	57,7		221	67,0		760	65,2	
D e E	78	13,5		81	32,0		57	17,3		216	18,6	
Religião												
Católica	239	41,1	0,012	133	52,6	0,238	126	38,2	0,505	498	42,7	0,004
Evangélica	224	38,6		86	34,0		138	41,8		448	38,5	
Nenhuma	80	13,8		30	11,9		55	16,7		165	14,2	
Outras**	38	6,5		4	1,6		11	3,3		53	4,6	
Exerce trabalho remunerado												
Não	259	44,6	0,291	111	43,9	0,021	164	49,7	0,473	534	45,9	0,029
Sim	322	55,4		142	56,1		166	50,3		630	54,1	
Possui plano de saúde												
Não	479	82,4	0,258	233	92,1	0,591	237	71,8	0,750	949	81,5	0,083
Sim	102	17,6		20	7,9		93	28,2		215	18,5	
Total	581	100		253	100		330	100		1164	100	

* Duas mulheres se recusaram a responder.

**Outras: espírita, judia, umbandista, candomblé.

A Tabela 4 mostra o comportamento sexual e a história reprodutiva das mulheres entrevistadas que referiram uso anterior da AE, por capital. As mulheres que relataram já ter usado a AE anteriormente eram, em maior proporção, aquelas que iniciaram a vida sexual entre 15 e 18 anos ($p<0,001$), as que tiveram quatro ou mais parceiros sexuais ($p<0,001$), estavam casadas ou em união estável ($p<0,001$), não gestantes no momento da entrevista ($p<0,001$), tinha um filho ($p<0,001$). Os aspectos associados ao uso anterior da AE nas três capitais foram a idade na primeira relação sexual ($p<0,001$), o número de parceiros sexuais ($p<0,001$) e a união conjugal ($p<0,001$). Número de gravidezes ($p<0,001$) e número de filhos ($p<0,001$) foram aspectos associados ao uso anterior da AE apenas em São Paulo e Aracaju. Em nenhuma capital houve diferença estatisticamente significativa em relação ao *aborto anterior*.

Tabela 4 – Características do comportamento sexual e da história reprodutiva das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde de acordo com uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017.

Variável	Uso anterior da AE											
	São Paulo/SP			Aracaju/SE			Cuiabá/MT			Total		
	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p
Idade na primeira relação sexual												
<14 anos	84	14,5	0,001	39	15,4	0,040	80	24,2	<0,001	203	17,4	<0,001
15-18	397	68,3		164	64,8		214	64,9		775	66,6	
19 e mais	100	17,2		50	19,8		36	10,9		186	16,0	
Número de parceiros sexuais*												
Um	79	13,6	<0,001	50	19,9	<0,001	36	10,9	<0,001	165	14,2	<0,001
Dois a três	237	40,8		111	44,2		102	30,9		450	38,7	
Quatro e mais	265	45,6		90	35,9		192	58,2		547	47,1	
União conjugal												
Não	202	34,8	<0,001	85	33,6	0,045	79	23,9	0,045	366	31,4	<0,001
Sim	379	65,2		168	66,4		251	76,1		798	68,6	
Gravidez atual												
Não	437	75,2	0,001	182	71,9	0,142	198	60,0	0,570	817	70,2	<0,001
Sim	133	22,9		68	26,9		124	37,6		325	27,9	
Não sabe	11	1,9		3	1,2		8	2,4		22	1,9	
Número de gravidezes												

(continua)

(continuação)

Variável	Uso anterior da AE											
	São Paulo/SP			Aracaju/SE			Cuiabá/MT			Total		
	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p	n	(%)	p
(inclusive atual)												
Nenhuma	74	12,8	0,029	33	13,0	0,003	43	13,0	0,223	150	12,9	<0,001
Uma	197	33,9		91	36,0		109	33,0		397	34,1	
Duas	160	27,5		61	24,1		99	30,0		320	27,5	
Três e mais	150	25,8		68	26,9		79	24,0		297	25,5	
Número de filhos												
Nenhum	68	13,4	<0,001	36	16,4	0,001	58	20,2	0,307	162	16,0	<0,001
Um	228	45,0		100	45,4		119	41,5		447	44,0	
Dois	126	24,8		50	22,7		67	23,3		243	24,0	
Três e mais	85	16,8		34	15,5		43	15,0		162	16,0	
Aborto anterior (n=1014)												
Não	371	73,2	0,575	160	72,7	0,137	226	78,7	0,811	757	74,7	0,428
Sim	136	26,8		60	27,3		61	21,3		257	25,3	
Total	581	100		253	100		330	100		1164	100	

(conclusão)

*Duas mulheres se recusaram a responder.

A Tabela 5 apresenta o modelo de regressão logística múltipla para explicar os fatores associados ao uso anterior da AE. Os resultados mostraram que ter idade entre 25 e 34 anos permaneceu associada ao uso anterior da AE e que, quanto maior a idade, menor a chance de ter usado a AE. As mulheres que estudaram 12 anos e mais tiveram 2,63 vezes mais chances de usar a AE do que as mulheres que estudaram até 8 anos. Aquelas que pertenciam aos grupos socioeconômicos A, B e C e que trabalhavam tinham mais chance de ter usado a AE. Mulheres que tiveram quatro e mais parceiros sexuais tiveram 4,53 vezes mais chances de terem usado anteriormente a AE, enquanto que as mulheres em união conjugal tiveram menos chances de usar a AE. As variáveis município, cor da pele, religião, possuir plano de saúde, idade na primeira relação sexual, número de filhos e ter sofrido aborto anterior não interferiram no uso anterior da AE.

Tabela 5 – Análise de regressão logística, segundo os fatores associados ao uso anterior da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Variáveis	Categorias	Regressão logística	
		OR	IC 95%
Município	São Paulo	1,00	-
	Aracaju	0,97	0,74 – 1,27
	Cuiabá	1,08	0,82 – 1,41
Idade*	18-24	1,00	-
	25-34	0,59	0,44 – 0,79
	35 e mais	0,21	0,14 – 0,30
Escolaridade*	Até 8	1,00	-
	9-11	1,74	1,35 – 2,24
	12 e mais	2,63	1,76 – 3,94
Cor da Pele	Branca	1,00	-
	Parda	0,93	0,71 – 1,22
	Preta	1,08	0,77 – 1,52
	Amarela/indígena	1,19	0,70 – 2,02
Grupo socioeconômico*	D e E	1,00	-
	C	1,40	1,07 – 1,84
	A e B	1,92	1,27 – 2,90
Religião	Católica	1,00	-
	Evangélica	0,82	0,58 – 1,16
	Nenhuma	1,04	0,74 – 1,48
	Outras**	0,65	0,36 – 1,19
Exerce trabalho remunerado*	Não	1,00	-
	Sim	1,25	1,00 – 1,57
Possui plano de saúde	Não	1,00	-
	Sim	0,81	0,60 – 1,09
Idade na Primeira relação sexual	<14 anos	1,00	-
	15-18	1,33	0,99 – 1,78
	19 e mais	1,16	0,78 – 1,72
Número de parceiros sexuais*	Um	1,00	-
	Dois a três	1,95	1,48 – 2,57
	Quatro e mais	4,53	3,33 – 6,17

(continua)

Variáveis	Categorias	Regressão logística	
		OR	IC 95%
União conjugal*	Não	1,00	-
	Sim	0,61	0,46 – 0,80
Número de filhos	Nenhum	1,00	-
	Um	1,15	0,81 – 1,65
	Dois	1,08	0,73 – 1,61
	Três e mais	1,17	0,75 – 1,81
Aborto anterior	Não	1,00	-
	Sim	1,00	0,79 – 1,28

*p<0,05

(conclusão)

**Outras: espírita, judia, umbandista, candomblé.

Dentre as 1.164 mulheres que relataram ter usado a AE, 71,0% relataram tê-la usado até três vezes, conforme mostra a Figura 7. A média do número de vezes em que a AE foi usada anteriormente foi 3,9 vezes (dp=5,4).

Figura 7 – Média e número de vezes que a AE foi usada anteriormente. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Entre as mulheres que relataram o uso da AE nos cinco anos anteriores à entrevista (n=832), foi questionado se usavam MAC quando usaram a AE e, em caso de resposta afirmativa, qual o tipo de MAC. A Figura 8 apresenta esses resultados: pouco mais da metade das mulheres (53,3%) estava usando MAC quando usou a AE, sendo a camisinha masculina (39,7%) e a pílula oral (38,6%) os mais citados.

Figura 8 – MAC em uso quando usou a AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

A dinâmica contraceptiva após o uso da AE está representada na Figura 9. Observa-se que, dentre as mulheres que estavam usando camisinha masculina quando usaram a AE, 80,0% continuaram usando-a. Por sua vez, 90,6% das mulheres que usaram a pílula oral permaneceram usando-a; e 88,7% das mulheres usuárias de injetável continuaram usando-o, ou seja, aparentemente, o uso da AE, na grande maioria das vezes, não contribuiu para que as mulheres interrompessem ou trocassem o MAC. No que concerne às mulheres que relataram o uso de métodos tradicionais quando usaram a AE, apenas 19,5% adotaram um método mais eficaz posteriormente, ou seja, o injetável, a pílula oral e a camisinha masculina, ao passo que mais da metade continuou usando o mesmo método (58,5%). Duas mulheres que relataram usar adesivo continuaram usando-o após o uso da AE (esse dado não está apresentado em figura).

Figura 9 – Uso de métodos posteriormente ao uso da AE. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

*Uma mulher não respondeu.

Dentre as 389 mulheres que não usavam MAC quando usaram a AE, chama atenção o fato de que, praticamente, metade não usou nenhum método após (48,3%). Dentre as que iniciaram o uso de MAC posteriormente, a maior parte iniciou o uso da pílula (43,0%) e da camisinha masculina (30,5%). Interessante notar que apenas uma mulher relatou ter usado a AE novamente.

Figura 10 – Uso de métodos após o uso da AE pelas mulheres que não usavam MAC. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

*Duas mulheres não responderam qual MAC usou depois da AE.

Por fim, a Tabela 6 apresenta a distribuição das mulheres segundo o recebimento de orientação de um profissional de saúde sobre a anticoncepção de emergência. Observou-se que a maioria das mulheres não recebeu orientação sobre a AE e que não houve diferença significativa entre as capitais.

