

**Práticas contraceptivas na cidade de São Paulo: prevalência,
necessidades não atendidas e atuação do SUS**
“Ouvindo mulheres: contracepção no município de São Paulo”

RELATÓRIO CIENTÍFICO FINAL

28/02/2016

Tania Di Giacomo do Lago (Coordenadora e PI)

Amalia Suzana Kalckmann (PI)

Maria Cecília Goi Porto Alves (PI)

Regina Maria Barbosa (PI)

Mercedes Loureiro Escuder (PI)

Julia Olosen (PA)*

Elza Salvatori Berquó

Consultora

Núcleo de Estudos em População (NEPO/UNICAMP)

Instituição parceira

APOIO FINANCEIRO: DECIT/MINISTÉRIO DA SAÚDE/FAPESP/PPSUS

Processo 2014/50115-1

*Pesquisadora Assistente

1 – RESUMO DO ESTUDO

Várias iniciativas para facilitar o acesso das mulheres a métodos contraceptivos foram implementadas no Brasil nas últimas duas décadas. Anticoncepcionais hormonais podem ser adquiridos por 10% do preço habitual por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil e Resolução da ANS tornou obrigatória a cobertura de procedimentos para inserção de DIU, realização de laqueadura e vasectomia. O Ministério da Saúde tem mantido o envio desses insumos aos municípios e em São Paulo, esse envio tem sido reforçado por aquisições feitas pela Secretaria de Estado da Saúde. Por outro lado, não se sabe, em que medida o acesso aos contraceptivos vem se efetivando, se permanecem desigualdades de acesso e que obstáculos ainda existem para reduzi-las. O último estudo nacional, com representatividade apenas para macrorregiões do país foi realizado em 2006 e a única pesquisa realizada no município de São Paulo para conhecer a prevalência da prática contraceptiva e dos métodos em uso ocorreu há 50 anos. O presente estudo pretendeu preencher esta lacuna, tendo por objetivos específicos:

- a. Identificar a prevalência da prática contraceptiva e dos diferentes métodos anticoncepcionais entre mulheres com idade entre 15 e 44 anos, residentes no Município de São Paulo (MSP) e as possíveis diferenças entre as cinco regiões de saúde do município.
- b. Identificar os diferenciais geracionais, sociais, econômicos e de acesso a serviços que afetam a prática contraceptiva.
- c. Avaliar a cobertura do Sistema Único de Saúde no atendimento em anticoncepção no município e identificar as dificuldades percebidas pelas mulheres para obter contraceptivos em cada região da cidade.
- d. Identificar entraves para a obtenção de anticoncepção no Sistema de Saúde Suplementar.
- e. Estimar a demanda não atendida em anticoncepção no município.

Um inquérito de base populacional foi conduzido no município de São Paulo. A população do estudo foi representada por 4 mil mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Em cada região, uma amostra probabilística de domicílios foi obtida em dois estágios: 1º) sorteio de setores censitários em situação urbana e 2º) sorteio de domicílios particulares permanentes.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares registradas em um aplicativo para tablets. As informações obtidas foram gravadas em uma base de dados gerada automaticamente pelo software e armazenadas em uma “nuvem”.

O processamento e a análise de dados levou em conta o delineamento da amostra. As estimativas de primeira ordem foram feitas com os dados ponderados, e os testes de hipóteses, intervalos de confiança e regressões de Poisson além dos pesos, levaram em conta a estratificação e sorteio de conglomerados.

O estudo teve duração de 18 meses. Para facilitar a difusão do projeto, criamos um nome-fantasia: “Ouvindo mulheres: contracepção no município de São Paulo”.

A prevalência da anticoncepção encontrada no município foi de 84,6%, com predomínio do uso da pílula, seguida pelo preservativo masculino. A prevalência da esterilização feminina não chegou a 9%. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as Coordenadorias de Saúde.

O acesso à contracepção é praticamente universal, mas isto ocorre às custas do financiamento individual desta prática. Quase 20% das mulheres referem não estar em uso do contraceptivo de sua preferência. Esta proporção é maior na Coordenadoria de Saúde Leste, onde também se encontra a maior proporção de mulheres que não obtiveram atendimento ginecológico. Espera-se que o detalhamento dos obstáculos para a satisfação da demanda por um método específico venha subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde para superá-los.

2 – SÍNTESE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2a) Atualização da revisão bibliográfica

Revisão bibliográfica realizada nas bases do PUBMED e em todas as disponíveis na BVS, não identificou novos estudos sobre a prevalência de contraceptivos no Brasil relatados desde a elaboração do projeto até sua aprovação. Por outro lado, os sítios de redes de farmácia para aquisição on-line de medicamentos e correlatos nos permitiram confirmar a introdução comercial de novos contraceptivos, ainda não incluídos no rol subsidiado pelas iniciativas governamentais. Nas farmácias da rede privada do Brasil, já estão disponíveis anticoncepcionais hormonais orais de uso estendido (Seasonique® - levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03mg, e etinil estradiol 0,01mg), um anticoncepcional hormonal transdérmico, em forma de adesivo (Evra® - norelgestromina 6 mg + etinilestradiol 0,60 mg), um tipo de anel vaginal (Nuvaring® - etonogestrel + etinilestradiol) e um tipo de implante

subdérmico (Implanon® - etonogestrel 60 mcg/dia). É possível também obter junto a consultórios médicos, um DIU medicado com hormônio (Mirena® - levonogestrel 20 mcg/dia), 0,75mg e 1,5mg). Por este motivo, ampliou-se o escopo de métodos contraceptivos de interesse do estudo.

2b) Desenvolvimento do instrumento para coleta de dados e para apoio ao trabalho de campo.

i. Aprimoramento e atualização do instrumento de coleta de dados

O questionário teve por ponto de partida o instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006. Foram dele extraídas as questões relativas à composição dos domicílios sorteados e sua caracterização socioeconômica. No que se refere às mulheres elegíveis, foram utilizadas questões para sua caracterização social, econômica e demográfica; para a composição da história reprodutiva e contraceptiva. Para captar escolaridade e religião, foram adotadas as questões utilizadas pelo IBGE no CENSO de 2010. Um módulo sobre relações afetivas/sexuais foi elaborado utilizando questões advindas da PNDS 2006 e do Projeto **GENIH**. A seção que aborda o contraceptivo em uso no momento da entrevista inclui as questões utilizadas na PNDS, mais foi ampliada. Naquela pesquisa, por ser a anticoncepção um tema dentre os vários estudados, apenas dois contraceptivos (pílula e laqueadura) foram alvo de investigação específica (modos de uso, tipo/marca e satisfação). No presente estudo, os atributos de todos os 15 tipos de métodos anticoncepcionais disponíveis no Brasil foram avaliados. Por fim, elaborou-se uma seção sobre acesso a atendimento médico ginecológico.

ii. Pré-teste e reformulações

O período de pré-teste do questionário foi bastante longo, envolvendo várias reformulações das questões pela primeira vez elaboradas. Foi necessário também, utilizar nossas redes de contatos para identificar mulheres usuárias dos “novos” contraceptivos (anel vaginal, adesivo e implantes subdérmicos) que concordassem em participar do pré-teste.

iii. Adaptação do questionário para o formato automatizado

Após a seleção da empresa responsável pela elaboração do aplicativo, aprendemos que seria necessária uma reformulação no layout do questionário, de forma a torná-lo mais apropriado ao formato do tablet. Para tanto, contamos com a consultoria de profissional já experiente no uso deste formato em inquéritos populacionais. Do

trabalho conjunto da equipe de pesquisadores com esta consultoria e a empresa responsável pela elaboração do aplicativo, resultou um instrumento de coleta composto por 5 blocos que se aplicam a todas as mulheres participantes e 16 blocos específicos para cada um dos 16 tipos de contraceptivos existentes no país (ANEXO 1). À mulher que estiver em uso de contracepção no momento da entrevista serão feitas as perguntas constantes APENAS no(s) módulo(s) correspondente(s) ao(s) método(s) em uso.

