

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA

**NECESSIDADE INSATISFEITA POR CONTRACEPÇÃO ENTRE
MULHERES GRÁVIDAS, DISTRITO SANITÁRIO II, RECIFE**

MÁRCIA DOS SANTOS RIBEIRO

RECIFE
2008

MÁRCIA DOS SANTOS RIBEIRO

**NECESSIDADE INSATISFEITA POR CONTRACEPÇÃO ENTRE
MULHERES GRÁVIDAS, DISTRITO SANITÁRIO II, RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social da UFPE como exigência parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Dra. Thália Velho Barreto de Araújo
Co-orientadora: Professora Dra. Sandra Vanlogueiro

RECIFE
2008

Ribeiro, Márcia dos Santos

Necessidade insatisfeita por contracepção entre mulheres grávidas, Distrito Sanitário II, Recife / Márcia dos Santos Ribeiro. – Recife: O Autor, 2008.

101 folhas : tab; Graf.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia, anexos.

1. Contracepção. 2. Planejamento Reprodutivo. 3. Saúde Reprodutiva da Mulher. I.Título.

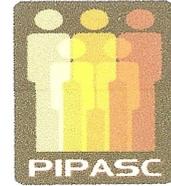
314.336
613.94

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-120



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

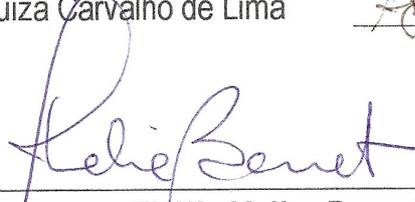
MÁRCIA DOS SANTOS RIBEIRO

No dia 25 de agosto de 2008, às 08:30 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Thália Velho Barreto de Araújo (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Rivaldo Mendes De Albuquerque (DO – Departamento Materno Infantil da UPE) – Membro Externo e Maria Luiza Carvalho de Lima (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Márcia dos Santos Ribeiro, sobre a sua Dissertação intitulada: “**Necessidade não Atendida de Contracepção entre Mulheres Grávidas**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

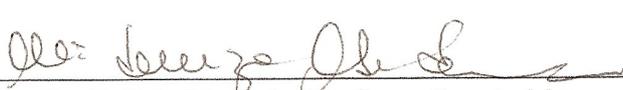
Prof^a. Dr^a. Thália Velho Barreto de Araújo Aprovada

Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque Aprovada

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Carvalho de Lima Aprovada


Prof^a. Dr^a. **Thália Velho Barreto de Araújo**


Prof. Dr. **Rivaldo Mendes de Albuquerque**


Prof^a. Dr^a. **Maria Luiza Carvalho de Lima**

*Especialmente dedicada a minha avó, dona Maninha,
maior incentivadora de minha busca pelo saber.*

Agradecimentos

À minha mãe pela paciência, compreensão e apoio sem os quais não conseguiria concluir mais essa jornada.

Ao meu amado Henrique pelo companheirismo e compreensão, a Mirella pelo carinho e preocupação e a todos os amigos que me deram força, apoio, e incentivo constantes.

Aos colegas e funcionários do PIPASC pela contribuição na minha formação profissional.

As professoras Thália Barreto e Sandra Valongueiro pelos ensinamentos, competência e dedicação que contribuíram para a construção dessa dissertação.

A Deus por mais esta oportunidade concedida.

RESUMO

A mudança no perfil demográfico do Brasil ocorreu de forma rápida, a taxa de fecundidade total que era de 6,3 na década de 60 atingiu o valor de 1,8 filhos por mulher em 2006. Essa mudança foi resultado de transformações sociais, culturais e econômicas ocorridas no país. Além disso, outro aspecto responsável pela queda na taxa de fecundidade foi o aumento do conhecimento e do uso de anticoncepcionais, sendo esse um dos principais fatores. No entanto, uma alta prevalência de uso de métodos não significa necessariamente um alcance por parte das mulheres de suas intenções reprodutivas. Necessidades insatisfeitas por contraceção - discordância entre o comportamento reprodutivo, o não uso de contraceção, e o desejo de espaçar ou limitar o número de filhos - são reportadas tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de necessidades insatisfeitas por contraceção e analisar os fatores associados a essas necessidades entre mulheres grávidas cadastradas ao Programa de Saúde da Família do Recife no Distrito Sanitário II. A população do estudo foi composta por 1.120 mulheres grávidas entre 18 e 49 anos de idade sendo o desenho do estudo transversal e explanatório. Essa pesquisa observou que 30,7% das mulheres tiveram necessidades insatisfeitas por contraceção. Os resultados encontrados mostram que as mulheres com maior chance de possuir necessidade insatisfeitas por contraceção eram aquelas com: menor tempo de relacionamento com o parceiro (OR= 1,82; IC 95% 1,13 – 2,9), sem parceiro estável (OR= 1,77; IC 95% 1,14 – 2,74), com maior paridade (OR= 1,60; IC 95% 0,97 – 2,62), com o número de filhos maior do que o pretendido (OR= 1,22; IC 95% 1,1 – 2,11), cujo companheiro manifestou desaprovação quanto ao uso de contraceção (OR= 1,80; IC 95% 1,3 – 2,5), com menor quantidade de bens duráveis (OR= 1,30; IC 95% 0,98 – 1,71), que