Tabela 6 – Distribuição das mulheres segundo recebimento de orientação de um profissional de saúde sobre a AE por capitais. São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, 2015-2017

Orientação recebida por um profissional de saúde*	São Paulo/SP		Aracaju/SE		Cuiabá/MT		Total		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Não	359	85,9	163	85,8	205	91,9	727	87,5	0,064
Sim	59	14,1	27	14,2	18	8,1	104	12,5	
Total	418	100	190	100	223	100	831	100	

*Uma mulher não respondeu.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo descreve o uso da anticoncepção de emergência entre mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS em capitais de três estados diferentes do Brasil – São Paulo, na região Sudeste, Aracaju, na região Nordeste, e Cuiabá, na região Centro-Oeste – o que possibilitou contemplar mulheres em diferentes contextos do país. A população deste estudo constituiu-se de mulheres com idade média de 30,1 anos, que estudaram até o ensino médio, de cor parda, pertencentes ao grupo socioeconômico C, católicas, em união conjugal e usuárias exclusivamente do SUS.

Chama atenção o fato de as mulheres de São Paulo e Cuiabá apresentarem maior escolaridade e melhor grupo socioeconômico do que as de Aracaju; as mulheres de Cuiabá serem as mais jovens e Aracaju ser a capital com a mais alta proporção de mulheres usuárias exclusivamente do SUS. Mesmo a pesquisa tendo sido realizada somente com usuárias de UBS, o grupo socioeconômico foi bem diversificado, com mulheres pertencentes desde o grupo A até o E, porém, com a maior parte pertencendo ao C. O que mostra a heterogeneidade entre os municípios estudados, além das diferenças em relação à idade, escolaridade e grupo socioeconômico. Poderia explicar essas diferenças o fato que São Paulo está entre os municípios com IDH muito alto e, apesar de Aracaju e Cuiabá estarem entre os municípios com IDH alto, o IDH de São Paulo é mais elevado do que Aracaju, tanto em relação à renda, quanto em relação à educação (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

As mulheres que compuseram este estudo eram mais escolarizadas quando comparadas com a população brasileira em geral (IBGE, 2016); a proporção de mulheres que estava em união conjugal foi maior do que a verificada para população feminina brasileira (IBGE, 2016) e o total que não tinha plano de saúde também foi maior do que os achados na PNDS (Brasil, 2008) – o que, pode ser justificado pelo fato de que as entrevistas foram conduzidas apenas em UBS, diferente dos estudos populacionais já realizados.

Quanto às características do comportamento sexual e história reprodutiva, a média de idade na primeira relação sexual, de 16,9 anos, foi semelhante aos achados de Alano et al. (2012), de 17,1 anos, e a média nacional, de 17,0 anos

(Brasil, 2008). A média de número de filhos também foi semelhante à média nacional (IBGE, 2016) (1,5 vs 1,7) e 87,9% já haviam engravidado.

Em relação ao abortamento, a proporção de mulheres que já vivenciou um abortamento foi maior do que a proporção observada em um estudo nacional (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017) sobre abortos induzidos – não sendo possível fazer essa comparação, pois, em nosso estudo, não sabemos se esse abortamento foi espontâneo ou provocado, – por essa questão ser de cunho íntimo e configurar-se um dado difícil de ser coletado.

Em relação ao uso de MAC, neste estudo, a pílula anticoncepcional foi a mais referida, seguida pelo injetável e pela camisinha masculina, apresentando proporção superior à observada na PNDS (Brasil, 2008). Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que um dos critérios de exclusão deste estudo foi ter realizado laqueadura/vasectomia há mais de cinco anos. No entanto, tal aumento no uso da pílula oral e do injetável também foi observado na PNAUM (Farias et al, 2016). O uso da pílula oral foi semelhante entre São Paulo e Aracaju, enquanto que o uso do injetável foi bem parecido nas três capitais e a camisinha masculina foi menos referida em Cuiabá do que São Paulo e Aracaju.

USO ANTERIOR DA AE E FATORES ASSOCIADOS

É difícil a comparação com estudos nacionais sobre o uso da AE, pois tratam-se de estudos conduzidos com mulheres em diversas faixas etárias, em diferentes contextos, realizados em escolas, universidades ou domicílios. Nossos resultados mostraram que mais da metade das mulheres relatou ter usado a AE alguma vez na vida, o mesmo que foi encontrado no estudo de Santos et al. (2014) com mulheres usuárias de UBS. Esse padrão, apesar de não ser comparável, é bastante parecido com estudos (Borges et al., 2010; Alano et al., 2012) realizados com universitárias.

Em 2010, uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 176 municípios brasileiros, com mulheres com mais de 15 anos, indicou que 16% utilizaram a AE (Figueiredo e Araújo, 2013). Quanto ao cenário internacional, a proporção de uso da AE variou de acordo com o período de tempo pesquisado e a população. Por exemplo, em estudo realizado no México com mulheres de 15 a 29 anos, observou-se aumento no uso da AE de 3% para 29%, entre 2006 e 2014 (Han et al., 2017). Nos EUA, entre 2006 e 2010, 11% das mulheres com idade entre 15 e

44 anos já tinham usado a AE (Daniels, Jones, Abma, 2013). Enquanto que, na França, em 2004, 16,9% das mulheres de 15 a 44 anos já haviam usado a AE (Moreau; Bajos; Trussel, 2006a). Essa tendência pode ser resultado do maior conhecimento das mulheres sobre o método e sua disponibilidade em farmácias comerciais (Olsen et al., 2018). Nossos resultados mostraram que grande parte das mulheres, que usaram a AE anteriormente, usou até três vezes na vida. Em revisão feita por Amengual et al. (2016), sobre o perfil de uso da AE de mulheres espanholas, a maioria declarou ter usado a AE somente uma vez, o mesmo encontrado por outros estudos (Daniels, Jones, Abma, 2013). Portanto, todos os estudos apontam que o uso da AE parece ser esporádico e não um método utilizado rotineiramente.

As características sociodemográficas associadas ao uso da AE foram idade, escolaridade, grupo socioeconômico, religião e trabalho. A idade mostrou significância estatística quando associada ao uso da AE nas três capitais. Esse achado é consistente com outros estudos (Moreau, Bajos e Trussel, 2006a; Goulard et al., 2006), ao mostrar que o uso da AE aumentou ao longo dos anos, porém essa proporção diminui entre as mulheres com mais idade. Interessante notar que ter plano de saúde não esteve associado ao uso da AE; portanto, mesmo as mulheres sendo usuárias do SUS, outro estudo (Santos, 2014) mostra que o principal lugar de obtenção da AE são as farmácias comerciais. Ressalte-se que não obtivemos essa informação em nosso estudo.

O comportamento sexual das mulheres mostrou-se associado ao fato de ter usado anteriormente à AE. Foram fatores significativamente associados ao uso da AE: a idade na primeira relação sexual entre 15 e 18 anos (Waltermaurer et al., 2013); estar em união conjugal; ter engravidado; e já ter filhos (Moodley e Morroni, 2007). As mulheres que tiveram quatro e mais parceiros sexuais foram as que mais usaram a AE, como mostrado nos estudos de Waltermaurer et al. (2013) e Moreau, Trussell e Bajos (2006b), em que ter três ou mais parceiros sexuais foi um aspecto importante para o uso da AE, pois esse comportamento está relacionado com a experiência sexual. Portanto, é possível que a mudança dessas parcerias possa influenciar na prática contraceptiva dessas mulheres.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA E O USO DE MAC

Neste estudo, avaliou-se qual MAC as mulheres usavam quando usaram a AE e qual MAC foi usado após o uso da AE, ou seja, a dinâmica contraceptiva ao redor do uso da AE. Pouco mais da metade das mulheres usava MAC quando usou a AE, sendo principalmente camisinha masculina e pílula oral. Polis et al. (2016) mostraram que esses dois métodos possuem taxas de falhas, provavelmente devido ao fato de que a camisinha masculina é um método de curta duração, usada geralmente em relacionamentos casuais (Manlove et al., 2014), enquanto que a falha da pílula oral está relacionada ao esquecimento (Moreau et al, 2006c).

Após o uso da AE, a maioria continuou usando o mesmo MAC. Dessa vez, as mulheres que antes usavam pílula oral e injetável foram as que mais continuaram usando o mesmo método após a AE. Alano et al. (2012) mostraram resultado semelhante em seu estudo, realizado com universitárias, com idade média de 21,2 anos, em que 97,8% das entrevistadas declararam que não houve modificação do MAC regular após a disponibilização da AE, porém, no estudo, não foi descrito o tipo de método que elas usavam. É preocupante o fato de que, dentre as mulheres que usavam métodos tradicionais, mesmo após o uso da AE, poucas tenham mudado para um método mais eficaz, sendo este um grupo vulnerável para gravidezes indesejadas.

O uso da AE não contribuiu para que a maioria das mulheres interrompessem ou trocassem o seu MAC. Rowlands et al. (2000), Jackson et al. (2003) e Raine et al. (2005) mostraram que as mulheres com fornecimento prévio da AE ou maior acesso ao método não possuíam maior probabilidade de abandonar o MAC em uso ou mudar para MAC menos eficazes. Cenário semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por Chofakian (2017) com universitárias, em que a maioria das mulheres não mudou seu MAC após o uso da AE.

Praticamente metade das mulheres não usava MAC quando usou a AE, fato que nos chama atenção, pois essas mulheres reconheceram que houve relação desprotegida, que estavam vulneráveis a uma gravidez e conseguiram acessar o método. Interessante notar que, dessas, um pouco mais da metade iniciou o uso de um MAC, sendo os principais: pílula oral, camisinha masculina e injetável. Nenhuma iniciou o uso do DIU, talvez pelo fato de esse último método não ser tão ofertado para as mulheres em geral, além das barreiras quanto ao seu acesso (Araújo, 2017).

Em relação à orientação recebida de um profissional da saúde sobre o uso da AE, não foi perguntado qual era a categoria profissional, o que acaba por ser uma limitação. De toda forma, a maioria referiu não ter recebido qualquer orientação. Em estudo conduzido em três regiões brasileiras, sobre a disponibilidade da AE em farmácias comerciais, mostrou que, em geral, os representantes das farmácias não fizeram perguntas nem forneceram ao cliente informações sobre a AE (Tavares, Foster, 2016).