IV. Instrumentos de suporte ao trabalho de campo

Foram elaborados e impressos: Carta para divulgação do estudo nos bairros sorteados, carta aos moradores, carta aos zeladores e manual para as entrevistadoras (já enviados em relatório anterior)

2c) Seleção das empresas para a automatização das entrevistas e para a realização do trabalho de campo.

O procedimento utilizado nas duas seleções foi o mesmo. Enviamos e-mail a empresas, contendo um termo de referência com descrição do projeto e definição clara dos serviços que queríamos contatar, produtos e prazos a serem entregues, solicitando apresentação de proposta orçamentária, caso houvesse interesse. Consultamos colegas pesquisadores com experiência na realização de inquéritos populacionais, predominantemente em São Paulo e identificamos três possíveis candidatos. No caso da automatização de entrevistas encontramos colegas com experiências diferentes segundo a tecnologia utilizada, o que nos auxiliou a deixar bastante claro quais eram nossas necessidades e expectativas com a automatização, ao fazer o termo de referência. A seleção das duas empresas foi feita com base na proposta e no valor pretendido.

A automatização de entrevistas, elaboração e hospedagem do banco de dados está a cargo da empresa Kazap – Comunicação e Tecnologia da Informação Ltda e o trabalho de campo foi conduzido pela empresa Margareth Harrison De Santis Dominguez – ME. Além do melhor preço, as duas empresas tiveram a seu favor, o fato de terem conduzido com sucesso trabalho similar em inquérito populacional sobre saúde conduzido pela UNICAMP e estarem finalizando inquérito populacional também sobre saúde em SP, sob coordenação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

2d) Readequação do número de entrevistadoras e de tablets

Sem que houvesse aumento de custos, apenas redução de gastos de capital com remanejamento de recursos para custeio aprovados pela FAPESP, ampliamos o número previsto de entrevistadoras inicialmente previsto, de 20 para 33 e adquirimos 33 tablets (Tablet 7 polegadas com plataforma Android compatível versão 4.0 e wifi). Além da maior produtividade esperada com um tablet mais funcional, tentamos com isso manter a duração prevista do trabalho de campo (5 meses).

2f) Seleção e treinamento de entrevistadoras

Apesar de o processo de seleção estar a cargo da empresa contratada para o campo, a pesquisadora Amália Suzana Kalckmann integrou a comissão de seleção a fim de contribuir para a eleição de pessoas com perfil apropriado para a condução de entrevistas isentas sobre temas sensíveis como sexualidade e contracepção. Inscreveram-se para o processo seletivo 159 mulheres e 40 foram selecionadas para fazer o treinamento. Destas, 34 mostraram-se capacitadas para a entrevista. Ao final do treinamento, além de afirmarem ter disponibilidade de tempo para executar a cota mínima de 10 entrevistas por semana. Para poder aproveitar todas, uma pesquisadora cedeu seu tablet particular para o período de campo do estudo.

Após dois meses de trabalho de campo, foi necessário substituir 10 entrevistadoras, parte por desistência e outro grupo por poucas idas a campo, resultando em muito baixa produtividade. Nesta nova seleção, dentre 130 inscritas, foram identificadas no processo seletivo, 25 mulheres para o treinamento e, ao final dele, 10 foram selecionadas para entrevistadoras. Um terceiro processo de seleção e treinamento de entrevistadoras foi necessário, pelos mesmos motivos acima descritos, intensificados por um cenário de maior dificuldade de acesso às pessoas residentes em setores mais resistentes ao contato. Foram então substituídas 13 entrevistadoras em setembro de 2015.

3. IMPLEMENTAÇÃO DA AMOSTRA

3a) Delineamento amostral

Foi utilizada amostragem estratificada, por conglomerados, com sorteio em dois estágios: setor censitário e domicílio. A população de estudo, constituída pelas mulheres de 15 a 44 anos de idade residentes em domicílios particulares permanentes em área urbana

do Município de São Paulo, foi estratificada segundo as Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo.

Para a composição da amostra, foram utilizados os setores censitários do Inquérito de Saúde do Município de São Paulo – ISA-Capital 2014/2015, num total de 30 em cada coordenadoria. Nesses setores, os domicílios foram sorteados a partir da listagem de todos os endereços, criando-se segmentos de domicílios particulares de tamanho médio de 6 domicílios e incluindo-se na amostra todos os domicílios pertencentes a esses segmentos. Em cada setor, deveriam ser entrevistadas, em média, 26 mulheres do grupo etário de interesse.

O tamanho de amostra planejado foi de 4000 mulheres, sendo 800 em cada Coordenadoria. Para que esse número de mulheres fosse encontrado e entrevistado, considerando a existência de perdas (domicílios vagos ou sem resposta), foram sorteados 11174 domicílios.

Na visita ao domicílio sorteado obteve-se a listagem de todos os moradores, respectivos sexo e idade, para identificação de mulheres elegíveis. Todas as mulheres com idade entre 15 e 44 anos lá residentes foram incluídas no estudo.

3b) Trabalho de campo

O trabalho de campo, previsto para ocorrer em 5 meses, se iniciou em 16 de abril de 2015 e se estendeu até 3 de novembro. Novas entrevistas para correção de inconsistências se estenderam até 7 de dezembro de 2015. Encontramos muitas dificuldades para a realização da entrevista. O principal motivo foi o encontro de domicílios habitados, mas fechados em diferentes dias e horários da semana, inclusive aos finais de semana, muitas vezes. Isto obrigou a um grande número de retornos, implicando diminuição da produtividade necessária para cumprir o cronograma proposto. A situação de insegurança na cidade leva ao receio de abrir a casa para saber do que se trata. Muitas vezes, as entrevistadoras eram dispensadas antes mesmo de explicarem a que vieram.

Em bairros de classe média, edifícios e condomínios impõem dificuldades de toda ordem para que se tente contato com a unidade sorteada. Para vencer estes obstáculos, além de cartas individuais para os moradores de apartamentos sorteados, fizemos contato com administradoras e síndicos na tentativa de sensibilizá-los.

Para assegurar as (os) moradoras (es) que as pessoas à sua porta eram mesmo vinculadas à pesquisa criamos um link para o projeto na página da web do Instituto de Saúde (<http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/ultimas-noticias/ouvindo->

[mulheres-contracepcao-no-municipio-de-sao-paulo](#)). Neste, além da descrição sucinta do estudo e a identificação das responsáveis, foram afixados os crachás com a foto e a identificação de cada uma das entrevistadoras. Na carta aos moradores, indicamos o endereço na página da web para verificação.

Outro recurso utilizado foi a solicitação à Rede Globo para auxiliar a divulgar a pesquisa. Em resposta, o programa Bem-Estar fez uma matéria sobre a pesquisa, apontando sua importância e acompanhou uma entrevistadora mostrando a dificuldade para ser atendida (vídeo disponível em <http://globoplay.globo.com/v/4247737/>).

Para reduzir as taxas mais altas de não resposta verificadas na região centro-oeste, acrescentamos um mês de campo para entrevistas apenas nos setores a ela correspondentes e valorizamos a entrevista (listagem de domicílio e com a mulher) em 50%.

