

# **Práticas em prevenção e contracepção de mulheres no município de São Paulo: recomendações para um plano de ação a partir da integração de dados de estudos de base populacional e de serviços de saúde**

## **Pesquisadores:**

Regina Maria Barbosa (NEPO/Unicamp)

Adriana de Araujo Pinho (LEAS/Instituto Oswaldo Cruz-RJ)

Wilza Vieira Villela (UNIFESP)

Tânia Di Giacomo do Lago (Instituto de Saúde e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo)

## **Instituição responsável:**

Núcleo de Estudos de População Elza Berquó / UNICAMP

## **Instituições financiadoras:**

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo -Programa Municipal de DST/Aids  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS - ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DA SAÚDE/OMS

## **Sumário executivo**

### ***Antecedentes e objetivos***

Entre os anos de 2013 e 2015 foram conduzidos no município de São Paulo (MSP) três estudos de base populacional com amostras representativas de mulheres e de serviços de saúde com foco na investigação de comportamentos e práticas sexuais, reprodutivas e preventivas, incluindo a contracepção: O *estudo GENIH* (2013) com uma amostra de 975 usuárias de serviços especializados em HIV/aids (MVHA) e 1.003 usuárias de serviços de atenção primária à saúde (UAP), com o intuito de conhecer as práticas e decisões no campo da sexualidade, reprodução e seus contextos de vida; a *Pesquisa sobre Comportamentos, atitudes e práticas (PCAP)* no MSP (2014) com uma amostra representativa de 4.318 pessoas, e o estudo *“Ouvindo Mulheres: práticas contraceptivas na cidade de São Paulo: prevalência, necessidades não atendidas e atuação do SUS”* (2015) que analisou a prevalência no uso e acesso a métodos contraceptivos com uma amostra representativa da população feminina do MSP.

O presente estudo teve como objetivo analisar os dados desses três estudos, avaliando as principais medidas de uso e acesso a serviços, insumos e práticas em prevenção e contracepção no MSP segundo ciclos de vida, história reprodutiva e condição socioeconômica. Em paralelo foi conduzido um estudo qualitativo, incluindo revisão documental e entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais da rede de atenção básica e atenção especializada às IST/HIV/aids, visando identificar suas percepções sobre os temas analisados: acesso e uso dos serviços e tecnologias preventivas em saúde sexual e reprodutiva (SSR) pelas mulheres do MSP. Da interlocução entre os achados quantitativos e qualitativos resultou um conjunto de recomendações voltadas para subsidiar uma proposta de ação que favoreça a integração de serviços de atenção à SSR e às IST/HIV/aids para mulheres no município de São Paulo.

### ***Metodologia***

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP (junho de 2018) foi feita a identificação e definição das variáveis de amostragem e seleção e harmonização das variáveis-chave (e categorias) em comuns ou similares nas três bases de dados.

Os três estudos utilizaram processos de amostragem por conglomerados em múltiplos estágios, com o diferencial que a PCAP selecionou indivíduos entre 15 e 64 anos segundo cotas fixas por sexo, idade e situação conjugal. O Ouvindo Mulheres, após a seleção dos setores censitários, estratificados por coordenadoria regional de saúde, e do sorteio dos domicílios, entrevistou todas as mulheres de 15 a 44 anos residentes nos domicílios. No estudo GENIH, 38 UBS foram sorteadas e as mulheres entre 18 e 49 anos foram selecionadas sistematicamente a partir da listagem de consultas.

Os dados oriundos das três bases foram inicialmente descritos em termos de composição sociodemográfica e perfil de atividade sexual e reprodutiva, estratificados por faixa etária. Analisou-se o acesso e uso de tecnologias de prevenção em SSR segundo a história reprodutiva e faixa etária das mulheres. A fim de investigar diferenciais socioeconômicos no acesso e uso dessas mesmas tecnologias, também foi conduzida análise estratificada segundo faixa etária e critério Brasil de classificação socioeconômica a partir da base de dados do Ouvindo Mulheres.