não possuíam religião (OR= 1,31; IC 95% 1 – 1,71) e que autodenominaram sua cor de pele como branca (OR= 1,41; IC 95% 1,02 – 1,95). Os resultados obtidos nesse estudo traçam um perfil das mulheres com necessidades insatisfeitas por contracepção entre usuárias do PSF e identificam os fatores que contribuíram para a presença dessa necessidade. Dessa forma, os resultados deste estudo podem contribuir para a reorientação das ações de planejamento reprodutivo e assim propiciar que as mulheres alcancem suas intenções reprodutivas e exerçam plenamente sua sexualidade.

Palavras chave: Necessidade insatisfeita por contracepção, planejamento reprodutivo, saúde reprodutiva e saúde da mulher.

ABSTRACT

The demographic changes in Brazil has happened in a fast way, the total fertility rate that was 6,3 in the 60's become 1,8 at 2006. These changes resulted from social, cultural and economics modification that occurred in the country. Besides that, another factor responsible for that change in the total fertility rate was the increase on knowledge and use of contraceptives, being the last the most important. However, a high prevalence of contraceptive use does not necessarily mean achievement of reproductive intentions by the women. Unmet need for contraception – discrepancy between the fertility goals and contraceptive practice – has been reported in developing countries as in developed one. This study had the objective of estimate the presence of unmet need for contraception and analyzes the factors associate with that between pregnant women registered at Programa de Saúde da Família (PSF) at Recife, Distrito Sanitário II. It was a exploratory cross-sectional study, composed of 1.120 pregnant women, aged 18 to 49 years. This research find out that 30,7% of the women had unmet need for contraception. The results showed that women with higher chance of having unmet need were thoses: with less time in a relationship (OR= 1,82; IC 95%1,13 – 2,9), without a stable partner (OR= 1,77; IC 95% 1,14 – 2,74), with high parity (OR= 1,60; IC 95% 0,97 – 2,62), with more children than they have planned (OR= 1,22; IC 95% 1,1 – 2,11), with a partner that demonstrated some disapproval of contraceptive use (OR= 1,80; IC 95% 1,3 – 2,5), with less wealth (OR= 1,30; IC 95% 0,98 – 1,71), without religion (OR= 1,31; IC 95% 1 – 1,71) and the women who classified their skin color as white (OR= 1,41; IC 95% 1,02 – 1,95). The results found here evidenced the characteristics of the women with unmet need for contraception between users of PSF and identified the factors that contributed for the presence of unmet need. Therefore, these results could help

to improve actions in the family planning programs and as consequence offer to women the opportunity to reach their reproductive intentions and lived their sexuality completely.

Key words: unmet need for contraception, reproductive planning, reproductive health and women's health.

LISTA DE TABELAS

Tabelas 1 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis sócio-demográficas e econômicas, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 – 2006	51
Tabela 2 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a necessidade insatisfeita por contracepção, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	52
Tabela 3 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a necessidade insatisfeita para espaçar/limitar o número de filhos, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 – 2006.....	52
Tabela 4 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis da história reprodutiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	53
Tabela 5 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis da história contraceptiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	54
Tabela 6 – Distribuição das mulheres estudadas segundo o tipo de método contraceptivo utilizado, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006	55
Tabela 7 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a pretensão da gravidez estudada e uso de contracepção no mês anterior esta gravidez, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006	56
Tabela 8 – Prevalência do uso de contracepção segundo a pretensão do casal, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	56
Tabela 9 – Distribuição das mulheres estudadas segundo o motivo para não estar usando método no mês anterior a gravidez, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006	57
Tabela 10 – Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis sócio-demográficas e econômicas, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	61
Tabela 11 - Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis da história reprodutiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006	62
Tabela 12 - Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis da história contraceptiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	63
Tabela 13 – Distribuição das variáveis controlados os possíveis confundimento, odds ratios ajustados e valor de p, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da opinião das entrevistadas quanto a responsabilidade das mulheres em relação ao uso de método contraceptivo, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006..... 58