Esta decisão foi importante para compensar as idas pouco produtivas a campo, impedindo que boas entrevistadoras deixassem o projeto e conseguirmos mais de 200 entrevistas consideradas improváveis. Nesta mesma região, tivemos o único grande problema em ambiente de favelas. Em meio a uma suposta luta entre facções, entrevistadoras foram aconselhadas a deixar o local e para não colocá-las em risco, decidimos suspender a pesquisa nesse setor, perdendo 120 domicílios sorteados.

Os vícios eventualmente introduzidos com a ausência de entrevistas, decorrente dessa interrupção, foram minimizados com a introdução de pesos de não resposta na análise de dados. A situação final do trabalho de campo pode ser vista nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Domicílios sorteados, visitados e resultados das visitas

Cordenadoria	Dom. sorteados	Domicilios Visitados									
		Total		Não elegíveis	Fechado /Sem inf.	Listagem OK. Sem mulher eleg.	Listagem OK. Com mulher eleg.	Recusa	Listagem OK		
N	%	N	%								
1	2.324	2.246	96,6	247	394	698	882	25,0	1.580	79,0	
2	2.674	2.542	95,1	324	724	848	607	39,0	1.455	65,6	
3	2.461	2.447	99,4	341	592	710	764	40,0	1.474	70,0	
4	2.003	1.949	97,3	214	292	453	957	33,0	1.410	81,3	
5	1.712	1.595	93,2	125	259	418	775	18,0	1.193	81,2	
TOTAL	11.174	10.779	96,5	1.251	2.261	3.127	3.985	155,0	7.112	74,6	

O objetivo da visita ao domicílio sorteado é fazer a listagem de moradores e identificar as mulheres elegíveis para o estudo. Neste sentido, a taxa de resposta é representada pelo % de domicílios nos quais foi possível realizar tal listagem. Como se vê, a taxa média de

sucesso junto aos domicílios visitados foi de quase 75%, sendo menor nas regiões das Coordenadorias 2 (Centro-Oeste) e 3 (Sudeste) com taxas de 65% e 70% respectivamente.

Foram identificadas 5.036 mulheres elegíveis nos 7.112 domicílios em que se realizou a listagem de moradores. A média de mulheres por domicílio foi de 0,71 variando entre 0,52 na região centro-oeste a 0,86 na região 4 (Sul) e 0,82 na região 5 (Leste). Uma vez vencida a resistência dos moradores do domicílio ao contato, a aceitação da entrevista por parte das mulheres foi maior, como se observa na Tabela 2.

No entanto, considerando a taxa média de respostas favoráveis dos domicílios (74,6%) e a taxa média de resposta para entrevistas (77%) obtém-se uma taxa de resposta total de 58%, variando entre 46% na região Centro-Oeste a 66% na Leste.

Tabela 2. Resultado das entrevistas das mulheres elegíveis, taxa de resposta para entrevista e taxa total de resposta. *

Coordenadorias	Entrevistas			Mulheres elegíveis	Taxa de resposta entrevista	Taxa total de resposta*
	Realizadas	Não realizadas				
		Moradora ausente	Recusa			
Norte	902	179	71	1152	0,78	0,62
Centro-Oeste	532	158	67	757	0,70	0,46
Sudeste	737	119	87	943	0,78	0,55
Sul	929	224	57	1210	0,77	0,62
Leste	796	123	55	974	0,82	0,66
TOTAL	3896	803	337	5036	0,77	0,58

* Taxa de resposta total = taxa de resposta domicílio x taxa de resposta entrevista

4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As probabilidades de seleção das mulheres nas Coordenadorias foram distintas e para compensar essas diferenças os dados coletados foram ponderados pelo inverso da fração de amostragem de cada Coordenadoria (peso do delineamento).

Esses pesos serão ainda ajustados pelas taxas de resposta dos setores censitários, agrupados em três níveis de renda per capita de seus moradores, com o objetivo de diminuir o vício causado pela ausência de resposta. Os dados foram processados no programa STATA 10.1 por meio do módulo SVY que considera os aspectos complexos do plano de amostragem: sorteio de conglomerados e ponderação. As características das mulheres e os desfechos foram analisados comparativamente segundo Coordenadorias de Saúde do município. Para avaliar diferenças entre proporções utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste t de Student para diferenças entre médias.

5 - RESULTADOS

5a) Características da amostra comparadas às da população feminina correspondente no município de São Paulo

A Tabela 3 mostra a comparação da composição etária e de cor da amostra e da população feminina de 15 a 44 anos na cidade de São Paulo. A proporção dos subgrupos etários é bastante próxima à presente na estimativa da Fundação SEADE para 2015, havendo discreta sobre representatividade nos dois extremos: das jovens de 15 a 19 anos e das mulheres com 40 a 44 anos de idade.

Tabela3. Composição etária e de cor na amostra e no Município de SP e distribuição segundo classes de consumo (Critério Brasil) na amostra e na Grande SP

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

No que se refere à autodeclaração de cor, a comparação com os dados obtidos na cidade pelo IBGE no CENSO de 2010 indica as mulheres brancas estão sub-representadas (59,4% versus 38,8%). Esta diferença pode resultar da combinação de dois fatores. A crescente militância em prol do auto-reconhecimento da ascendência negra pela população brasileira pode estar levando a uma maior auto-declaração de cor parda ou preta. Além disso, e provavelmente mais importante, é o fato de que a maior dificuldade de recepção da pesquisa por moradores de setores de maior renda, leva à sub-representação da população

branca. Infelizmente, não há dados sobre a distribuição da população do Município de São Paulo pelo Critério Brasil. No entanto, comparando esta distribuição na amostra e a observada na Região Metropolitana de São Paulo em 2012, as Classes A1 até B1 foram sub-representadas a Classe C foi super-representada. Isto se coaduna com a maior aceitação da entrevista em setores de rendimento médio.

5b) Características sociodemográficas das mulheres estudadas segundo Coordenadoria de Saúde.

A Tabela 4 apresenta a comparação das mulheres residentes em cada uma das coordenadorias segundo idade e características socioeconômicas. Embora a região Centro-oeste apresente porcentagem um pouco menor de mulheres abaixo dos 25 anos, do que as demais, tal diferença não foi estatisticamente diferente. No entanto, as diferenças foram significantes para todas as variáveis socioeconômicas consideradas. A região Centro-Oeste se destacou pela maior proporção de mulheres com ensino superior (incompleto e completo), vivendo em famílias de classe A ou B. Conforme esperado, com plano de saúde. Este fato está em consonância com a análise socioeconômica das Coordenadorias de Saúde realizada pela Secretaria Municipal de Saúde com base nas informações do CENSO de 2010 (Prefeitura de São Paulo. SMS. Boletim CEINFO Informativo CENSO Demográfico 2010. No. 4, nov 2012. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_04.pdf) (acesso em 15/2/2016).

No que se refere à cor, a subrepresentatividade de mulheres brancas ocorreu em todas as regiões, mas manteve-se o diferencial regional encontrado na população em 2010, com maior presença relativa de brancos e pardos nas regiões leste e sul (Prefeitura de SP. SMS. CEINFO. Boletim CEINFO Informativo CENSO Demográfico 2010. No. 2, julho 2012. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_02.pdf (acesso em 15/2/2016).

A análise da religião reflete, ainda que de forma mais pronunciada, o movimento ocorrido na última década e captado no CENSO de 2010, de declínio da proporção de pessoas católicas, alta pronunciada na proporção de evangélicas e crescimento da população sem religião. Há marcadas diferenças entre as Coordenadorias de Saúde, com predomínio de denominações evangélicas nas regiões Leste e Norte, de católicas na Sul e a mais alta proporção de pessoas sem religião na Centro-Oeste.