Algumas limitações encontradas neste estudo foram o fato que não foi analisado o tempo decorrido depois do uso da AE até o uso de um MAC, como também pode ter ocorrido um viés de memória. Tampouco foi perguntado às mulheres que já usaram a AE, em qual local elas a obtiveram, mas inúmeras pesquisas mostram que as farmácias comerciais são a principal fonte de obtenção do mesmo (Olsen et al., 2018). Também não foi perguntado o motivo pelo qual elas usaram a AE, pelo fato de que já é amplamente conhecido (Moreau et al., 2006c; Borges et al., 2010; Bataglião; Mamede, 2011), que as mulheres a usam nos momentos em que o método é indicado – como relação sexual desprotegida, falha ou uso inadequado de um método contraceptivo (Brasil, 2011). Outra limitação foi o fato de que não foi perguntado sobre o tipo de parceria no momento do uso da AE, questão importante, pois a parceria pode influenciar o uso de métodos pelas mulheres.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Este estudo analisou o uso da AE entre mulheres usuárias de UBS em três capitais brasileiras: São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT. O perfil de mulheres que usaram a AE foi semelhante entre as capitais. São mulheres jovens, escolarizadas e que trabalham. Foi interessante notar que, ao usar a AE, a maioria das mulheres que já usava MAC não trocou ou interrompeu o uso do seu método. Por outro lado, é preocupante o fato de que praticamente metade das mulheres que não usava um MAC, após usar a AE, continuou a não usar MAC. Trata-se de um grupo bastante vulnerável a uma gestação indesejada que merece mais atenção por parte dos serviços de atenção básica à saúde. Assim, é necessária uma atenção maior para as mulheres que não usam MAC, mas que são capazes de reconhecer quando têm uma relação sexual desprotegida, pois é justamente no momento em que essas mulheres buscam a AE que o profissional de saúde deve orientá-las, como também ofertar outros MAC que contribuam para diminuir os riscos de uma gravidez indesejada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alano GM, Costa LN, Miranda LR, Galato D. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(9):2397-404.

Alves JED, Corrêa S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: ABEP, UNFPA: Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. Campinas. 2009. p. 121-214.

Amengual MLB, Canto ME, Berenguer IP, Pol MI. Systematic Review of the profile of emergency contraception users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2733. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100345&lng=en&tlng=en. Acesso em 29/06/2018.

Aracaju. Unidades de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Disponível em: http://www.aracaju.se.gov.br/saude/?act=fixo&materia=unidades_de_saude

Araújo KS. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Arilha M, Berquó, E. Cairo+15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ABEP, UNFPA: Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo. Campinas. 2009. p. 67-119.

Atlas do desenvolvimento humano, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 22/09/2018.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup. 2):S465-S469.

Bastos MR, Borges ALV, Hoga LAK, Fernandes MP, Contin MV. Práticas contraceptivas entre Jovens Universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(3):447–56.

Bataglião EML, Mamede FV. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência por acadêmicos de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(2):284-90.

Borges ALV et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):816-26.

Bouzas I, Pacheco A, Eisenstein E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. *Adolesc e Saude*. 2004;1(2):27–33.

Bradley SEK, Schwandt HM, Khan S. Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. DHS: Demographic and Health Research Division: Report. Estados Unidos; 2009. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS20/AS20.pdf>.

Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Szabo I. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência. *Horizontes Antropológicos*. 2017;47:131–61.

Brandão ER, Cabral SC, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Oliveira NVBV, et al. Bomba hormonal: os riscos da contracepcao de emergencia na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(9):1-11.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS: 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisa no Brasil. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para Utilização do Levonorgestrel. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Burke HM, Ambasa-Shisanya C. Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya. *Afr J Reprod Health [Internet]*. 2011 [Citado em 16 jun 2017];15(2):67-78. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22590894>.

Carmo MSAG, Duarte SFP. Perfil das Usuárias de Anticoncepcionais de Emergência: Uma Revisão Sistemática. *Id Line Multidiscip Psycology J*. 2017;11:317–24.

Chofakian CBN. Contraceptive discontinuation and its relation to emergency contraception use among undergraduate women [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception : a systematic review of 35 years of experience. *Human Reprod.* [Internet]. 2012 [citado em 26 abr 2017];27(7):1994–2000. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/des140>.

Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol.* [Internet]. 2014 [citado em 01 fev 2017];57(4):741–50. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4216625&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PDM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S, organizadora. *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva* [Internet]. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. p.27-62. [citado em 18 jan 2017]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>.

Costa NFP, Ferraz EA, Souza CT, Silva CFR, Almeida MG. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2008;30(2):406–7.

Croxtall JD. Ulipristal Acetate. *Drugs* [Internet]. 2012 [citado em 17 mar 2017];72(8):1075–85. Disponível em: <http://link.springer.com/10.2165/11209400-000000000-00000>

Cuiabá. Atenção básica. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude/atencao-basica/>

Daniels K, Jones J, Abma JC. Use of Emergency Contraception Among Women Aged 15-44, United States, 2006-2010. *NCHS Data Brief.* 2013;(112):1-8.

Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Colet.* 2017;22(2):653–60.

Drezett J, Abreu LC De, Kurobe FC, Pedroso D, Neves S, Montino MS, et al. Mecanismo de ação da anticoncepção de emergência. *Reprod Clim.* 2011;26(2):44–51.

FFPRHC – Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. *FFPRHC Guidance* (April 2006). Emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2006 [citado em 26 abr 2017];32(2), p121-128. Disponível em: <http://jfprhc.bmj.com/content/32/2/12>.

Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2016(50)2:1S-10S.

Figueiredo R; Araújo NF. Conhecimento e acesso à contracepção de emergência em situações de violência. In: Venturi G, Godinho T, organizadores. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP; 2013.

Figueiredo R, Bastos S. Contracepção de Emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 52p. [citado em 09 dez 2016]. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/contracepcao_de_emergencia.pdf

Figueiredo R, Pupo LR, Alves MCGP, Escuder MML. Comportamento sexual , uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 38p. [citado em 17 abr 2017]. Disponível em: <http://redece.org/compsexual.pdf>.

Figueiredo R, Paula SHB. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Reprod Clim*. 2012;27(2):64-72.

Figueiredo R. Panorama da distribuição, venda e uso da contracepção de emergência no Brasil. In: Figueiredo R, Borges ALV, Paula SHB, organizadoras. Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2016. p. 83-101.

Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Hum Reprod Update*. 2004;10(4):341–8.

Glasier A. Emergency contraception : clinical outcomes. *Contraception*. Elsevier Inc. [Internet]. 2013 [citado em 25 abr 2017];87(3):309–13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.027>.

Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contracept*. 2006;74(3):208-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904413>. Acesso em 29/06/2018.

Hailemariam TG, Tesfaye T, Melese T, Alemayehu W, Kenore Y, Lelamo Y, et al. Sexual experiences and emergency contraceptive use among female university students: a cross-sectional study at Wachamo University, Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015 [citado em 22 mar 2017];8:112. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4381372&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Han L et al. Emergency contraception in Mexico: Trends in knowledge and ever-use 2006-2014. *Matern Child Health J*. 2017; 21(11):2132-9.

Harper CC, Speidel JJ, Drey EA, Trussell J, Blum M, Darney PD. Copper Intrauterine Device for Emergency Contraception: Clinical Practice Among Contraceptive Providers. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 [citado 26 abr 2017];119(2):220–6. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2012/02000/Copper_Intrauterine_Device_for_Emergency.4.aspx.

Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2009; 25(2):S269-78.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais dos municípios. 2016. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=3244&busca=1&t=ibge-divulga-estimativas-populacionais-municipios-2016>.

ICEC - International Consortium for Emergency Contraception [Internet]. New York; 2017 [citado em 17 abr 2017]. Disponível em: <http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/countries-with-non-prescription-access-to-ec/>.

Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception - a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2003;102(1):8-16.

Khan M a. Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *Heal Policy Plan*. 2003;18(1):101–8.

Kish, L. *Survey Sampling*. John Wiley & Sons, Inc., New York, London. 1965;IX(643).

Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for Emergency Contraception. *Clin Med Insights Reprod Heal*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 22];7:23-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888080/>.

Krassovics M, Viragh G. Usage patterns and attitudes towards emergency contraception: the International Emergency Contraception Research Initiative. *The Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 22];5187:1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13625187.2016.1190962>

Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saude Debate*. 2014;3(101):244-53. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140022>.

Manlove J et al. Relationship types and contraceptive use within young adult dating relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(1):41-50.

Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur Rev Int Direitos Humanos*. 2008;5(8):1–15.

Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface Comun Saúde e Educ*. 2012;16(40):107–19.

Moodley J, Morroni C. Emergency contraception-lack of awareness among women presenting for termination of pregnancy. *S Afr Med J*. 2007;97(8):584-5.

Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *Contraception*. 2006a;73(6):602–8.

Moreau C, Trussell J, Bajos N. The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Contraception*. 2006b;74(6):476-82.

Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group TC, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(4):190-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162311>.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):961-70.

Moura LNB, Gomes KRO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):853–63.

Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R. Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2014 [citado em 25 fev 2017];19(2):93–101. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2013.865164>

Nascimento CB. Conhecimento e uso da anticoncepção de emergência entre adolescentes estudantes do ensino médio [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

O'Fallon JB, Speizer I. What differentiates method stoppers from switchers? Contraceptive discontinuation and switching among Honduran Women. *Int Persp Sex Rep Health* 2011; 37(1): 16-23.

Olsen JM, Lago TG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(2):e00019617.

Osmara AS. Padrões e determinantes das descontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Pacheco A, Costa AR, Martins I, Palma F, Sousa F, Almeida MC, et al. Recomendações sobre Contraceção de Emergência [Internet]. Sociedade Portuguesa da Contracepção; 2015 [citado em 17 mar 2017]. Disponível em: http://www.spdc.pt/files/14_Recomendacoes_CE.pdf.

Pitanguy J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.19-38.

PNUD, Ipea, FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. – Brasília; 2014. 120 p. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>.

Polis CB, Bradley SEK, Bankole A, et al. Typical-use contraceptive failure rates in 43 countries with Demographic and Health Survey data: Summary of a detailed report. *Contracept*. 2016;94(1):11-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.03.011>.

Santos OA, Borges ALV, Chofakian CBN, Pirotta KCM. Determinants of emergency contraception non-use among women in unplanned or ambivalent pregnancies. *Rev Esc Enferm*. 2014;48(n. spec):16-22.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/>.

Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. [Internet]. 2005[citado em 21 mar 2017];293(1):54–62. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200095>

RBA – Rede Brasil Atual. Prefeitura de São Paulo vai oferecer implante contraceptivo na rede pública de saúde. 2016. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2016/02/prefeitura-de-sao-paulo-vai-oferecer-implante-contraceptivo-na-rede-publica-de-saude-5894.html>. Acesso em 16/10/2017.

Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC. Beyond access: Acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2007[citado em 21 fev 2017];196(29):1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2006.08.024>

Rowlands S, Devalia H, Lawrenson R, Logie J, Ineichen B. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK. *BMJ Sex Reprod Health*. 2000;26(3):138-42.

Santini RM, Terra C, Rosana A, Almeida ARD. Feminismo 2.0: a mobilização das mulheres no brasil contra o assédio sexual através das mídias sociais (#primeiroassedio). *Rev P2P e Inovação*. 2016;3(1):148–64.

Santos AO. Razões do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Santos JC, Freitas PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1813-20.

Santos OA, Borges ALV, Chofakian CBN. Razões para não utilizar a anticoncepção de emergência: subestimação do risco de engravidar. *Rev Enferm e Atenção à Saúde*. 2013;3(2):54–63.