As diferenças entre as faixas etárias, história reprodutiva e classes socioeconômicas foram testadas por meio da estatística F baseada no desenho amostral complexo ou pela sobreposição dos intervalos de confiança em 95%. A investigação dos fatores associados à realização do teste anti-HIV alguma vez na vida entre a população feminina do MSP e entre a amostra de UAB foi realizada por meio de análise de regressão logística não-condicional. Foram consideradas covariáveis para os modelos de regressão logística: idade, escolaridade, cor da pele, região/coordenadoria de saúde, número de parceiros sexuais na vida, realização de exame de Papanicolaou (nos últimos 3 anos para

a base GENIH e no último ano para a base Ouvindo), sexo sem proteção no último ano e ter plano de saúde (apenas para a base Ouvindo).

Foram incluídas nas análises apenas mulheres que já haviam iniciado vida sexual, correspondendo a **2.013 mulheres entrevistadas na PCAP** (93,2% do total de 2.159 mulheres), **1.003 no estudo GENIH** (96,9% do total de 1.035 mulheres entrevistadas) e **3.409 no Ouvindo Mulheres** (87,5% do total de 3.895 mulheres entrevistadas).

Para o desenvolvimento do estudo qualitativo foram selecionados gestores, gerentes de serviço e profissionais de todas as coordenadorias regionais de saúde (CRS). Com uma amostragem por conveniência, foram incluídos profissionais atuando na gestão das CRS, de Supervisões Técnicas de Saúde e de serviços. O roteiro de entrevistas enfocou os temas incluídos na análise quantitativa.

A análise do material qualitativo buscou identificar recorrências e especificidades nos discursos, considerando a inserção funcional do entrevistado.

### **Resultados**

A principal demanda por atenção na rede de atenção básica entre a população feminina em idade reprodutiva foi por atendimento ginecológico (35,6%) e de pré-natal (20%). Porém, há uma demanda reprimida que não conseguiu atendimento (17%) por falta de vaga ou médico ginecologista. Nas entrevistas, a falta de ginecologista e a rotatividade dos médicos são apontadas como problema em todas as CRS.

Setenta por cento das adolescentes (15 a 19 anos) procuraram atenção ginecológica no ano anterior (estudo Ouvindo Mulheres) sendo a maioria (64%) no SUS; contudo, a realização da testagem anti-HIV e de exame de Papanicolaou foram mais baixos neste grupo em comparação às mulheres das demais faixas etárias. Apenas 9,7% das adolescentes referiram ter tomado a vacina anti-HPV.

Paradoxalmente, os entrevistados referem que adolescentes pouco procuram os serviços. Há, no entanto, o reconhecimento de que os serviços não oferecem um acolhimento adequado ou ações compatíveis com as necessidades e características das mulheres nesta faixa etária.

Em relação à vacinação anti-HPV a baixa cobertura é atribuída à falta de divulgação massiva, do apoio das escolas e de restrição por parte de algumas famílias.

As adolescentes também conheciam menos formas de prevenção e transmissão do HIV comparativamente às mais velhas e quase 60% não conheciam locais para realizar a testagem. As mulheres entre 50 e 64 anos mantêm vida sexual ativa (48% no último ano), porém 44% destas se percebem com nenhum risco de se infectar com HIV. As mulheres mais velhas também fizeram menos exame de Papanicolaou nos últimos três

anos (69,5%) e testagem anti-HIV na vida (36,3%) em relação às mulheres abaixo de 50 anos.

Estes resultados coincidem com a dinâmica de funcionamento dos serviços, que concentram suas atividades de SSR na atenção pré-natal e na contracepção, sem ofertas para mulheres fora do período reprodutivo.

Embora a realização da testagem anti-HIV tenha sido referida por 76% da população feminina do MSP em 2015, esta prática ocorre majoritariamente no contexto de pré-natal (52%), seja no setor público ou privado. De fato, nas unidades de atenção básica do SUS, a atenção pré-natal é a atividade que concentra as testagens para HIV, sífilis, visando a prevenção da transmissão para o feto, e a realização de Papanicolaou. Não há fluxos para oferta e ações em SSR fora do pré-natal. As necessidades são satisfeitas em função da demanda espontânea.