Tabela 4. Distribuição de todas as mulheres por coordenadoria, segundo características sociodemográficas.

Características	COORDENADORIA					Total	
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste		
Faixa etária							<i>p = 0,3872</i>
15-19 anos	16,18	13,75	14,97	16,04	18,89	16,29	
20-24 anos	14,92	13,25	17,00	16,73	15,30	15,78	
25-29 anos	19,16	19,19	16,61	15,62	15,78	16,92	
30-34 anos	17,87	20,99	17,60	17,40	15,35	17,39	
35-39 anos	16,36	17,33	18,07	16,20	17,98	17,11	
40-44 anos	15,52	15,49	15,74	18,00	16,71	16,51	
Total	902 (100)	532 (100)	737 (100)	929 (100)	795 (100)	3895 (100)	
Cor							<i>p = 0,0000</i>
branca	40,58	51,55	48,00	29,91	34,55	38,78	
preta	10,96	10,95	8,38	14,19	17,15	12,70	
parda	44,90	31,48	38,44	53,23	43,17	44,31	
amarela ou indígena	3,56	6,02	5,18	2,66	5,13	4,21	
Total	899 (100)	532 (100)	730 (100)	926 (100)	794 (100)	3881 (100)	
Escolaridade							<i>p = 0,0075</i>
até fundam. completo	18,05	16,15	14,39	22,95	17,12	18,27	
médioincomp e compl	51,30	41,44	50,89	53,41	62,17	53,38	
superiorincomp ou mais	30,65	42,41	34,71	23,63	20,72	28,36	
Total	899 (100)	529 (100)	734 (100)	926 (100)	792 (100)	3880 (100)	
Religião							<i>p = 0,0000</i>
Católicas	36,81	37,83	33,88	45,44	34,63	38,17	
Evangélicas	40,22	23,68	32,54	33,75	42,62	35,99	
Outras	12,50	16,42	17,10	9,05	9,16	12,09	
Sem religião	10,46	22,08	16,49	11,76	13,59	13,75	
Total	896 (100)	527 (100)	736 (100)	927 (100)	794 (100)	3880 (100)	
Tem plano de saúde							<i>p = 0,0058</i>
sim	38,15	49,48	47,52	31,90	35,02	38,64	
não	61,85	50,52	52,48	68,10	64,98	61,36	
Total	901 (100)	531 (100)	734 (100)	928 (100)	795 (100)	3889 (100)	
Classe (critério Brasil)							<i>p = 0,0016</i>
AB	39,00	51,41	48,44	29,77	33,07	38,16	
C	54,29	41,22	46,23	59,71	59,52	54,16	
DE	6,71	7,37	5,33	10,52	7,41	7,68	
Total	899 (100)	532 (100)	735 (100)	928 (100)	794 (100)	3888 (100)	
Total	902 (100)	532 (100)	737 (100)	929 (100)	795 (100)	3895 (100)	

5c) Situação afetiva e reprodutiva das mulheres

Considerando o total de mulheres entrevistadas observou-se que 88,8% já haviam iniciado a vida sexual no momento da entrevista, proporção similar nas 5 regiões do município. Na região Centro Oeste, esta proporção foi um pouco maior(91,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das mulheres por coordenadoria, segundo variáveis selecionadas sobre vida sexual e afetiva, 2015.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
Já teve relação						<i>p</i> = 0,1910
Sim	87,34	91,14	88,64	90,21	87,84	88,83
Não	12,66	8,86	11,36	9,79	12,16	11,17
Total	902 (100)	531 (100)	734 (100)	927 (100)	794 (100)	3888 (100)
Teve relação nos últimos 12 m.						<i>p</i> = 0,8401
Sim	76,37	78,46	77,35	80,26	77,3	78,02
Não	23,63	21,53	22,65	19,74	22,7	21,98
Total	902 (100)	532 (100)	737 (100)	929 (100)	795 (100)	3895 (100)
Idade na primeira relação	17,2	17,3	17,3	17,1	17,3	17,2
média em anos (IC)	(16,8 - 17,5)	(16,9 - 17,6)	(17 - 17,5)	(16,8 - 17,3)	(17 - 17,6)	(17,1 - 17,3)
Número de parceiros na vida						<i>p</i> = 0,0026
Um	29,68	21,34	30,36	30,42	35,90	30,67
dois ou três	33,76	31,37	34,37	33,11	34,52	33,66
quatro ou mais	36,56	47,29	35,27	36,47	29,59	35,67
Total	770 (100)	463 (100)	632 (100)	808 (100)	672 (100)	3345 (100)

Nos últimos 12 meses, 78,0% das entrevistadas foram sexualmente ativas, isto é, tiveram alguma relação sexual; proporção similar em todas as regiões do município. No Brasil, essa proporção segundo a PNDS era 81,9%, em 2006.

A idade média na primeira relação sexual foi 17,2 anos (IC:17,1 - 17,3), similar em todas as regiões do município. Na PNDS 2006, para mulheres de 15 a 49 anos, no Brasil, a idade mediana na primeira relação foi de 17 anos.

Considerando todas as mulheres que iniciaram a vida sexual (3455), 96,1% mantiveram relação sexual apenas com homens, 2,6% com homens e mulheres, 1,6% exclusivamente com outras mulheres.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões quando se analisa o número de parceiros sexuais tidos na vida, no total do município, 35,7% das mulheres tiveram quatro ou mais parceiros sexuais durante a vida, esta proporção passa a 47,3% na região Centro Oeste e 29,6% na Leste. Na região Leste, cerca de um terço (35,9%) relata ter tido um parceiro durante a vida, proporção que passa a 21,3 % na Centro Oeste.

Na Tabela 6 estão apresentados os dados referentes aos relacionamentos no momento da entrevista das mulheres que se relacionam ou se relacionaram sexualmente

com homens, por coordenadoria regional do município de São Paulo, no total de 3049 mulheres.

Tabela 6. Distribuição das mulheres que já tiveram relação heterossexual por coordenadoria, segundo situação conjugal e coabitação no momento da entrevista, 2015.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
Relacionamento atual						<i>p = 0,1632</i>
sim, com homem	76,62	75,14	79,13	79,39	80,2	78,57
sim, com mulher	1,42	2,25	0,62	0,6	0,67	0,93
não tem	21,96	22,61	20,25	20,01	19,14	20,50
Total	777 (100)	472 (100)	647 (100)	828 (100)	685 (100)	3409 (100)
Coabitação com parceiro						<i>p = 0,3771</i>
sim	57,00	51,08	56,92	59,42	59,38	57,66
não	21,03	26,31	22,83	20,58	21,46	21,83
não tem relacionamento	21,97	22,61	20,25	20,01	19,16	20,51
Total	776 (100)	472 (100)	647 (100)	828 (100)	684 (100)	3407 (100)

A maioria das mulheres do município estão no momento da entrevista em um relacionamento heterossexual, 78,6%, proporção que é maior na região Leste (80,2%) e menor na Centro Oeste (75,1%). Quando se compara as 5 regiões, observa-se que na Centro Oeste há a maior proporção, 2,25%, de mulheres que estão em relacionamento com outra mulher.

No município predominam mulheres que tem parceiro sexual e residem com eles no mesmo domicílio (57,7%), não foi observada diferença entre as regiões, apesar da maior proporção de mulheres vivendo maritalmente nas regiões Sul e Leste (59,4%) e menor no Centro Oeste (51,1%).