Schubert FD, Bishop ES, Gold M. Access to the copper IUD as post-coital contraception: results from a mystery caller study. *Contraception* [Internet]. Elsevier Inc. 2016 [citado em 26 abr 2017];94(5):561–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.06.017>

Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Cien Saude Colet*. 2011;16(5):2415–24.

Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. *Texto Context. - Enferm*. [Internet]. 2007[citado em 26 fev 2017];16(1):47–54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Souza RA, Brandão ER. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [citado em 18 abr 2017];19(4):1067–86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400009&lng=pt&tlng=pt

Spinelli MBAS, Souza AI, Vanderlei LCM, Vidal SA. Características da oferta de contracepção de emergência na rede básica de saúde do Recife, Nordeste do Brasil. *Saúde e Soc.* 2014;23(1):227–37.

Tavares MP, Foster AM. Emergency contraception in a public health emergency: exploring pharmacy availability in Brazil. *Contraception*; 2016;94(2):109-114.

Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health*; 2016;194(Suppl 1):159–67.

Trussell J, Raymond E, Cleland K. Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy. *Contemporary Readings in Law and Social Justice.* 2014;6(2):7-38.

UNFPA. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD'94 [Internet]. 1995a. Available from: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>

UNFPA. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. 1995b. Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf

Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP; 2013.

von Hertzen H, Piaggio G, Peregoudov A, Ding J, Chen J, Song S, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet* [Internet]. 2002 [citado em 23 mai 2017];360(9348):1803-10. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673602117673>.

Waltermaurer E et al. Emergency contraception considerations and use among college women. *J Womens Health.* 2013;22(2):141-6.

Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J. A review of global access to emergency contraception. *Int J Gynecol Obstet.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 22];123(1):4–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.04.019>.

Westley E, Bass J, Puig C. A global assessment of emergency contraception accessibility. In: Figueiredo R, Borges ALV, Paula SHB, organizadores. *Panorama da Contracepção Emergência no Brasil.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2016. p.24-38.

World Health Organization (WHO). Emergency contraception. [Internet]. 2017 [citado em 22 mar 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/about/copyright/en/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PLANO AMOSTRAL

UBS: _____

Plano amostral

Número	Nome	Ação
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		

Número	Nome	Ação
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		

Dia 1

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 2

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 3

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 4

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos - Resolução CNS no. 466/2012)

Estamos realizando uma pesquisa no município de São Paulo com o objetivo de avaliar as discontinuidades no uso de métodos contraceptivos entre mulheres. Na verdade, gostaríamos de conhecer a sua história contraceptiva nos últimos cinco anos, ou seja, quais os métodos contraceptivos que você usou neste período. Esta pesquisa é coordenada pela Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A pesquisa consta de uma entrevista em que serão feitas perguntas sobre suas características sociodemográficas, história reprodutiva e contracepção. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins de divulgação científica, mas também para auxiliar os profissionais de saúde a melhorarem a atenção em contracepção prestada às mulheres.

Este questionário é anônimo, ou seja, seu nome não aparece em nenhum momento. Todas as informações colhidas são sigilosas e você não será identificada. Caso você tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, esteja à vontade para me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação do Projeto. Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela e isto será bem compreendido pela entrevistadora.

Este formulário serve para comprovar que você está de acordo em participar desta pesquisa. Você deverá assinar as duas vias, ficar com uma para você e entregar a outra para a pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com:

Coordenadora do Projeto:

Ana Luiza Vilela Borges

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP 05401-001 São Paulo/SP

Tel: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662

E-mail: alvilela@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP 05401-001 São Paulo/SP

Tel: (11) 3061 748/8858 Fax: (11) 3061 7548

E-mail: edipesq@usp.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Concordo em participar da pesquisa

Assinatura da entrevistada

Se não souber assinar o nome, marque com X

☐

Local e data: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução no 466 de 12/12/12- CNS)

Convidamos você a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O objetivo é avaliar as discontinuidades no uso de métodos contraceptivos entre mulheres. Na verdade, gostaríamos de conhecer a sua história contraceptiva nos últimos cinco anos, ou seja, quais os métodos contraceptivos que você usou nesse período.

Para isso, convidamos você para uma entrevista de, aproximadamente, 15 minutos. Faremos perguntas sobre suas características sociodemográficas (como idade, características pessoais e socioeconômicas) e sobre sua história reprodutiva e contracepção. Você não será obrigada a responder questões que não se sentir à vontade para responder. É só informar que passaremos para a próxima pergunta.

Para participar deste estudo, você não terá que arcar com nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja danos decorrentes de sua participação, assumirei a responsabilidade pelos mesmos. Os resultados da pesquisa poderão auxiliar os profissionais de saúde a melhorar a atenção em contracepção prestada às mulheres. Esses resultados serão divulgados em congressos e em revistas científicas. Como benefício, você poderá tirar todas suas dúvidas sobre métodos contraceptivos ao término da entrevista e receberá um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência.

Como não haverá a identificação nas entrevistas, ou seja, **seu nome não irá aparecer** em nenhum momento. Todas as informações colhidas serão sigilosas. Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, esteja à vontade para me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação do Projeto. Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela ou retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos, inclusive quanto ao seu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde. Caso aceite participar, você deverá assinar este consentimento em duas vias: uma ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com:

Coordenadora do Projeto:

Ana Luiza Vilela Borges
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061- 7652
E-mail: alvilela@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061-8858
E-mail: cepee@usp.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, R. Minervino de Souza Fontes, 65, Salgado Filho, Aracaju – Sergipe, CEP: 49020-430, tel (79) 3259-8500, e-mail: saude.ceps@aracaju.se.gov.br ou de Cuiabá Rua São Joaquim, 306, bairro Porto, Cuiabá – Mato Grosso, CEP: 78.020-000, tel (65) 3617-7366, e-mail: gab.sms.cuiaba@gmail.com.

Concordo em participar da pesquisa

Assinatura da entrevistada

Se não souber assinar o nome, marque com X

☐

Local e data: _____

APÊNDICE C – FORMULÁRIO

PESQUISA SOBRE DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Identificação do formulário:

Número do formulário: ____ _

Data: ____/____/____

Município: São Paulo

UBS: [fechada]

Entrevistadora:

Horário de início da entrevista: ____h ____min

Identificação da entrevistada (apenas primeiro nome):

Telefone para contato:

Celular:

Fixo:

Características sociodemográficas:

1. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ [preencher em dia/mês/ano]

2. Qual é a sua religião?

0 () Nenhuma

1 () Católica

2 () Evangélica

3 () Espírita

4 () Afro-brasileira (candomblé, umbanda)

5 () Outra

3. Qual foi a última série que concluiu com aprovação? ____ _ anos de escolaridade

4. Como você classifica sua cor? [estimulada]

1 () Branca

2 () Parda

3 () Preta

4 () Amarela

5 () Indígena

5. Você exerce alguma atividade remunerada?

0 () Não

1 () Sim

6. Está procurando emprego atualmente?

0 () Não

1 () Sim

7. Você tem plano de saúde ou convênio?

0 () Não

1 () Sim

8. Atualmente está casada ou em união com alguém? [estimulada]

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 10]

9. Alguma vez já esteve casada ou em união com alguém?

0 () Não [pular para questão 13]

1 () Sim [pular para questão 13]

10. O seu marido/parceiro mora atualmente com você ou mora em outro lugar?

1 () Sim, mora

2 () Não, mora em outro lugar

11. Qual idade tem seu marido/parceiro? ____

12. Qual é a última série que seu marido/parceiro concluiu com aprovação? ____
____ anos de estudo

Características socioeconômicas:

13. Na residência em que você mora, há quantos banheiros?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

14. Na residência em que você mora, há quantas(os) empregadas(os) domésticas(os) mensalistas, quer dizer, que trabalham em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, motoristas, cozinheiras, etc?

0 () Nenhum(a)

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

15. Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carro para uso pessoal ou da família (não considerar táxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

16. Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

17. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louça?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

18. Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

19. Na residência em que você mora, há quantos freezers? (considerar aparelho independente ou 2ª porta externa da geladeira duplex)

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

20. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

21. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

22. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de micro-ondas?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

23. Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

24. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

25. Qual é a escolaridade do chefe de sua família?

0 () Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto

1 () Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto

2 () Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto

3 () Médio Completo/Superior Incompleto

4 () Superior Completo

26. Você ou alguém do seu domicílio recebe algum tipo de benefício social?

0 () Não

1 () Seguro-desemprego

2 () Bolsa-família

3 () Bolsa-escola

4 () Pensão

5 () Aposentadoria

6 () outro

27. Na rua em que você mora, tem água encanada?

0 () Não

4 () Sim

28. A rua em que você mora é pavimentada?

0 () Não

2 () Sim

Agora, necessitamos de algumas informações sobre sua atividade sexual e história reprodutiva, para melhor entender as questões de saúde reprodutiva.

29. Qual idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? __ __

30. Você já teve alguma relação sexual?

0 () Não [agradecer a participação: a pesquisa termina aqui]

1 () Sim

31. Qual idade tinha quando teve a primeira relação sexual? __ __

32. Quantos parceiros sexuais você teve na vida? ____

33. Está grávida atualmente?

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 35]

2 () Não sei

34. Já engravidou alguma vez (considerar mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim)?

0 () Não [pular para questão 39]

1 () Sim

35. Qual idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? ____

36. Quantas vezes você já engravidou? ____

37. Já teve algum abortamento?

0 () Não [pular para questão 38]

1 () Sim

37-1. Se sim, foi aborto espontâneo ou provocado?

1 () Espontâneo

2 () Provocado

3 () Espontâneo e provocado (+ de 1 abortamento)

38. Quantos filhos vivos você tem atualmente? ____

39. Se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, qual número seria este? ____

40. Qual é a sua intenção de ter filhos? [estimulada]

1 () Quer ter filhos nos próximos dois anos

2 () Quer ter filhos no futuro

3 () Não quer ter (mais) filhos

4 () Não sabe

Contracepção:

41. Atualmente, você está usando um método contraceptivo para evitar gravidez?

0 () Não [Pular para questão 54]

1 () Sim

42. Qual é o método contraceptivo que você está usando atualmente? [marcar o mais eficaz] Estimulada.

Marcar apenas um método mais eficaz.

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

- 4 () Preservativo feminino
- 5 () DIU
- 6 () Diafragma
- 7 () Tabela
- 8 () Coito interrompido
- 9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
- 10 () Implante
- 11 () Adesivo
- 12 () Anel vaginal
- 13 () Laqueadura [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]
- 14 () Vasectomia [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]
- 10 () Outro – Cite qual _____.