A testagem é muito menos frequente entre mulheres adolescentes e jovens e entre aquelas acima de 50 anos sexualmente ativas. A gravidez determina o acesso à testagem, sendo baixa a cobertura entre aquelas que nunca engravidaram (46% realizaram o teste segundo dados do Ouvindo Mulheres); para estas, ser mais velha, ter mais parceiros sexuais na vida e nível médio completo de escolaridade parecem predizer mais a realização da testagem; ter feito exame de Papanicolaou ou consulta ginecológica e ter plano de saúde são co-fatores que contribuem para a testagem anti-HIV neste segmento.

Embora a maioria das mulheres tenha acesso ao preservativo masculino, seu uso é baixo e ocorre mais com parcerias casuais do que com as fixas; cerca de 20% das mulheres entrevistadas no Ouvindo Mulheres e GENIH não usaram preservativo na última relação sexual. Esta proporção foi significativamente maior na PCAP em que 42% do total de mulheres relatou ter usado na última relação sexual, e 67,5% das adolescentes.

O uso de MAC é alto, e a principal forma de obtenção é mediante a compra nas farmácias (62,2%). No entanto, há diferenciais no uso e nas formas de obtenção por idade, classe socioeconômica e história reprodutiva. Em contrapartida, a diversidade de métodos utilizados é baixa, concentrando-se na pílula e no preservativo (este, particularmente entre as mais jovens). Este leque restrito de contraceptivos de alguma forma pode refletir a desvitalização da atividade de Planejamento Familiar desenvolvida nos serviços de atenção básica, referida nas entrevistas. Segundo os relatos, não há uma abordagem dos projetos reprodutivos das mulheres nos seus contatos com o serviço, incluindo a atenção pré-natal; os grupos de PF acontecem quase como um requisito para o acesso à esterilização, sem uma discussão maior dos projetos reprodutivos das mulheres, suas necessidades de prevenção e as diversas alternativas possíveis. Mesmo que a atividade de PF seja, no momento, estreitamente ligada ao acesso à laqueadura, existem gargalos.

Mulheres relatam ter tido que apresentar o consentimento assinado do parceiro, comprovar dificuldades financeiras ou algum problema de saúde.

O SUS é um importante local de obtenção de alguns MAC para adolescentes e mulheres mais pobres, especialmente injetáveis, DIU e laqueadura. No conjunto das mulheres, a pílula é o MAC mais utilizado, com exceção das adolescentes que utilizam mais preservativo. O uso de duplo método não chega a 13% e é mais frequente entre adolescentes e jovens.

O uso de MAC modernos é mais baixo entre mulheres que nunca engravidaram (38,6%) e entre jovens mais pobres (37,5%). Quase 100% das mulheres mencionaram conhecer a contracepção de emergência, metade já usou (51,5%) alguma vez na vida e 13% no último ano; mais de 90% adquiriram a última pílula nas farmácias.

A demanda contraceptiva não atendida é baixa e parece estar mais relacionada a questões individuais do que a questões organizacionais dos serviços de saúde. Não obstante, o não planejamento reprodutivo foi acima de 40% para a última gestação ou filho nascido vivo, sendo mais frequente entre as mulheres adolescentes e jovens. Quase um terço das mulheres adolescentes entrevistadas no Ouvindo Mulheres já tinham engravidado e 19,4% já tinham pelo menos um filho nascido vivo. Foram também referidas gestações em uso de contracepção por descontinuidade do método ou falha em seu uso.

### **Conclusões**

As análises do componente quantitativo mostraram diferenciais no acesso e uso de tecnologias de prevenção no campo sexual e reprodutivo entre mulheres segundo os ciclos de vida, história reprodutiva e condições socioeconômicas. Os dados qualitativos mostram que os gestores e gerentes de serviços não conseguem implementar alternativas adequadas para a heterogeneidade socioeconômica que caracteriza os diversos territórios, criando lacunas na atenção às necessidades em SSR de alguns grupos de mulheres: as mais jovens, mais pobres, que nunca tiveram filhos ou que tem mais de 50 anos. A persistência de um processo de trabalho calcado na atenção à saúde materno-infantil, em detrimento de uma perspectiva de saúde integral das mulheres também contribui para esta distorção.