No total, 3049 mulheres tiveram em sua vida algum relacionamento heterossexual, destas 29,3% nunca engravidaram (Tabela 7). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as regiões do município, observou-se que na região Centro Oeste houve a maior proporção de mulheres nunca ficaram grávidas (35,5%), enquanto na região Leste foi a menor (27%). No município cerca 44,8% das mulheres tiveram pelo menos duas gestações, proporções próximas foram observadas para as diferentes regiões (Tabela 7).

No município de São Paulo, a idade média das mulheres na primeira gestação foi 20,9 anos (IC:20,6 - 21,2), na região Centro Oeste essa idade foi um pouco maior 21,5 anos (IC:20,4 - 22,6) e na Sul e na Leste menor, 20,6 e 20,8 anos, respectivamente (Tabela 7).

No total, 66% das mulheres tiveram pelo menos um filho vivo. Na CO, esta proporção é a menor (58,6%), e as maiores estão nas regiões Sudeste e Leste, 68,7% e 68,1%, respectivamente. Estas diferenças, contudo, não foram estatisticamente significantes.

A idade média da mulher quando teve o primeiro filho vivo foi similar nas 5 regiões, 21,7 anos, sendo um pouco maior na região Centro Oeste, 22,3 anos (Tabela 7). No Brasil, a idade mediana observada pela PNDS foi cerca 21 anos.

Tabela 7. Distribuição das mulheres que tiveram relação heterossexual por coordenadoria, segundo variáveis relacionadas à reprodução, 2015.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
Está grávida						p= 0,0232
Sim	4,85	2,56	2,96	3,56	5,84	4,12
Não	95,15	97,44	97,04	96,44	94,16	95,88
Total	771 (100)	469 (100)	645 (100)	821 (100)	677 (100)	3383
No. De gestações						p = 0,1566
Nenhuma	30,36	35,48	31,57	26,99	26,96	29,36
Uma	23,41	22,42	27,69	27,78	25,29	25,84
Duas ou mais	46,23	42,10	40,74	45,22	47,76	44,8
Total	776(100)	471 (100)	646(100)	827 (100)	685 (100)	3405 (100)
Idade mediana primeira gestação *						20,9
anos (IC)	21,0 (20,2 - 21,7)	21,5 (20,4 - 22,6)	21,2 (20,5 - 21,9)	20,6 (19,9 - 21,2)	20,8 (20,4 - 21,3)	(20,6 - 21,2)
Pelo menos um filho nascido vivo						p = 0,1988
Sim	64,61	58,59	64,57	68,68	68,05	65,97
Não	35,39	41,41	35,43	31,32	31,95	34,03
Total	775 (100)	471 (100)	647 (100)	826 (100)	684 (100)	3403 (100)
Idade média no primeiro filho nascido vivo						
anos (IC)	21,8 (21,0 - 22,5)	22,3 (21,1 - 23,4)	22,0 (21,3 - 22,7)	21,2 (20,5 - 21,9)	21,6 (21,1 - 22,0)	21,7 (21,3 - 22,0)
Gestação não planejada nos últimos 5 anos						p = 0,7694
Sim	51,84	47,72	52,29	54,99	49,48	52,07
Não	48,16	52,28	47,71	45,01	50,52	47,93
Total	218	127	199	278	207	1029
Total	221 (100)	128 (100)	203 (100)	285 (100)	210 (100)	1047 (100)

Considerando as 1047 mulheres que tiveram pelo menos um filho nos últimos 5 anos, observou-se que 52% delas tiveram pelo menos uma gestação não planejada, não havendo diferença segundo as regiões do município de São Paulo, contudo na região Centro Oeste esta proporção é a menor (47,7%) quando se compara as regiões.

5d) Prevalência da prática contraceptiva e dos métodos anticoncepcionais

A análise da prevalência e das características da prática contraceptiva foi realizada para o universo de mulheres que informou ter tido relações heterossexuais nos 12 meses que precederam a entrevista e que disse não estar grávida naquele momento (Tabela 8). Incluíram-se nesta definição 2.892 mulheres. Em 11 casos não foi possível esclarecer se a mulher utilizava ou não anticoncepção no momento da entrevista (perda de informação=0,32%), distribuídos proporcionalmente entre as coordenadorias.

A prevalência de anticoncepção é bastante elevada (84,3%) (Tabela 8) e semelhante à verificada no país em 2006 (87,2%).

Tabela 8. Distribuição de todas as mulheres que tiveram relação com homem nos últimos 12 meses e não estão grávidas por coordenadoria, segundo anticoncepção, 2015.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
Uso atual						<i>p = 0,4556</i>
sim	84,91	84,45	86,41	85,03	81,95	84,57
não	15,1	15,6	13,6	15,0	18,1	15,4
Total*	646 (100)	401 (100)	548 (100)	715 (100)	571 (100)	2881 (100)
Método em uso						<i>p = 0,1977</i>
não usa	15,1	15,6	13,6	15,0	18,1	15,4
pílula	26,2	24,4	28,2	27,8	24,7	26,6
camisinha masculina	18,4	22,0	18,5	17,9	17,7	18,5
pílula e camisinha	7,9	11,2	10,8	6,8	7,7	8,4
injetável	12,71	6,47	9,11	12,02	11,23	10,9
laqueadura	8,7	6,8	6,8	8,8	7,9	8,0
vasectomia	5,6	3,9	6,6	6,3	7,9	6,4
outros	5,3	9,6	6,6	5,3	4,7	5,8
Total**	645 (100)	401 (100)	548 (100)	712 (100)	570 (100)	2876 (100)

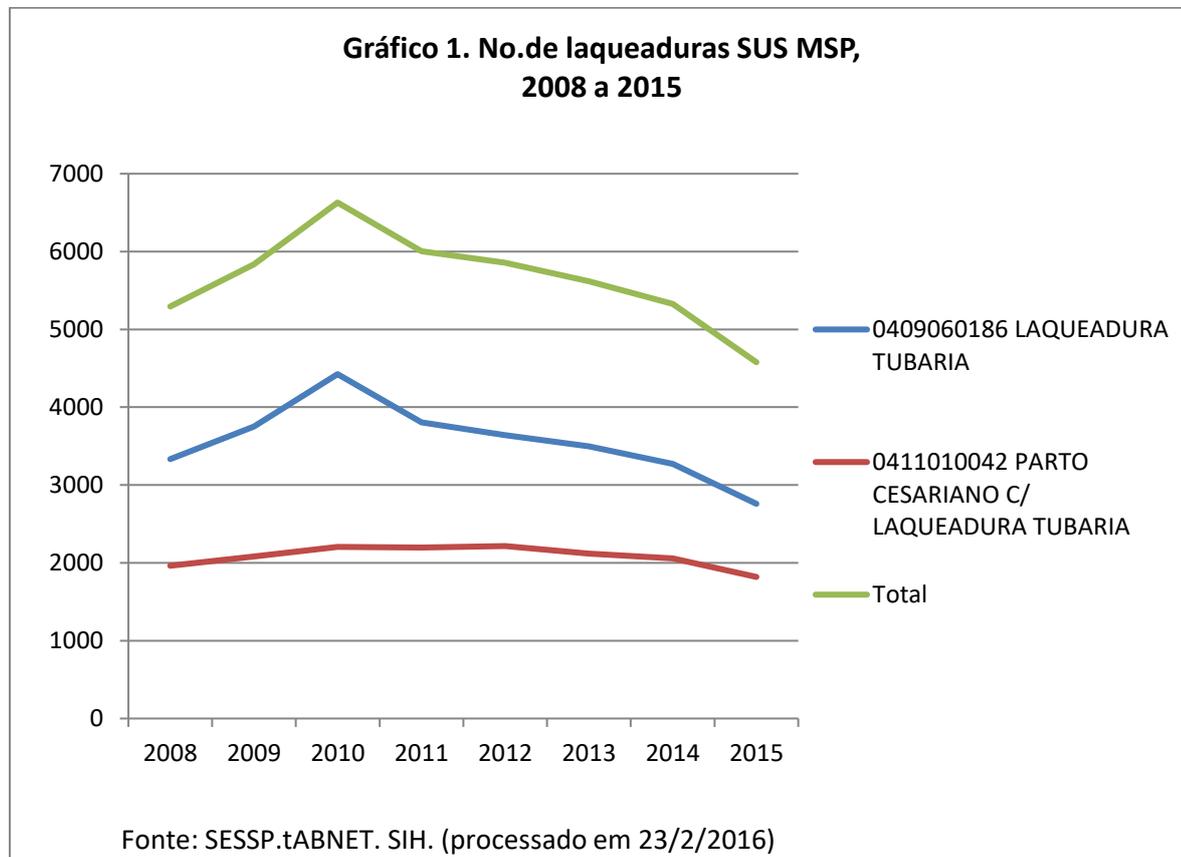
*Exclui 11 mulheres com informação prejudicada. **Exclui 15 mulheres com informação prejudicada.