43. [caso tenha citado mais de um método contraceptivo, marque o método a seguir] [resposta única]

- 1 () Pílula oral
- 2 () Hormonal injetável
- 3 () Preservativo masculino
- 4 () Preservativo feminino
- 5 () DIU
- 6 () Diafragma
- 7 () Tabela
- 8 () Coito interrompido
- 9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
- 10 () Implante
- 11 () Adesivo
- 12 () Anel vaginal
- 10 () Outro – Cite qual _____.

44. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você consultou um profissional de saúde?

- 0 () Não
- 1 () Sim [Pular para questão 46]

45. Depois que você começou a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você recebeu alguma informação sobre o método, por algum profissional de saúde?

- 0 () Não [Pular para questão 51]
- 1 () Sim

46. Quem foi este profissional?

- 1 () Médico
- 2 () Enfermeiro
- 3 () Assistente social
- 4 () Farmacêutico
- 5 () Agente comunitário de saúde
- 6 () Auxiliar/técnico de enfermagem

47. Você foi informada sobre como utilizar [CITE NOME DO MÉTODO] corretamente?

0 () Não

1 () Sim

48. Você foi informada sobre as vantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

49. Você foi informada sobre as desvantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

50. Você foi informada sobre os efeitos colaterais de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

51. Você está satisfeita com o uso de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

2 () Mais ou menos

52. Se pudesse escolher, você usaria outro método contraceptivo? Qual?
[resposta única]

0 () Não quer usar outro método

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Laqueadura

11 () Vasectomia

12 () Implante

13 () Adesivo

14 () Anel vaginal

15 () Outro – Cite qual:_____.

53. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você conversou com seu marido/parceiro sobre o método? Ele ajudou a decidir ou você decidiu sozinha?

0 () Sim, conversou e o marido/parceiro ajudou a decidir sobre o método

1 () Sim, conversou, mas decidiu sozinha

2 () Não conversou

3 () Não tinha parceiro na época

Agora, vamos perguntar sobre a contracepção de emergência, também chamada de pílula do dia seguinte.

54. Você já usou a contracepção de emergência?

0 () Não [Preencher o calendário contraceptivo]

1 () Sim

55. Quantas vezes você já usou a contracepção de emergência na vida? ____

56. No último ano, quantas vezes você usou a contracepção de emergência?

57. Quando você usou a contracepção de emergência pela última vez? [Se foi há mais de 5 anos, preencher o calendário contraceptivo]. (Resposta em meses).

58. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você estava usando algum outro método contraceptivo?

0 () Não [pular para questão 76]

1 () Sim

59. Se sim, qual método? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Implante

10 () Adesivo

11 () Anel vaginal

12 () Outros – Cite qual ou quais_____.

60. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você foi orientada por um profissional de saúde sobre o método?

0 () Não

1 () Sim

61. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, quanto tempo depois de usá-la você iniciou/retomou o uso de outro método contraceptivo? [resposta em dias] ____

62. Qual foi o método contraceptivo que você adotou depois de usar a contracepção de emergência? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

0 () Não adotou nenhum método

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

- 4 () Preservativo feminino
- 5 () DIU
- 6 () Diafragma
- 7 () Tabela
- 8 () Coito interrompido
- 9 () Pílula do dia seguinte
- 10 () Laqueadura
- 11 () Vasectomia
- 12 () Implante
- 13 () Adesivo
- 14 () Anel vaginal
- 15 () Outros – Cite qual ou quais:_____.

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência

Pesquisador: Ana Luiza Vilela Borges

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40558714.8.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.976

Data da Relatoria: 05/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa, com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, sob o título: "Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência" sob a coordenação de Ana Luíza Vilela Borges, e efetuada na Escola de Enfermagem da USP/Dep. de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Resumo fornecido pela autora: "O uso de métodos contraceptivos modernos pela maior parte das mulheres brasileiras não diminuiu, conforme esperado, a ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, o que revela uso com perfil irregular e descontínuo. Ao contrário da maior parte dos países em que este fenômeno tem sido observado, há pouca informação sobre os determinantes da ocorrência dessas discontinuidades no Brasil. Pelo fato das inconsistências no uso de métodos serem relativamente comuns, é necessário mensurar o quanto as mulheres interrompem seu uso a despeito de não quererem engravidar e/ou os alternam inúmeras vezes, nem sempre com opção por um método mais eficaz.

No sentido de compreender plenamente a dinâmica contraceptiva para além da prevalência e tipos de métodos utilizados, a proposta deste estudo é investigar os padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas, que englobam falhas, interrupções e alternâncias no uso de métodos, considerando também o uso da anticoncepção de emergência. Para isto, será conduzido

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 984.976

um estudo quantitativo, do tipo longitudinal retrospectivo, em que uma amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade usuárias de Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo será entrevistada por meio do instrumento Calendário Contraceptivo, amplamente utilizado nas pesquisas no tipo Demographic Health Survey em mais de 80 países no mundo."

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos:

- Estimar a probabilidade de ocorrência de descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável;
- Avaliar os fatores determinantes da descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável;
- Verificar se a anticoncepção de emergência é utilizada nos casos em que ocorrem descontinuidades contraceptivas;
- Analisar o uso da anticoncepção de emergência nas situações de descontinuidades contraceptivas; e
- Descrever o uso de métodos contraceptivos após o uso da anticoncepção de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos físicos para os pacientes envolvidos, exceto pelo desconforto que pode advir do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e tem valor científico.

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma adequado.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e planilha de custos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO **Município:** SAO PAULO

UF: SP

CEP:

01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 984.976

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 13 de Março de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI (Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência

Pesquisador: Ana Luiza Vilela Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40558714.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.428

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma EMENDA para Ampliação do cenário de coleta de dados para duas outras capitais: Cuiabá/MT e Aracaju/SE. Ressalta-se que se trata de replicação dos procedimentos metodológicos adotados no cenário São Paulo, cujo projeto de pesquisa já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e a coleta de dados foi finalizada em dezembro de 2015. Isso significa que os procedimentos amostrais e os instrumentos para coleta de dados serão exatamente os mesmos já utilizados no estudo conduzido na cidade de São Paulo.

Justificativa para a mudança pretendida: Após coleta de dados conduzida no município de São Paulo conforme cronograma inicial, a equipe de pesquisa considerou a realização da coleta de dados também em duas outras capitais brasileiras: Cuiabá/MT e Aracaju/SE.

A ampliação dos cenários de estudo trará contribuições significativas para a compreensão da dinâmica contraceptiva em outras regiões brasileiras com grandes diversidades culturais, de organização dos serviços de saúde e de composição social, o que poderá subsidiar a comparação dos achados entre si. A escolha dessas duas capitais justifica-se por ser cidade natal de dois membros do grupo de pesquisa que já trabalham no projeto cenário São Paulo. Impactos que esta mudança produzirá nos objetivos inicialmente propostos: Os objetivos propostos são os mesmos, não havendo qualquer impacto sobre eles.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.428

O cronograma do estudo também será estendido. O projeto de pesquisa é reapresentado com mudanças nos cenários de coleta de dados e ampliação do número amostral.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a probabilidade de ocorrência de descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável. Avaliar os fatores determinantes da descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável. Verificar se a anticoncepção de emergência é utilizada nos casos em que ocorrem descontinuidades contraceptivas. Analisar o uso da anticoncepção de emergência nas situações de descontinuidades contraceptivas. Descrever o uso de métodos contraceptivos após o uso da anticoncepção de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos e incluem desconforto para responder perguntas de foro íntimo, como atividade sexual e uso de métodos contraceptivos.

Benefícios:

Benefícios diretos incluem o esclarecimento de dúvidas sobre os métodos contraceptivos. Benefícios indiretos dizem respeito à expectativa que os resultados contribuam para a compreensão da dinâmica reprodutiva atual das mulheres brasileiras, com enfoque na anticoncepção de emergência, tendo em vista que o uso de métodos contraceptivos modernos é alto, mas a ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, ainda persiste. Os resultados contribuirão para respaldar ações que previnam as descontinuidades contraceptivas por meio do conhecimento de seus determinantes; para que a contracepção seja priorizada nas políticas públicas de saúde, pois poderão mostrar que apenas o acesso aos métodos contraceptivos não é suficiente para que indivíduos e casais consigam planejar sua vida reprodutiva se não houver aconselhamento adequado nem a ampliação do acesso aos métodos modernos de longa duração, no sentido de se efetivar os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A justificativa da emenda é pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: adequados.

Recomendações: não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: não há.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.428

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_708712_E1.pdf	01/05/2016 09:44:21		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_emenda_CEP.docx	01/05/2016 09:40:39	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	projetoAnaLuizaVilelaBorges.pdf	01/05/2016 09:40:20	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma_SP_Aju_Cui.xlsx	01/05/2016 09:35:50	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AnaLuizaVilelaBorgesFINAL.docx	01/05/2016 09:35:03	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Folha de Rosto	CEP_EE.PDF	19/12/2014 18:01:19		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:

**Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2 – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Minuta Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência", sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Luiza Vilela Borges, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a ser executado em Unidades Básicas de Saúde.

Declaro ter ciência de que durante a pesquisa poderá ser necessário a disponibilização de bancos de dados, com resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Será empregado inicialmente "um estudo quantitativo, do tipo longitudinal retrospectivo, em que uma amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, será entrevistada por meio do instrumento Calendário Contraceptivo, amplamente utilizado nas pesquisas no tipo Demographic Health Survey em mais de 80 países no mundo".

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 21 de novembro de 2014.

REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde

Rcg/efs

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

À pesquisadora
Ana Luiza Vilela Borges

Aprovamos e autorizamos o projeto de pesquisa “Padrões e determinantes de descontinuidade contraceptiva e o papel da anticoncepção de emergência” nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Atenciosamente,

Adalberto K. Aguiar
Coordenador

Saúde da Mulher

adalbertoaguier@prefeitura.sp.gov.br
11 33972232

Rua General Jardim, 36 - 4º andar
Vila Buarque - 01223-010 - São Paulo - SP

São Paulo, 19 de novembro de 2014.

ANEXO 3 – OFÍCIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PESQUISA

Prezado Coordenador

Cumprimentando-a cordialmente, gostaríamos de agradecer a parceria e empenho das atividades curriculares junto as Instituições Formadoras.

Encaminhamos para a realização de pesquisa os Pesquisadores do Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ana Luiza Vilela Borges e Osmara Alves dos Santos.

O projeto de pesquisa tem como título: "Padrões de determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência".

A coleta de dados será realizada nos meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

A pesquisa será realizada conforme disponibilidade dos respondentes da mesma.

Aracaju, 08 de abril de 2016.