Gráfico 2 - Distribuição da opinião das entrevistadas segundo a responsabilidade do homem em prover o método contraceptivo a ser usado pelo casal, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....58

Gráfico 3 - Distribuição das mulheres segundo a responsabilidade para evitar filhos, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.....58

Gráfico 4 - Distribuição das mulheres segundo a responsabilidade pela escolha do método contraceptivo, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 – 2006..... 59

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma I – Necessidade Insatisfeita por métodos contraceptivos.....	41
--	-----------

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAP - Centro de Apoio Psicossocial

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

DHS – Demographic Health Surveys

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DS - Distrito Sanitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KAP – Knowledge attitude practice

NOAS - Norma Operacional de Assistência a Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIPASC - Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

ZEIS - Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Redução da fecundidade e padrão de uso de contracepção no Brasil	17
2.2 O Planejamento reprodutivo nas políticas de saúde no Brasil	21
2.3 Necessidade Insatisfeitas por Contracepção	26
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
4.1 Área de Estudo	36
4.2 População de Estudo	38
4.3 Desenho do Estudo	38
4.4 Definição de Termos e Variáveis Estudadas	39
4.4.1 Variável Dependente	39
4.4.2 Variáveis Independentes	42
4.5 Procedimentos e Instrumentos de Coletas de Dados	45
4.6 Processamento de Dados	47
4.7 Plano de Descrição e Análise	47
4.8 Aspectos Éticos	49
5 RESULTADOS	50
5.1 Características da População de Estudo	50
5.2 Necessidade Insatisfeita por Contracepção	52
5.3 História Reprodutiva	52
5.4 História Contraceptiva	54
5.5 Análise Bivariada	59
5.6 Análise Multivariada	63
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÃO	76
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO A – Questionário da Mulher	84
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	101

1 INTRODUÇÃO

O declínio da taxa de fecundidade é uma realidade em todo o mundo. Os primeiros países a apresentarem essa queda foram os chamados países desenvolvidos, seguidos dos países em desenvolvimento. Estes últimos ainda estão em processo de redução da taxa de fecundidade variando para cada país o estágio de transição demográfica em que se encontra (PATARRA, 1995).

No Brasil esse declínio da fecundidade se iniciou nos anos sessenta, acentuou-se e se expandiu para todas as regiões do país a partir da década de setenta, e teve queda mais intensa a partir da década de 80, principalmente no Norte e no Nordeste do país, caracterizando-se como uma das transições da fecundidade mais rápidas do mundo. O censo demográfico de 2000 encontrou uma taxa de fecundidade total no valor de 2,38 para o Brasil (PATARRA, 1995; SIMÕES, 2006). Com isso, o país se aproximava do valor da taxa de fecundidade em nível de reposição, ou seja, os filhos garantirão a reposição futura dos pais, geração futura “repondo” a geração presente (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007; SIMÕES, 2006).

As mudanças nos padrões sócio-econômicos, como o desenvolvimento social, a urbanização, modelo econômico mais voltado para o consumo de bens duráveis, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, elevação do custo para a manutenção dos filhos, entre outros, contribuíram para a mudança no padrão de fecundidade, onde a divulgação das vantagens de uma família nuclear e pequena também favoreceu essa transformação (SIMÕES, 2006).

O uso e a difusão dos métodos de contracepção também favoreceram essa mudança nas taxas de fecundidade do Brasil (FERNANDES, 2003), apresentando o país elevadas taxas de uso. No Brasil, a pílula e a esterilização feminina são os métodos contraceptivos mais utilizados e, portanto, os que mais influenciaram na queda da taxa de fecundidade (PNDS, 2006).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006) constatou que 87,2% das mulheres já haviam feito uso de algum método contraceptivo. No entanto, uma alta prevalência de uso de métodos não significa necessariamente um alcance por parte das mulheres de suas intenções reprodutivas ou uma satisfação com o método contraceptivo utilizado (DIXON-MULLER; GERMAIN, 2007; TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

Um elevado percentual de uso de contracepção não exclui a presença de necessidade insatisfeita por contracepção, a qual já foi reportada em diversas regiões do mundo. A discordância entre o comportamento reprodutivo e o desejo de espaçar ou limitar o número de filhos é definida como necessidade insatisfeita por contracepção, ou seja, mulheres unidas, férteis ou desejosas de espaçar ou limitar o número de filhos e que não fazem uso de nenhum método contraceptivo, bem como grávidas ou amenorréicas que não planejaram sua última ou atual gravidez (gravidez indesejada ou em momento inadequado) (SEDGH *et al*, 2007).