A oferta de MAC não é diversificada; barreiras de acesso e falta de informação fazem com que o SUS não seja uma fonte importante de oferta de contracepção reversível. Assim, perde-se a oportunidade de uma abordagem sobre o planejamento reprodutivo que contemple as necessidades, dificuldades e contextos de vida de cada mulher.

Há também oportunidades perdidas de integração entre ações no campo da SSR e da prevenção das IST/aids. Em especial em relação às mulheres jovens que procuram o

serviço para além do período gravídico, buscando, por exemplo, atendimento ginecológico.

Integrar ações de SSR e IST/HIV pode contribuir para reduzir algumas das lacunas identificadas neste estudo, aumentando a efetividade das ações realizadas na rede de atenção básica e de serviços especializados em DST/aids do MSP.

## Recomendações

A partir dos dados e comentários apresentados, são feitas as recomendações abaixo, organizadas de acordo com eixos de atuação:

### **Eixo 1. Planejamento Reprodutivo**

- Implementar as linhas de cuidado em saúde da mulher já consensuadas e pactuadas no âmbito do Ministério da Saúde e gestões estaduais.
- A partir dos conceitos norteadores deste instrumento, considerar as dimensões de gênero envolvidas nos encontros sexuais e projetos reprodutivos das mulheres (incluindo MVHA), trazendo ênfase na ideia de *planejamento*, com reforço da autonomia das mulheres sobre seus processos reprodutivos .
- Facilitar acesso à informação e aos insumos, especialmente a contracepção de emergência (CE), e para adolescentes/jovens.
- Ampliar o leque de oferta de métodos, incentivando a dupla proteção.

### **Eixo 2. Prevenção**

- Ampliar a cobertura de testagens para HIV e sífilis entre adolescentes, jovens e mulheres acima de 50 anos e de exames de Papanicolaou entre a população com mais de 50 anos.
- Promover o uso de dupla proteção, duplo método, PEP e PrEP entre mulheres.
- Estimular a testagem rápida para HIV e sífilis em mulheres fora do período gestacional.
- Promover ações específicas para mulheres sob maior vulnerabilidade, com atividades extra-muros.
- Estimular a oferta de ações extra-muros para população masculina.

### **Eixo 3. Promoção e educação em saúde**

- Articular e fortalecer ações do Programa de Saúde nas Escolas (PSE) onde estão fragilizadas.
- Utilizar plataformas digitais para ampliar informação em SSR.
- Fortalecer parcerias com ONG ou outros setores da PMSP que realizam atividades de caráter comunitário.
- Divulgar amplamente os serviços oferecidos no âmbito do SUS/SP.

#### **Eixo 4. Formação permanente/capacitação dos recursos humanos**

- Retomar discussões sobre gênero/sexualidade/vulnerabilidades no contexto das relações heterossexuais.
- Discutir TasP (tratamento como prevenção) e I=I (indetectável = intransmissível) no âmbito dos serviços especializados em DST/aids e na rede de atenção básica.
- Fortalecer a utilização de protocolos de atenção à saúde das mulheres, definidos a partir das linhas de cuidado.
- Familiarizar equipes com resultados de pesquisas e informações sobre produção de serviços e qualidade de atenção.

#### **Eixo 5. Organização e gestão dos serviços**

- Formalizar fluxos de encaminhamentos/referências entre os serviços de HIV e AB (incluindo atenção às mulheres em situação de violência).
- Difundir o uso de indicadores de qualidade da atenção em SSR- HIV/aids (QualiAids e Quali-AB SSR).
- Rever os processos de trabalho para garantir a oferta de ações em SSR/HIV/IST num mesmo momento, pelo mesmo provedor e no mesmo serviço.

#### **Eixo 6. Planejamento, Monitoramento e Avaliação**

- Realizar diagnóstico situacional do território, na perspectiva de identificar parceiros potenciais para promoção da SSR.
- Planejamento integrado de ações em SSR/HIV/IST entre as gestões da AB e DST/aids.
- Propor e executar ações integradas específicas para adolescentes e jovens.
- Alinhar e sistematizar indicadores de processo e resultado visando o monitoramento e avaliação das ações integradas em SSR/HIV/IST nos serviços especializados em DST/HIV/aids e na rede de atenção básica.