MARIA JOSÉ DE FREITAS PEREIRA

Coordenadora do Centro de Educação Permanente da Saúde

ANEXO 4 – OFÍCIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUIABÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

OF. S/N.º/2016

Cuiabá (MT), 15 de abril de 2016.

Secretaria Municipal de Saúde
Cuiabá – MT

Prezados,

Servimo-nos do presente para solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa “Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência” no município de Cuiabá/MT.

Essa pesquisa será desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), sob a Coordenação da Profª. Drª. Ana Luiza Vilela Borges e Coordenação Local (Cuiabá) da Profª. Msc. Eveline Do Amor Divino. O Projeto de pesquisa tem apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo 2014/02447-5).

Solicitamos, ainda, a relação de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cuiabá e o número de exames de papanicolaou realizados em cada UBS no ano de 2014. Essas informações são imprescindíveis para que possamos submeter o projeto à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso.

Estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cordialmente,

Recebido e Autorizado
Deisi Bocillon Maia
Diretora de Atenção Básica
09/06/16

Profa. Ms. Eveline Do Amor Divino
Docente do Departamento de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem – UFMT
Contato: 9987-2300/E-mail: evedad@gmail.com

Assinado
Joana Gomes da Veiga
Enfermeira
COORDENADORA

ANEXO 5

Exames citopatológicos cérvico vaginais por Unidade Básica de Saúde solicitante.
Município de São Paulo, 2014.

ESTABELECIMENTO	Total
2786710 UBS ADELAIDE LOPES	584
2786729 UBS AE CARVALHO	740
2064855 UBS AGUA FUNDA	935
2752166 UBS AGUA RASA	457
6408168 UBS AGUIA DE HAIA	653
4049896 UBS ALCINA PIMENTEL PIZA	588
5357861 UBS ALDEIA JARAGUA - KWARAY DJEKUPE	82
3385264 UBS ALMIRANTE DELAMARE	1.455
2786737 UBS ALTO DA RIVIERA	1.640
3503488 UBS ALTO DE PINHEIROS	895
2786745 UBS ALTO DO UMUARAMA	1.831
2030969 UBS AMERICANOPOLIS	1.632
2788241 UBS ANHANGUERA/CEO II	1.082
2786753 UBS ANTONIO PIRES F VILLA LOBO	620
6269567 UBS ATUALPA GIRAO RABELO	1.466
2786761 UBS AUGUSTO LEOPOLDO A GALVAO	1.320
6332420 UBS BARRAGEM	319
2786788 UBS BARRO BRANCO	1.074
2752174 UBS BELENZINHO-MARCUS WOLOSKE	2.423
2029618 UBS BOM RETIRO-OCTAVIO A RODOVALHO	1.170
6048633 UBS BORACEA	860
2786818 UBS BRASILANDIA	818
5313902 UBS BRASILIA - M BOI	1.929
2752182 UBS BRAS-MANOEL SALDIVA NETO	1.179
2752190 UBS BURGO PAULISTA	925
2786826 UBS BUTANTA	1.234
2786834 UBS CAMBUCI	1.504
3452689 UBS CAMPO GRANDE	1.504
2786842 UBS CAMPO LIMPO	2.037
2774763 UBS CAMPO LIMPO-FRANCISCO S SOBRINHO	1.413
2752204 UBS CANGAIBA CARLOS GENTILE DE MELLO	693
2786850 UBS CAPAO REDONDO	17
2068079 UBS CARANDIRU	1.144
4050347 UBS CARLOS GENTILE DE MELO	2.186
2064820 UBS CARLOS OLIVALDO DE S LOPES MUNIZ	1.079
2027682 UBS CASA VERDE	1.178
2786869 UBS CASA VERDE ALTA	1.155
2091712 UBS CASA VERDE BAIXA-WALTER ELIAS/CEO II	590
4050177 UBS CASTRO ALVES	1.207

ESTABELECIMENTO	Total
2786877 UBS CAXINGUI-NANCI ABRANCHES	380
3219887 UBS CDHU-PALANQUE	1.220
3002926 UBS CELSO AUGUSTO DANIEL	1.746
6194990 UBS CHACARA CRUZEIRO DO SUL	669
3992101 UBS CHACARA DO CONDE	2.055
6280188 UBS CHACARA DO SOL	118
2786885 UBS CHACARA INGLESIA	1.139
4050053 UBS CHACARA SANTANA	1.350
6090591 UBS CHACARA SANTO AMARO	189
3049213 UBS CHACARA STA MARIA	1.952
2765993 UBS CHACARA STO ANTONIO	1.209
2027666 UBS CHORA MENINO	1.080
5743583 UBS CIDADE IPAUA	1.073
2786893 UBS CIDADE JULIA	1.453
2057131 UBS CIDADE KEMEL	1.055
2786907 UBS CIDADE LIDER I	853
2786915 UBS CIDADE NOVA SAO MIGUEL	918
2786923 UBS CIDADE PATRIARCA	1.373
2046962 UBS CIDADE PEDRO JOSE NUNES	1.463
2027038 UBS CIDADE SATELITE SANTA BARBARA	374
2774771 UBS CIDADE TIRADENTES I	2.133
2030934 UBS CIDADE VARGAS	794
3738582 UBS CITY JARAGUA	1.714
6018939 UBS COLONIA	258
2788012 UBS CONJUNTO DO IPESP	1.895
2786958 UBS COSTA MELO	1.079
4049977 UBS CRUZ DAS ALMAS	1.162
2786966 UBS CUPECE WALDOMIRO PREGNOLATTO	1.902
2786974 UBS DOM ANGELICO	866
2786982 UBS DOM JOAO NERY	1.652
2787008 UBS DOMINGOS MANTELLI	1.156
2027690 UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA	1.731
2042983 UBS EDUARDO ROMANO RESCHILIAN	2.322
2787024 UBS ELISIO TEIXEIRA LEITE	3.160
2752220 UBS ENG GOULART JOSE PIRES	1.306
2787032 UBS ENG TRINDADE	923
2065266 UBS ERMELINO MATARAZZO	1.017
2787040 UBS FAZENDA DA JUTA I	1.327
2788020 UBS FAZENDA DA JUTA II	1.550

ESTABELECIMENTO	Total
3738663 UBS FAZENDA DO CARMO	1.109
2787059 UBS FERROVIARIOS	834
2787067 UBS GAIVOTAS	1.885
2042991 UBS GERALDO DA S FERREIRA/CEO II	1.393
2787075 UBS GLEBA DO PESSEGO	501
3121135 UBS GRAFICOS	834
4050010 UBS GUAIANASES II	1.416
2787083 UBS GUAIANAZES I	825
2787105 UBS HORIZONTE AZUL	1.374
2068044 UBS HORTO FLORESTAL	545
2787113 UBS HUMAITA	1.662
2752247 UBS HUMBERTO CERRUTI	1.101
2788438 UBS IACAPE - J PLANALTO	1.522
2787121 UBS IGUACU	972
2787148 UBS ILZA W HUTZLER	1.477
3661660 UBS INACIO MONTEIRO	1.490
2788578 UBS INDIANOPOLIS-SIGMUND FREUD	964
7302541 UBS INTEGRAL JARDIM EDITE	957
7270941 UBS INTEGRAL JD MARINGA - VL TALARICO	1.191
7128940 UBS INTEGRAL JD MIRIAM II	2.535
2086816 UBS INTEGRAL VERA CRUZ	2.991
2046261 UBS ITAIM PAULISTA-JULIO DE GOUVEIA	1.637
2752255 UBS ITAQUERA	1.095
2787156 UBS J AEROPORTO-MASSAKI UDIHARA	1.816
4050185 UBS J ALFREDO	2.188
2787172 UBS J APUANA	825
2787180 UBS J APURA	2.643
2787199 UBS J ARACATI	822
2787202 UBS J AURORA	1.297
3016935 UBS J BANDEIRANTES	655
2787210 UBS J BOA VISTA	1.178
2075202 UBS J BRASIL	2.482
4050088 UBS J BRASILIA	1.286
2086743 UBS J CAICARA	2.719
2057271 UBS J CAMARGO NOVO	1.407
2787229 UBS J CAMPINAS	1.324
2787237 UBS J CAMPOS	1.694
2787245 UBS J CAPELA	1.703
2787253 UBS J CASTRO ALVES	2.631
5079454 UBS J CELESTE	1.189
2787261 UBS J CIDADE PIRITUBA	1.276
2787288 UBS J COIMBRA	2.130
2787318 UBS J COMERCIAL	2.558
2774798 UBS J COPA	1.466

ESTABELECIMENTO	Total
2787326 UBS J D ABRIL	625
2042967 UBS J DA SAUDE-NEUSA ROSALIA MORALES	1.257
2787334 UBS J DAS CAMELIAS	1.185
6329527 UBS J DAS PALMAS	889
3323331 UBS J DAS PEDRAS	1.738
2787091 UBS J DOS EUCALIPTOS HELIO MOREIRA SALLES	1.545
2043009 UBS J ELBA-HUMBERTO GASTAO BODRA	1.287
6365817 UBS J ELEDY	1.753
2787369 UBS J ELIANE	3.345
2787377 UBS J ETELVINA	1.174
2787385 UBS J FANGANIELLO	1.702
5621267 UBS J FLOR DE MAIO	745
2091720 UBS J FONTALIS	1.532
2787393 UBS J GERMANIA	850
2042932 UBS J GRIMALDI	1.914
2752263 UBS J GUAIRACA	1.305
2787407 UBS J GUANABARA	1.103
2787415 UBS J GUARANI	1.586
2787423 UBS J GUARUJA	2.036
4049934 UBS J HELENA	1.123
6039111 UBS J HELGA	670
2787431 UBS J HELIAN	632
2787458 UBS J HERCULANO	1.012
2787466 UBS J ICARAI-BRASILANDIA	1.514
2787474 UBS J ICARAI-QUINTANA	1.216
2787989 UBS J INDAIA	1.398
2752239 UBS J INDEPENDENCIA - HERMENEGILDO MORBIM	1.658
2774801 UBS J IPANEMA	1.097
2752271 UBS J ITAPEMA	857
2787490 UBS J IVA	1.497
2787504 UBS J JAPAO	2.326
2787512 UBS J JAQUELINE	1.180
2787520 UBS J JOAMAR	2.743
2787539 UBS J KAGOHARA	1.467
2787547 UBS J KERALUX	402
2787555 UBS J LADEIRA ROSA	2.230
2787563 UBS J LIDIA	1.749
5120780 UBS J LOURDES	1.185
6195008 UBS J MACEDONIA	1.563
5620341 UBS J MAGDALENA	1.533
2062658 UBS J MAIA	2.641
5695813 UBS J MARACA	1.193
2787571 UBS J MARCELO	445