Estimativas das necessidades insatisfeitas por contracepção para alguns países em desenvolvimento e nas Republicas Soviéticas, excluídos a China, Singapura, Taiwan e Republica da Coréia, retiradas das Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) realizadas entre 1990-1995 com mulheres entre 15 - 24 anos de idade, evidenciaram que a

necessidade insatisfeita por contracepção era de 85% na Ásia, de 90% nas Republicas Centrais Asiáticas, de 67% na América Latina, 52% na África do Norte e Centro-Oeste e 83% nos países Africanos abaixo do deserto do Saara (ROSS; WINFREY, 2002).

Por outro lado, um estudo multicêntrico realizado na Europa demonstrou que as necessidades insatisfeitas por contracepção nessa região não ultrapassaram 10% na maioria dos países pesquisados, sendo próximo a 3% na Bélgica e na Espanha (KLIJZING, 2000).

No Brasil 76,7% das mulheres em união afirmaram na PNDS de 1996 que faziam uso de algum método contraceptivo, no entanto 7,3% das mulheres em união foram classificadas como tendo necessidades insatisfeitas, sendo 4,7% para limitar o número de filhos e 2,6% para espaçar os nascimentos. Dentre as regiões do Brasil, o Norte e o Nordeste são as com maiores índices de necessidades insatisfeitas por contracepção (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

As necessidades insatisfeitas podem refletir o acesso restrito aos métodos contraceptivos e expressam dificuldade das mulheres em planejar sua vida reprodutiva, ou seja, dificuldade em limitar ou espaçar o número de filhos (BERNSTEIN & EDOUARD 2007).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Redução da fecundidade e padrão de uso de contracepção no Brasil

A mudança no perfil demográfico do Brasil ocorreu de forma rápida. A taxa de fecundidade que era de 6,3 filhos em média por mulher em idade fértil nos anos sessenta caiu para 5,8 nos anos setenta e para 4,4 filhos nos anos oitenta. Essa taxa continuou em queda atingindo 2,9 filhos em 1991, até alcançar 2,3 filhos em média por mulher no ano de 2000 (IBGE, 2001).

No Nordeste, a taxa de fecundidade total no início dos anos sessenta era de 7,4 filhos por mulher em idade fértil. No último Censo Demográfico (2000) esse valor foi estimado em 2,6 filhos por mulher. Para Pernambuco, no mesmo ano, a taxa de fecundidade total era de 2,2 filhos por mulher (IBGE, 2000).

Essa queda da fecundidade atingiu mulheres em todas as faixas etárias, exceto as mais jovens que vêm apresentando taxa de fecundidade elevada (PATARRA, 1995), observando-se a concentração da fecundidade num intervalo mais curto do período reprodutivo das mulheres. Esse fenômeno é nomeado como rejuvenescimento da fecundidade por alguns autores. No ano 2000 dados do Censo Demográfico mostram que a idade média da fecundidade era de 26,3 anos. Este fenômeno pode ser constatado através dos altos níveis de gravidez na adolescência, bem como a diminuição do tamanho da família, já que as mulheres encerram mais cedo sua reprodução (PIROTTA, 2002).

Antes da década de 70 um elevado número de filhos era considerado como vantagem econômica, pois se acreditava que quanto mais membros houvesse na família, maior seria a possibilidade de buscar recursos e aumentar a renda familiar. Essa grande prole também era considerada como uma segurança na velhice, dado que a mulher era vista principalmente como mãe e não como trabalhadora (GIFFIN, 1994). A partir da década de 70 os padrões de comportamento reprodutivo começam a ser modificados, os filhos que antes eram ditos como recurso produtivo da família passaram a ser encarados como encargos, como maior custo, ou como obstáculos a inserção das mulheres no mercado de trabalho (GIFFIN, 1994; SIMÕES, 2006).