A pílula é o método mais frequentemente utilizado em todas as regiões, seguida pelo uso do preservativo masculino. O uso associado de pílula e preservativo foi bastante referido, sendo a terceira prática contraceptiva mais frequente nas regiões centro-oeste e

sudeste. Esta posição é ocupada pelos anticoncepcionais hormonais injetáveis nas demais regiões.

A baixa prevalência da laqueadura no município (8,4%) aliada à sua proximidade da frequência da vasectomia nas regiões sudeste (6,8 versus 6,6%) e leste (7,9% nos dois métodos) foi a grande surpresa revelada pelo estudo. Afinal, desde 1986, quando ocorreu a primeira pesquisa nacional de demografia e saúde no Brasil, a laqueadura tem ocupado o lugar de método contraceptivo mais prevalente em todas as macrorregiões do país, com exceção da Sul.

Embora um declínio desta prevalência tenha sido verificado na última rodada da pesquisa, em 2006, a taxa média nacional era ainda alta, pois 21,8% de todas as mulheres em idade fértil estavam esterilizadas. A pesquisa nacional incluiu mulheres com 45 a 49 anos de idade, que aqui foram excluídas, o que contribui para a menor prevalência de esterilização no presente estudo, embora não explique a taxa quase três vezes menor. De fato, uma breve análise dos procedimentos realizados em internações SUS no município de São Paulo entre 2008 e 2015 indica declínio no número de laqueaduras de intervalo, isto é, não associadas ao momento do parto (Gráfico 1).



Análise detalhada dos dados obtidos e relativos ao recurso à laqueadura por faixas etárias e gerações, períodos de realização da mesma e do desejo expresso de realizá-la entre mulheres não laqueadas deverá indicar em que medida este declínio decorre de mudanças nas necessidades e/ou perspectivas femininas no âmbito da anticoncepção e/ou das dificuldades assistenciais para obtê-la.

É importante destacar que encontramos usuárias de contraceptivos mais recentemente introduzidos no mercado brasileiro e ainda ausentes do rol formalmente ofertado no SUS para o universo de mulheres: implante, anel vaginal, adesivo e o preservativo feminino. Todas elas estão incluídas na categoria “outros”, que é no entanto liderada pelo coito interrompido (3,5% das mulheres sexualmente ativas no último ano) e pelo DIU (2%).

O recurso à contracepção de emergência, aqui referida como “pílula do dia seguinte” tem sido bastante frequente no município, particularmente entre mulheres com menos de 35 anos (Tabela 9). Mais de 60% das mulheres com 15 a 29 anos de idade disseram já ter usado essa pílula pelo menos uma vez na vida.

Tabela 9. Distribuição percentual de mulheres que já iniciaram atividade sexual, segundo uso da pílula do dia seguinte (CE) pelo menos uma vez na vida

JÁ USOU CE ALGUMA VEZ	FAIXA ETÁRIA (anos)						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
sim	181	335	407	352	234	163	1672
	62,27	68,27	67,9	54,59	36,52	26,48	50,92
não	110	156	193	289	401	446	1595
	37,72	31,73	32,1	45,4	63,48	73,52	49,08
Total	291	491	600	641	635	609	3267
100.00	100	100	100	100	100	100	100

5e) Diferenciais da prática contraceptiva

- **Idade**

Conforme esperado, o mix de métodos contraceptivos varia de acordo com a idade (Tabela 10), refletindo ao mesmo tempo, mudanças geracionais, etapas diferentes do ciclo reprodutivo e restrições médicas ao uso de hormonais.

É reconfortante identificar que o preservativo masculino seja a prática mais frequente entre jovens de 15 a 19 anos, de forma isolada ou associado à pílula, representando 42% delas. Esta proporção diminui a partir dos 20 anos, mantendo-se estável ao redor de 17%.

Tabela 10. Distribuição percentual de mulheres que tiveram relação heterossexual nos 12 meses anteriores à entrevista segundo faixa etária e prática contraceptiva atual

Contraceptivo em uso	FAIXA ETÁRIA				Total
	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-44 anos	
não usa	47	142	158	95	442
	19,8	14,55	13,83	18,67	15,46
laqueadura	0	13	121	95	229
	0	1,18	10,56	19,21	7,99
vasectomia	0	9	97	71	177
	0	0,96	9,00	13,99	6,37
pílula	59	317	294	90	760
	22,8	32,74	25,81	18,4	26,59
injetável	34	148	107	21	310
	13,97	15,37	9,68	3,56	10,9
camisinha masculina	69	183	194	90	536
	27,68	18,12	17,33	17,01	18,45
pílula e camisinha	35	117	85	12	249
	14,34	11,39	7,4	2,2	8,44
outros	4	58	77	34	173
	1,41	5,67	6,38	6,97	5,81
Total	248	987	1133	508	2876
	100	100	100	100	100

$p = 0,0000$

No caso da pílula, chama a atenção o fato de que 18% das mulheres com idade entre 40 e 44 anos a utilizem, uma vez que os riscos de tromboembolismo se acentuam depois dos 39 anos. Apenas na última faixa etária a frequência da esterilização feminina supera a da pílula, ainda que discretamente.

- **Religião**

A prevalência da anticoncepção variou significativamente entre mulheres de diferentes religiões (Tabela 11). A proporção de não usuárias de anticoncepção foi maior entre evangélicas e professantes de outras religiões ($p = 0,0135$). O uso do preservativo masculino como único método ou associado à pílula parece maior entre pessoas que declararam não ter religião - quase 34%- enquanto nos demais segmentos não ultrapassou 28%.

Tabela 11. Distribuição percentual de mulheres que tiveram relação heterossexual nos 12 meses anteriores à entrevista segundo religião e prática contraceptiva atuais.