ESTABELECIMENTO	Total
2027054 UBS J MARILIA	810
2787628 UBS J MIRNA	1.896
2787636 UBS J MITSUTANI	3.322
2787644 UBS J NAKAMURA	1.612
2027526 UBS J NELIA	1.701
2787652 UBS J NITEROI	1.604
2042827 UBS J NORDESTE	665
6822991 UBS J NOVO HORIZONTE	2.134
3956946 UBS J OLINDA	2.308
2787660 UBS J PANAMERICANO	1.060
2027046 UBS J PARAGUACU-GONCALO F ALVES	706
3002543 UBS J PARANAPANEMA	2.121
2787679 UBS J PAULISTANO	2.150
2787687 UBS J PENHA	1.152
2787695 UBS J PERI	920
4049993 UBS J POPULAR-MATHEUS SANTAMARIA	1.321
2787709 UBS J REPUBLICA	1.739
2787717 UBS J ROBRU-GUAIANAZES	1.208
2787725 UBS J ROBRU-SAO MIGUEL	1.482
2787733 UBS J ROMANO	889
2787741 UBS J ROSELI	674
3651770 UBS J ROSINHA	1.059
2787768 UBS J SAO BENTO	2.913
2787776 UBS J SAO FRANCISCO	731
2787784 UBS J SAO JORGE	1.302
2787806 UBS J SAO NICOLAU	772
2787814 UBS J SAO NORBERTO	668
4049942 UBS J SAO PEDRO-FRANCISCO ANTONIO CESARONI	1.124
2047004 UBS J SAO SAVERIO-AURELIO MELLONE	1.483
2787822 UBS J SAPOPEMBA	2.043
2787830 UBS J SECKLER	857
2787849 UBS J SILVA TELLES	1.475
2787857 UBS J SINHA	1.318
4050045 UBS J SOARES	2.447
4049861 UBS J SOUZA	2.155
2825767 UBS J STA MARGARIDA	1.400
2086808 UBS J STA MARIA	1.218
2787865 UBS J STA TEREZINHA	1.402
2787873 UBS J STO ANDRE	1.614
4050118 UBS J THOMAS	1.622
2787881 UBS J TIETE I	1.510
2752298 UBS J TIETE II	1.605
2787903 UBS J TRES CORACOES	2.923
2774828 UBS J TRES MARIAS-MAURICIO ZAMIJOVSKY	1.399

ESTABELECIMENTO	Total
2787911 UBS J UMUARAMA	1.689
6380417 UBS J VALQUIRIA	899
2787938 UBS J VERA CRUZ-PERDIZES	1.130
2787946 UBS J VISTA ALEGRE	2.640
2787954 UBS J VITORIA	585
2787962 UBS JACANA	1.981
2787970 UBS JARAGUA	1.145
6332439 UBS JARDIM DAS FONTES	363
7407629 UBS JARDIM JULIETA	132
6873286 UBS JARDIM LAPENNA	802
7097778 UBS JARDIM RINCAO	924
6683991 UBS JARDIM SELMA CIDADE ADEMAR	1.986
6332463 UBS JARDIM SILVEIRA	162
2027011 UBS JD CARRAOZINHO	381
2787296 UBS JD COLONIAL	1.170
4050037 UBS JD COLORADO - JOSE PIRES	1.126
2786931 UBS JD DA CONQUISTA I	2.023
3738647 UBS JD DA CONQUISTA III	1.305
2787342 UBS JD DAS LARANJEIRAS	385
2787350 UBS JD DAS OLIVEIRAS	1.447
3689247 UBS JD IPORÃ	1.159
2787482 UBS JD IV CENTENARIO	1.255
2788152 UBS JD NOVE DE JULHO	854
7357761 UBS JD NOVO PANTANAL - PEDREIRA	1.398
3074544 UBS JD SAO CARLOS -CIDADE ADEMAR	1.653
2027631 UBS JOAQUIM ANTONIO EIRADO/CEO II	1.784
2042959 UBS JOAQUIM ROSSINI	1.005
2787997 UBS JORDANOPOLIS	835
2026996 UBS JOSÉ BONIFACIO I	1.045
4049950 UBS JOSE BONIFACIO II	714
4050142 UBS JOSE BONIFACIO III/LUCY MAYUMI UDAKIRI	1.258
2752301 UBS JOSE DE BARROS MAGALDI	1.394
2788004 UBS JOSE MARCILIO MALTA CARDOSO	2.006
2042541 UBS JOSE TOLEDO PIZA	1.001
2788462 UBS JUSCELINO KUBITSCHEK	119
2788039 UBS LARANJEIRAS	1.175
2788047 UBS LAUZANE PAULISTA	1.102
3614948 UBS LUAR DO SERTÃO	2.146
2788055 UBS LUIZ ERNESTO MAZZONI	1.243
2788063 UBS MANUEL JOAQUIM PERA	791
2766000 UBS MAR PAULISTA	1.435
2788071 UBS MARIA CECILIA F DONNANGELO/CEO II	1.138
6332471 UBS MARSILAC	116
2043017 UBS MASCARENHAS DE MORAES	1.608

ESTABELECIMENTO	Total
2788594 UBS MASSAGISTA MARIO AMERICO	932
2788098 UBS MATA VIRGEM	1.687
2027380 UBS MENINOPOLIS-MARIO NAPOLITANO	492
2788101 UBS MILTON SANTOS	411
2788128 UBS MOINHO VELHO II	663
2042258 UBS MOOCA I	1.358
2091739 UBS MORADA DO SOL	791
3651762 UBS MORRO DOCE	1.870
2788209 UBS NITRO OPERARIA-PAULO FELDMAN	995
6332498 UBS NOVA AMERICA	181
6879810 UBS NOVA ESPERANCA	1.149
3661741 UBS NOVO CAMINHO	1.514
2788160 UBS NOVO JARDIM I	1.472
2788144 UBS NSRA DO BRASIL-ARMANDO DARIENZO	1.646
4050134 UBS NSRA DO CARMO	1.740
2027070 UBS PADRE MANOEL DA NOBREGA	1.475
2788179 UBS PARADA XV DE NOVEMBRO	938
2788187 UBS PARAISOPOLIS	2.194
3956954 UBS PARAISÓPOLIS II	2.419
6564410 UBS PARAISOPOLIS III	1.787
4050150 UBS PARELHEIROS	1.755
2788195 UBS PARI	1.048
5992842 UBS PARQUE MARIA HELENA	10
6283616 UBS PARQUE PAULISTANO	1.831
4050398 UBS PASTORAL	616
2788217 UBS PAULO VI	2.106
4049926 UBS PE JOSE DE ANCHIETA	909
4050002 UBS PEDRO DE SOUZA CAMPOS	1.449
2788225 UBS PERUS	850
2786990 UBS PONTE SECA-DOM LUCIANO BERGAMINI	619
2788233 UBS PQ ANHANGUERA	917
2788268 UBS PQ ARARIBA/CEO II LRPD	2.740
2752328 UBS PQ ARTHUR ALVIM	1.069
2788276 UBS PQ BOA ESPERANCA	1.363
2788284 UBS PQ BRISTOL	1.105
2027461 UBS PQ DA LAPA	1.169
4050223 UBS PQ DO LAGO	1.281
2788292 UBS PQ DOROTEIA	2.118
2788306 UBS PQ EDU CHAVES	1.878
2788314 UBS PQ ENGENHO II	2.255
2788322 UBS PQ FERNANDA	1.780
2815451 UBS PQ FIGUEIRA GRANDE	1.841
2788330 UBS PQ IMPERIAL-MANOEL A S SARAGOSA	910
3738604 UBS PQ MARIA DOMITILA	1.091

ESTABELECIMENTO	Total
2788349 UBS PQ NOVO MUNDO I	2.811
2788357 UBS PQ NOVO MUNDO II	2.080
2788365 UBS PQ NOVO STO AMARO	2.026
2788373 UBS PQ PERUCHE	698
2788381 UBS PQ REGINA	1.901
2788403 UBS PQ RESID COCAIA INDEPENDENTE	3.022
2057891 UBS PQ SAO LUCAS	1.692
4049853 UBS PQ SAO RAFAEL - DRª ORA ROSEN	1.216
2788411 UBS PQ STA MADALENA	457
2788446 UBS PQ STA RITA	1.489
2788454 UBS PQ STO ANTONIO/CEO II	3.254
4049969 UBS PRESTES MAIA	783
2766019 UBS PRIMEIRO DE OUTUBRO	1.711
2027305 UBS PROFETA JEREMIAS	879
2788470 UBS REAL PQ-PAULO MANGAEIRA ALBERNAZ	1.044
2027321 UBS RECANTO CAMPO BELO	3.792
3105504 UBS RECANTO DOS HUMILDES	1.993
2788489 UBS RECANTO VERDE DO SOL	2.138
6090621 UBS REPUBLICA	1.533
2788497 UBS REUNIDAS II	1.167
4050061 UBS RIO CLARO	2.106
2788500 UBS RIO PEQUENO-PAULO DE BARROS FRANCA	752
2788519 UBS SACOMA	2.469
3469042 UBS SANTO ELIAS	762
2788527 UBS JD SÃO FRANCISCO II/CEO II	1.965
3996115 UBS SAO JORGE - CIDADE ADEMAR	1.820
2788535 UBS SAO MATEUS I	1.058
2788543 UBS SAO VICENTE DE PAULA	942
5975220 UBS SÉ	1.622
2788551 UBS SERGIO CHADDAD	1.904
2788586 UBS SILMARYA REJANE MARCOLINO SOUZA	2.373
2091798 UBS SITIO DA CASA PINTADA	978
2752336 UBS STA CECILIA HUMBERTO PASCALE	1.891
2788608 UBS STA INES	1.695
2788616 UBS STA LUCIA	2.351
2788624 UBS STA LUZIA	884
2788632 UBS STA MARIA	1.639
3004341 UBS STO ESTEVAO-CARMOSINA	1.880
2074079 UBS TEOTONIO VILELA	1.442
2788659 UBS THERSIO VENTURA	1.902
2788667 UBS UNIAO DAS VILAS DE TAIPAS	2.354
2819856 UBS UNIAO DE V NOVA II-ADAO MANOEL	2.702
2027291 UBS UNIAO V NOVA I	931
2027275 UBS V ALBERTINA-OSVALDO MARCAL	1.709