As mudanças demográficas também são resultantes das transformações sociais, culturais e econômicas ocorridas no país, dentre as quais se destacam: o processo de industrialização e urbanização, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, mulheres com maior nível educacional o que pode influenciar em suas decisões reprodutivas por terem maior poder de decisão, a crescente migração da população rural para a área urbana, a criação de modelo ideal de família, nuclear e “moderna” e, mais recentemente, a postergação do casamento e o incentivo ao aleitamento materno (PATARRA, 1995; SIMÕES, 2006).

Alguns estudos sugerem que o aumento das despesas para criar os filhos, o maior gasto em relação à saúde, transporte, educação, seria um dos fatores determinantes para o controle dos nascimentos destes, onde este controle da fecundidade refletiria uma tentativa dos casais em reduzir os custos já que o país se encontrava em crise econômica, principalmente a partir da década de 80 (MARCOLINO; GALASTRO, 2001; SIMÕES, 2006). Outros autores referem que as mulheres incorporaram a idéia de

que ter uma prole menor traria benefícios por ampliar a possibilidade de cuidar melhor dos filhos, propiciar melhor condição de vida e um futuro melhor para estes (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Além das mudanças sociais, culturais e econômicas, outro aspecto responsável por essa queda na taxa de fecundidade foi o aumento do conhecimento e do uso de anticoncepcionais, sendo esse um dos principais fatores (SIMÕES, 2006). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, quase 100% das mulheres entrevistadas conheciam algum tipo de método anticoncepcional, ou sabiam da sua existência.

Os métodos reconhecidos compunham um total de treze, onze considerados métodos modernos¹ e dois chamados de métodos tradicionais². Os métodos mais conhecidos, por ordem de frequência, eram a camisinha, a pílula, seguido da injeção contraceptiva, esterilização feminina, camisinha feminina, abstinência periódica, DIU, esterilização masculina, coito interrompido, pílula do dia seguinte, diafragma, implantes e os métodos vaginais. Foi verificado também que os métodos mais utilizados pelas mulheres naquele ano foram a esterilização feminina e a pílula (PNDS, 2006).

Pesquisa realizada por Schor & Carvalho (2005) em São Paulo constatou que a escolha do método e a opinião das mulheres a respeito destes depende de suas experiências anteriores e de outras mulheres, de informações recebidas dos profissionais de saúde e de crenças vigentes em seus grupos sociais. Para as autoras as mulheres esperam que o

¹ Esse termo foi utilizado na PNDS (1996) para fazer referência à pílula, dispositivo intra-uterino (DIU), camisinha masculina e feminina, injeção contraceptiva, implantes, métodos de vaginais (cremes), diafragma, esterilização feminina e masculina, pílula do dia seguinte

² Esse termo foi utilizado na PNDS (1996) para fazer referência à abstinência sexual e coito interrompido.

método seja de fácil utilização, que não cause danos a sua saúde, seja aceitável pelo companheiro, mas sem perder sua eficácia.

Para assegurar um uso efetivo e contínuo de método contraceptivo é necessário que a usuária conheça seu funcionamento e que o método responda às suas expectativas e preferências (CHIRINOS *et al*, 2001 *apud* ESPÍRITO-SANTO; TAVARES NETO, 2004; LEITE, 2003).

No Brasil, como no Nordeste e em Pernambuco, a esterilização feminina e a pílula são os métodos mais prevalentes entre as mulheres em idade reprodutiva (FERNANDES, 2003; OLINTO; GALVÃO, 1999; SOUZA *et al*, 2006), sendo a esterilização mais presente em classes sociais menos abastadas e com menor escolaridade (DUARTE *et al*, 2003); de acordo com a PNDS de 2006 entre as mulheres esterilizadas, 59,9% tinha menos de um ano de escolaridade, enquanto que 20,8% tinha 12 anos ou mais de escolaridade.

Ainda de acordo com a PNDS de 2006, a esterilização feminina era o método utilizado por 21,8% das usuárias de contracepção, enquanto que 29,1% das mulheres unidas se encontravam esterilizadas. Segundo Olinto e Galvão (1999) em pesquisa realizada com mulheres entre 15 a 49 anos residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, RS, verificou-se que a esterilização era mais presente no grupo de mulheres com mais idade, enquanto que o uso da pílula diminuía com o aumento da idade.