Contraceptivo em uso	RELIGIÃO				Total
	católica	evangélica	outras	sem religião	
não usa	153 13,77	172 17,68	65 18,61	50 12,07	440 15,44
laqueadura	102 9,02	83 8,53	16 4,72	26 6,18	227 7,95
vasectomia	65 5,55	75 8,25	23 7,31	13 3,17	176 6,35
pílula	349 30,64	213 21,92	91 26,75	106 26,67	759 26,64
injetável	118 10,4	120 12,33	22 6,33	49 12,67	309 10,9
camisinha masculina	203 17,65	173 17,89	60 17,7	99 23,0	535 18,49
pílula e camisinha	89 7,82	75 7,54	37 10,24	47 10,8	248 8,42
outros	59 5,13	59 5,85	30 8,35	24 5,44	172 5,8
Total	1138 100	970 100	344 100	414 100	2866 100

$p = 0,0000$

- **Socioeconômico**

Assim como observado para o Brasil em 2006, o tipo de contraceptivo em uso varia de forma significativa entre mulheres de diferentes graus de escolaridade (Tabela 12), mas a frequência da prática contraceptiva não ($p=0,39$) (dado não apresentado em tabela). A prevalência da esterilização feminina é inversamente proporcional à escolaridade, enquanto a maior escolaridade favorece o uso da pílula e do preservativo.

É interessante notar que a participação no ensino médio parece atuar como ponto de inflexão a favor do uso da pílula e do preservativo masculino, mas o uso associado desses dois métodos também se amplia com a participação na universidade. Por outro lado, a prevalência dos hormonais injetáveis reduz-se à metade entre mulheres com maior escolaridade. É curioso ver que a frequência de parceiros que realizaram vasectomia não variou com a escolaridade, contrariando a expectativa de que a esterilização masculina fosse opção de segmentos sociais mais escolarizados.

Tabela 12. Distribuição percentual de mulheres que tiveram relação heterossexual nos 12 meses anteriores à entrevista segundo grau de escolaridade e prática contraceptiva atuais.

Contraceptivo em uso	Escolaridade			Total
	até fundamental completo	médioincomp. e completo	superiorincomp. ou mais	
não usa	92	212	136	440
	17,1	14,53	16,04	15,45
laqueadura	97	104	26	227
	18,1	6,97	3,02	7,94
vasectomia	40	89	48	177
	7,4	6,33	5,69	6,39
pílula	117	396	246	759
	21,8	27,47	28,34	26,65
injetável	68	187	53	308
	12,7	12,99	6,03	10,86
camisinha masculina	73	287	173	533
	13,6	19,23	19,98	18,41
pílula e camisinha	21	106	122	249
	3,9	7,23	13,79	8,47
outros	29	81	63	173
	5,4	5,25	7,11	5,83
Total	537	1462	867	2866
	100	100	100	100

$p=0,000$

Diferentemente do observado com a escolaridade, a segmentação social afeta a frequência da prática contraceptiva, sendo menor na classe DE ($p=0,0214$), influencia a frequência de uso da vasectomia, de forma diretamente proporcional à classe de consumo e não parece interferir na frequência de uso da camisinha ou da pílula.

Por outro lado, grau de escolaridade e classes de consumo parecem atuar da mesma maneira sobre a prevalência da laqueadura – de forma inversamente proporcional- dos injetáveis, a qual diminui nas classes AB e do uso associado de pílula e camisinha, que aumenta com as classes de consumo (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição percentual de mulheres que tiveram relação heterossexual nos 12 meses anteriores à entrevista segundo classificação socioeconômica (Critério Brasil) e prática contraceptiva

Contraceptivo em uso	CRITÉRIO BRASIL			Total
	AB	C	DE	
não usa	173	219	48	440
	15,03	14,69	22,42	15,41
laqueadura	70	133	26	229
	6,24	8,72	12,06	7,99
vasectomia	93	77	7	177
	8,63	5,14	3,14	6,37
pílula	297	411	52	760
	25,74	27,63	23,94	26,61
injetável	86	197	27	310
	7,41	13,1	13,78	10,91
camisinha masculina	229	270	37	536
	19,5	17,97	16,44	18,46
pílula e camisinha	122	118	9	249
	10,62	7,43	4,11	8,44
outros	83	82	8	173
	6,83	5,31	4,1	5,82
Total	1153	1507	214	2874
	100	100	100	100

$p = 0,0000$

- **Plano de saúde**

Embora não se tenha observado diferença estatisticamente significativa na prevalência da prática contraceptiva entre mulheres que disseram possuir plano de saúde e aquelas que o negaram ($p=0,19$), tal diferença foi verificada na análise do tipo de método em uso.

A laqueadura e os injetáveis foram mais frequentemente referidos por mulheres sem plano de saúde e o uso associado de pílula e camisinha pelas que o possuem (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição percentual de mulheres que tiveram relação heterossexual nos 12 meses anteriores à entrevista segundo a posse de plano de saúde e prática contraceptiva

Contraceptivo em uso	PLANODE SAÚDE		Total
	sim	não	
não usa	164	277	441
	14,17	16,28	15,45
laqueadura	67	161	228
	6,03	9,26	7,98
vasectomia	77	99	176
	6,88	5,98	6,34
pílula	332	428	760
	28,62	25,31	26,62
injetável	75	235	310
	6,73	13,67	10,91
camisinha masculina	221	315	536
	19,24	17,96	18,47
pílula e camisinha	140	108	248
	11,69	6,25	8,41
outros	80	93	173
	6,65	5,28	5,82
Total	1156	1716	2872
	100	100	100

$p = 0,0000$

5f) Acesso a métodos contraceptivos

O acesso à contracepção é praticamente universal na cidade, uma vez que a *demandas não atendida*, entendida como o percentual de mulheres que tiveram alguma relação heterossexual nos últimos 12 meses, não estavam grávidas e não usavam contraceptivo porque não tiveram acesso a algum método, foi apenas 1,6% (46 mulheres).

Os motivos alegados para essa **demandas não atendida** foram não saber onde conseguir métodos contraceptivos, não ter recursos financeiros para comprá-los ou não conseguir obtê-los. Por outro lado, a frequência de **demandas específicas não atendida em anticoncepção**, ou seja, de mulheres que embora praticando anticoncepção gostariam de usar um método contraceptivo diferente do que usa, foi alta, chegando a quase 20%. Há diferença estatisticamente significativa entre as regiões para dar resposta ao desejo contraceptivo da mulher, estando as menores proporções na região Sul (15,7%) e Centro Oeste (17,7%) e as maiores na Leste (26,3%) e Sudeste (22,0%) (Tabela 15).

É preocupante também identificar que as iniciativas governamentais para ampliação da oferta de anticoncepção com menor ou sem custo financeiro para as mulheres não parecem ter surtido efeito. A análise das fontes de obtenção dos contraceptivos em uso pelas

mulheres paulistanas, infelizmente, mostra que a cobertura do SUS não ultrapassa 33%, colocando o município de São Paulo em igual situação à do país em 2006 (Tabela 15). Note-se que incluímos aí as mulheres que obtiveram hormonais orais e injetáveis via Farmácia Popular (apenas 49 mulheres). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto a fonte de obtenção do método, apesar de uma proporção maior de mulheres da região Leste referir o SUS como fonte dos insumos (38,3%) *versus* 24,9% na Centro Oeste.

Tabela 15. Distribuição de mulheres que tiveram relação heterossexual nos últimos 12 meses, não estão grávidas e fazem uso atual de método por coordenadoria, segundo indicadores de acesso a anticoncepção.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
	<i>p = 0,0021</i>					
Demanda específica atendida	17,84	17,21	21,57	15,05	26,03	19,47
Total	579 (100)	355 (100)	483 (100)	635 (100)	482 (100)	2534 (100)
Fonte de obtenção do método	<i>p = 0,3444</i>					
Não se aplica	3,42	5,95	4,13	4,9	3,6	4,25
SUS*	31,27	24,94	28,36	33,06	38,27	32,07
Farmácia e/ou serviço privado**	63,74	66,84	65,75	60,45	57,38	62,17
Outro	1,56	2,27	1,76	1,59	0,74	1,5
Total	580 (100)	352 (100)	506 (100)	639 (100)	486 (100)	2563(100)

*Inclui 49 mulheres que obtiveram o contraceptivo via o Programa Farmácia Popular.