ESTABELECIMENTO	Total
2045451 UBS V ALPINA-HERMINIO MOREIRA	883
2788675 UBS V ANASTACIO	402
2788683 UBS V ANGLO-JOSE SERRA RIBEIRO	1.081
2788691 UBS V ANTONIETA	726
2788705 UBS V APARECIDA	1.470
2788713 UBS V ARAPUA	68
2788721 UBS V ARICANDUVA	1.083
2788748 UBS V ARRIETE-DECIO PACH PED	1.153
2752212 UBS V AURORA-DOMINGOS MAZZONETO DE CILLO	1.224
2788756 UBS V BARBOSA	1.214
2752344 UBS V BERTIOGA DOMINGOS DELASCIO/CEO II	784
2788764 UBS V BORGES	1.347
2026988 UBS V CALIFORNIA-ZERIVAL BRUSCAGIN	1.367
3762831 UBS V CALU	1.505
2752352 UBS V CARRAO-DR ADHEMAR MONTEIRO PACHECO/C	550
2788780 UBS V CHABILANDIA	1.207
2079070 UBS V CISPER	1.681
2788799 UBS V CONSTANCIA-VICENTE OCTAVIO GUIDA	1.648
2789310 UBS V COSMOPOLITA	681
2788802 UBS V CURUCA	1.454
2788810 UBS V DALVA-GUILHERME HENRIQUE P COELHO	936
4049810 UBS V DAS BELEZAS-ALBERTO AMBROSIO	1.521
2788829 UBS V DAS MERCES	1.209
2788837 UBS V DIONISIA	3.595
2788845 UBS V EDE	1.265
2788853 UBS V ESPANHOLA	1.519
2788861 UBS V ESPERANCA-CASSIO BITTENCOURT FILHO	1.638
2788888 UBS V ESPERANCA-EMILIO SANTIAGO OLIVEIRA	904
2788896 UBS V FORMOSA	582
2788918 UBS V FORMOSA-ANTONIO DA S E OLIVEIRA	1.310
4049799 UBS V FORMOSA-JOSE GONZALES	907
2788926 UBS V GRANADA-ALFREDO FERREIRA PAULINO F	1.006
2788934 UBS V GUACURI	1.693
2788942 UBS V GUARANI	725
2788950 UBS V GUILHERME/CEO II	1.305
2788969 UBS V GUILHERMINA - DR AMERICO RASPA NETO	591
2787598 UBS V GUMERCINDO-JANDIRA MASSUR	605
2026961 UBS V HELOISA	1.214
2788977 UBS V IMPERIO II	1.345
2788985 UBS V IPOJUCA-WANDA COELHO DE MORAES	1.129
2788993 UBS V IZOLINA MAZZEI	902
2789000 UBS V JACUI	1.197
2789019 UBS V JAGUARA	765

ESTABELECIMENTO	Total
2751828 UBS V JOANIZA - JOAO YUNES	1.608
2068109 UBS V LEONOR	1.672
2789027 UBS V MAGGI	1.549
2789035 UBS V MANGALOT	534
2027720 UBS V MARIA-LUIZ PAULO GNECCO	997
2789043 UBS V MATILDE	1.464
2789051 UBS V MEDEIROS	1.711
2789078 UBS V MISSIONARIA	2.594
2042975 UBS V MONUMENTO-OSWALDO MARASCA JR	936
2789086 UBS V MORAES-JOAO PAULO BOTELHO VIEIRA	1.087
2027674 UBS V NIVI	1.564
4050207 UBS V NOVA CURUCA	1.520
2789108 UBS V NOVA GALVAO	2.150
2789116 UBS V NOVA JAGUARE	2.729
2752360 UBS V NOVA MANCHESTER-ARLINDO GENNARI	410
2789124 UBS V NOVA YORK	1.003
2789094 UBS V NSRA APARECIDA	1.212
2789132 UBS V OLIMPIA-MAX PERLMAN	367
2752379 UBS V ORATORIO-TITO PEDRO MASCELANI	1.694
2789140 UBS V PALMEIRAS	1.466
2789159 UBS V PENTEADO	1.910
2789167 UBS V PEREIRA BARRETO	991
2789175 UBS V PIAUI	633
2789183 UBS V PIRITUBA	1.880
2789191 UBS V PRAIA-VITORIO ROLANDO BOCCALATTI	728
2789205 UBS V PREL-ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA	4.761
2075016 UBS V PROGRESSO	2.976
2789213 UBS V PROGRESSO-J MONTE ALEGRE	1.162
3359131 UBS V PRUDENTE	2.267
2027062 UBS V RAMOS QUALIS	1.361
4050126 UBS V RAMOS-LUIS AUGUSTO DE CAMPOS	2.071
4050029 UBS V REGINA	1.255
2789221 UBS V RENATO	872
4050401 UBS V REUNIDAS I	1.688
2789248 UBS V ROMANA	1.167
2063670 UBS V SABRINA	994
4050215 UBS V SANTANA	1.742
2789256 UBS V SONIA	2.629
2046997 UBS V STA CATARINA	1.633
2752387 UBS V STO ESTEVAO	1.351
2789264 UBS V TEREZINHA	1.146
2789272 UBS V ZATT	1.214
2789280 UBS VARGEM GRANDE	1.627

ESTABELECIMENTO	Total
2789299 UBS VARGINHA	3.668
2789302 UBS VELEIROS	295
3561186 UBS VERA POTY	152
6377742 UBS VILA CAIUBA	1.437
6165516 UBS VILA CAMPESTRE	1.346
7136617 UBS VILA CANAA	788
5479517 UBS VILA CARIOCA	736
3708411 UBS VILA CLARA	1.812

ESTABELECIMENTO	Total
6974511 UBS VILA DIONISIA II	1.007
6332501 UBS VILA MARCELO	622
6998186 UBS VILA NATAL	1.645
6332528 UBS VILA ROSCHEL	309
4049985 UBS WAMBERTO DIAS DA COSTA	1.485
2815273 UBS ZUMBI DOS PALMARES	2.850
Total	604.867

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014. (R) = UBS Reserva.

ANEXO 5

Exames citopatológicos cérvico vaginais por Unidade Básica de Saúde solicitante.
Município de Aracaju, 2014.

ESTABELECIMENTO	TOTAL
USF. Madre Tereza de Calcutá	20
USF. Francisco Fonseca	38
USF. Ministro Costa Cavalcante	150
USF. Antônio Alves	181
USF. Porto Dantas	185
USF. Maria do Céu	203
USF. Osvaldo Leite	217
USF. Augusto César Leite	251
USF. Fernando Sampaio	257
USF. Dr. Max de Carvalho	284
USF. Niceu Dantas	297
USF. José Augusto Barreto	325
USF. Amélia Leite	343
USF. Sta. Terezinha (Robalo)	355
USF João Cardoso N Junior (CSU)	356
USF. Manoel de Souza Pereira	358
USF. Ávila Nabuco	370
USF. Edézio Vieira de Melo	374
USF. Elizabeth Pita	376
USF- Oswaldo de Souza (CAIC)	395
US João Bezerra	404
USF. Dona Jovem	415

ESTABELECIMENTO	TOTAL
US José Quintiliano as Fonseca	435
US F. Humberto Mourão	517
USF. Walter Cardoso	532
USF. Cândida Alves	536
USF. Renato Mazze Lucas	553
USF. Dona Sinhazinha	558
USF. Anália Pina de Assis	615
USF Augusto Franco	617
USF. Joaldo Barbosa	662
USF. Carlos Hardmam Côrtes	687
USF. José Machado de Souza	698
USF. Eunice Barbosa	758
USF. Carlos Fernandes de Melo	813
USF. Pref.Celso Augusto Daniel	906
USF. Adel Nunes	916
USF. João Oliveira Sobral	929
USF. Onésimo Pinto	946
USF. Hugo Gurgel	971
USF. Lauro Dantas Hora	1016
USF. Geraldo Magela	1197
TOTAL	21016

Fonte: *Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2014. (R) = UBS Reserva.

ANEXO 5

Exames citopatológicos cérvico vaginais por Unidade Básica de Saúde solicitante.
Município de Cuiabá, 2014.

ESTABELECIMENTO	TOTAL
CS QUILOMBO	0
PSF NOVO PARAISO I	10
PSF RESIDENCIAL COXIPÓ III	26
PSF Jd. VITÓRIA I	42
PSF OURO FINO	44
PSF Jd. UMUARAMA	58
PSF TRÊS BARRAS	62
PSF Jd. FLORIANOPOLIS	67
PSF SANTA ISABEL I	67
PSF RIBEIRÃO DO LIPA	76
PSF Jd. VITÓRIA II	85
PSF 1º DE MARÇO	88
PSF NOVO COLORADO II	96
PSF RESIDENCIAL COXIPÓ II	98
PSF JARDIM ARAÇA	98
PSF Jd. UNIÃO	102
PSF SERRA DOURADA	106
PSF ALTOS DA SERRA II	107
PSF NOVO PARAISO II	112
PSF SANTA AMÁLIA	115
PSF SANTA ISABEL II	115
CS PARQUE CUIABÁ	121
CS PAIAGUAS	128
PSF NOVO COLORADO I	128
PSF PRAIEIRO	130
PSF J. BOSCO PINHEIRO	131
PSF NOVO HORIZONTE	134
PSF ALTOS DA SERRA I	135
PSF NOVO MATO GROSSO	137
CS CPA III	139
PSF RIBEIRÃO DA PONTE	148
PSF RENASCEER	149
PSF AREÃO	152
CS COHAB SÃO GONÇALO	158
CS GRANDE TERCEIRO	159
CS CAMPO VELHO	160

ESTABELECIMENTO	TOTAL
PSF Dr. FABIO LEITE II	160
PSF Dr. FABIO LEITE I	161
CS CIDADE VERDE	162
PSF PEDREGAL I e II	164
PSF LIXEIRA e BAU	169
CS JARDIM INDEPENDENCIA	172
PSF SANTA ISABEL III	172
PSF JARDIM FORTALEZA e SANTA LAURA	176
PSF Jd. VITÓRIA III	191
PSF SÃO JOÃO DEL REY e NOVO MILLENIUM	193
PSF JARDIM LIBERDADE e OSMAR CABRAL	194
CS PLANALTO	197
CS SUCURI	197
PSF RESIDENCIAL COXIPÓ I	201
CS CPA IV	203
CS VARZEA ANA POUPINA	209
PSF CARUMBÉ e BELA VISTA	215
PSF DESPRAIADO I e II	223
CS PICO DO AMOR	230
PSF PARQUE ATALAIA I e II	232
CS JARDIM LEBLON	235
CS NOVO TERCEIRO	236
CS CIDADE ALTA	237
PSF PEDRA 90 III e IV	243
PSF CANJICA e TERRA NOVA	243
PSF PEDRA 90 V e VI	245
PSF NOVA ESPERANÇA I e II	254
CS ALVORADA	260
CS TIJUCAL	278
CS DOM AQUINO	283
PSF PEDRA 90 I e II	299
PSF INDUSTRIÁRIO I e II	378
CS JARDIM IMPERIAL	404
PSF CLINICA DA FAMILIA	516
TOTAL	11615

Fonte: Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.