**Inclui 128 mulheres (5,2% do total) que contaram com participação total ou parcial do plano de saúde na obtenção do contraceptivo

Os resultados da decisão da ANS de incluir a atenção à anticoncepção dentre os procedimentos e cobertura obrigatória por parte dos planos de saúde também foram tímidos. Dentre as 2.460 usuárias de métodos não comportamentais, (isto é, excluindo-se usuárias de coito interrompido e abstinência periódica), 128 referiram a participação total ou parcial do plano de saúde em seu custeio (5,2%).

Tal contribuição contempla a realização de 36 laqueaduras (14,6% destas cirurgias), de 40 vasectomias (21,9% delas), a inserção de 18 DIUs (23,6% deles) e descontos do plano na aquisição em farmácias, de produtos utilizados por 34 usuárias. Estes descontos

referem-se majoritariamente à compra de hormonais orais (28 dos 34 casos) e, em menor escala ainda de preservativo masculino (2 casos) de hormonais injetáveis (2 casos), de adesivo (1 caso) e do anel vaginal (1 caso).

É interessante notar que quando a obtenção do último exemplar do contraceptivo em uso foi classificada nas alternativas de “desconto em farmácia” os mais frequentes foram os promovidos pelos laboratórios farmacêuticos e redes comerciais. Tais descontos ocorrem principalmente nos casos dos hormonais orais (referidos por 169 usuárias) e do preservativo masculino (referido por 246 mulheres). Assim sendo, em quase 60% dos casos é a mulher ou o casal quem arca com os custos financeiros da anticoncepção.

Como, à exceção dos métodos comportamentais e do preservativo masculino, o acesso gratuito a contraceptivos requer uma prescrição médica, investigamos a frequência recente das mulheres ao atendimento ginecológico.

A Tabela 16 apresenta dados referentes ao acesso a atendimento ginecológico na vida, a percepção da necessidade e atendimento no último ano.

Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as regiões do município quanto ao acesso a atendimento ginecológico (pelo menos uma vez na vida), a necessidade de atendimento ginecológico e a obtenção de atendimento nos últimos 12 meses.

Enquanto na Coordenadoria Centro Oeste 3,9% das mulheres nunca foram ao ginecologista, nas regiões Sul e Leste esta proporção foi de 10,1% e 9,5%, respectivamente.

Na região Centro Oeste observou-se maior proporção de mulheres que referiram necessidade de atendimento ginecológico nos últimos 12 meses, 85,7%, e como nas outras regiões, exceto a Leste, cerca 95% delas tiveram algum atendimento. Na Coordenadoria Leste 90% das que procuraram atendimento ginecológico conseguiram algum tipo de atendimento (quase 10% das mulheres que procuraram atendimento ginecológico nos últimos 12 meses).

Estes dados refletem a heterogeneidade de distribuição dos serviços de saúde no município quer sejam eles do SUS, conveniados ou particulares.

Chama atenção que em todas as regiões a proporção de mulheres que procuraram algum atendimento ginecológico é similar, em torno de 93%.

Tabela 16. Distribuição de mulheres em idade fértil por coordenadoria, segundo atendimento ginecológico.

VARIÁVEL	COORDENADORIA					Total
	Norte	CO	Sudeste	Sul	Leste	
Último atendimento GO						<i>p = 0,0146</i>
nunca foi ao ginecologista	8,25	3,93	5,76	10,13	9,48	8,16
no último ano	71,35	73,44	73,66	66,41	66,98	69,68
há mais de 1 ano e menos de 2 anos	11,35	14,9	11,55	12,87	11,32	12,11
há mais de 2 anos e menos de 3 anos	4,57	3,01	4,22	5,14	5,93	4,82
há mais de 3 anos	4,48	4,72	4,81	5,46	6,29	5,24
Total	897	530	728	921	790	3866
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Teve necessidade de atendimento GO nos últimos 12 meses						<i>p = 0,0018</i>
Sim	81,44	85,69	82,69	76,44	81,27	80,65
Não	18,56	14,31	17,31	23,56	18,73	19,35
Total	899	532	732	928	793	3884
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Procurou atendimento nos últimos 12 meses						<i>p=0,5790</i>
Sim	94,22	92,00	94,85	93,81	93,20	93,81
Não	5,78	8,0	5,15	6,19	6,80	6,19
Total	729	455	605	707	639	3135
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Conseguiu atendimento nos últimos 12 meses						<i>p = 0,0066</i>
Sim*	95,34	94,28	95,49	95,33	90,4	94,17
Não	4,66	5,72	4,51	4,67	9,6	5,83
Total	687	420	574	663	595	2939
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

*inclui atendimento médico ginecológico, médico ou de enfermagem

6. Conclusões

O estudo conseguiu responder aos cinco objetivos estabelecidos. Identificamos alta prevalência da contracepção no município de São Paulo e uma parcela residual (1,6% das mulheres) referindo demanda não atendida em anticoncepção, sem diferenças estatísticas entre as 5 Coordenadorias de Saúde.

Há, no entanto, obstáculos à obtenção do tipo de anticoncepção desejada naquele momento e que atinge quase 20% das mulheres. A natureza destes obstáculos será ainda identificada, pois requer análise detalhada envolvendo as características da mulher, sua região de residência, a prática contraceptiva em uso, o método desejado e as razões para não estra com ele.

Verificamos também que, apesar das várias iniciativas governamentais implementadas nas últimas duas décadas, a cobertura SUS no atendimento à anticoncepção mantém-se ao redor de 30%, embora 60% da população feminina em idade fértil seja SUS-dependente. Quase 60% da população feminina refere obter contracepção no sistema privado de saúde e só 5,2 % do total das usuárias de anticoncepção contam total ou parcialmente com a participação dos planos de saúde, embora 38% das mulheres referem estar associada a eles.

No que se refere ao perfil das práticas contraceptivas em uso, o estudo revelou surpresas: um declínio expressivo da esterilização feminina, hoje realizada em frequência semelhante à da vasectomia, a ascensão do uso do preservativo masculino, de forma a constituir-se no segundo contraceptivo mais frequentemente utilizado e a alta ocorrência de associação pílula + preservativo masculino.

Novos tipos de contraceptivos, ainda não incluídos no rol dos ofertados pelo SUS, já estão em uso, como os adesivos, o anel vaginal e os implantes. O DIU que poderia representar excelente opção de anticoncepção de longo prazo para muitas mulheres permanece inalcançável para a maioria delas.

Os diferenciais etários encontrados (hormonais e preservativo mais frequentes entre jovens e esterilização mais frequente entre após os 39 anos) são esperados, com a exceção da alta prevalência de hormonais orais em mulheres acima dos 40 anos, o que pode oferecer algum risco para a saúde.

Os diferenciais socioeconômicos encontrados restringem-se preliminarmente ao maior recurso à esterilização entre as mulheres em desvantagem social, mas poderá se ampliar quando passarmos a estudar mais detalhadamente os diversos tipos de pílulas em uso.

Os diferenciais regionais apontam para maiores dificuldades de acesso ao atendimento ginecológico na Coordenadoria de Saúde Leste e é também neste território em que se encontra a maior proporção de mulheres que referem não estar em uso do contraceptivo desejado. O detalhamento desta situação poderá auxiliar a Secretaria Municipal de Saúde a desenvolver medidas para superar estas desigualdades.