Em pesquisa realizada pelo *Programa Ensino e Pesquisa em Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR)* em Recife e Belo Horizonte em 2002 verificou - se

entre todas as raças que 41,4% das mulheres em Recife não estavam fazendo uso de contracepção; dentre as usuárias 28,3% eram esterilizadas, 11,6% fazia uso de camisinha e 10,9% usavam a pílula. Ainda na mesma pesquisa foi verificado no Recife que grande parte das esterilizações foram realizadas juntamente ao parto cesário e um número expressivo de mulheres não fizeram uso de contracepção na primeira relação sexual (RIBEIRO; CAETANO; SANTOS, 2004).

Com isso o Brasil possui um perfil diferenciado dos outros países do Terceiro Mundo, com uma alta prevalência de uso de método contraceptivo e com certa hegemonia da esterilização feminina, esta ocorrendo em idade precoce. No Brasil a média de idade para a esterilização feminina era de 27,14 anos e entre mulheres com idade entre 25 – 29 anos 53,1% das cirurgias eram associadas à cesariana (PNDS, 2006). No Recife 58,9% das esterilizações estavam associadas ao parto cesário e 35,3% das mulheres realizaram a esterilização entre 25-29 anos (RIBEIRO; CAETANO; SANTOS, 2004). Esta massificação da esterilização foi resultado em grande parte da falta de acesso das mulheres a outros métodos contraceptivos na rede pública de saúde e da crença construída entre as próprias mulheres quanto à confiabilidade do método (BERQUÓ, 1999).

2.2 O Planejamento reprodutivo nas políticas de saúde no Brasil

Diante deste aumento do uso de contraceptivos, as mulheres que passaram a demandar por controle da fecundidade devido a mudanças culturais ocorridas na sociedade, não encontraram resposta do sistema de saúde para suprir essa demanda (COSTA, A., 1999; PITANGUY, 1999). Em conseqüência, organismos internacionais, aproveitando-se

desse espaço, propiciaram métodos contraceptivos, principalmente a esterilização, a qual as mulheres optavam com frequência (COSTA, A., 1999; BERQUÓ, 1999). Outro fator a corroborar com a situação oficial foi o fato do Brasil não possuir uma política de planejamento reprodutivo, juntamente com o não posicionamento do governo brasileiro em relação a essa questão (COSTA, A., 1999).

No Brasil, a incorporação dos direitos reprodutivos da mulher e a garantia da assistência à saúde de forma integral obtiveram maior ênfase a partir da segunda metade da década de 80. Anteriormente a esse período a política de assistência à saúde das mulheres apresentava uma característica segregadora, onde elas eram assistidas por vários programas voltados à sua saúde, mas sem nenhuma articulação entre eles, isolados e verticalizados. A princípio as políticas públicas de saúde voltadas às mulheres eram aquelas que enfocavam o ciclo gravídico-puerperal, assistência pré-natal e ao parto. O governo ao mesmo tempo em que deixava de atender as necessidades femininas quanto à regulação da fecundidade, permitia a ação de instituições internacionais de orientação demográfica, as quais visavam, principalmente, o controle da fecundidade (COSTA, A., 1999).

Diante de reivindicações recebidas de uma parcela da sociedade, especialmente do movimento de mulheres, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. O PAISM surgiu da articulação entre a universidade, algumas feministas e o Ministério da Saúde no momento sanitário nacional pré-constituente, ao final da ditadura militar, em meio à luta pela redemocratização e luta pela implementação dos serviços de atenção ao aborto previstos em lei (OLIVEIRA, 2005; GIFFIN, 2002).

Este programa foi idealizado para ser desenvolvido pela rede pública e era destinado a orientar a assistência oferecida à mulher, detectar suas necessidades para o cuidado de sua saúde, identificando situações que necessitassem o controle do risco à sua saúde e ao seu bem-estar. Ou seja, uma abordagem global em todas as fases de seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. O planejamento familiar era apenas um dos aspectos abordados pelo PAISM o qual seguia os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e determinava a realização de ações educativas, de prevenção, diagnóstico e tratamento (COSTA, A., 1999).

A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994 discutiu a necessidade de propiciar meios para o uso efetivo de métodos contraceptivos e garantir que os serviços de planejamento reprodutivo sejam oferecidos adequadamente (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007). Como também estimulou mudanças no debate mundial ao salientar que os direitos reprodutivos estão inclusos nos direitos humanos. Foi afirmado que a mulher tinha o direito de tomar decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva (PITANGUY, 1999; OSIS *et al*, 2004).

No final da década de 90 o Programa de Saúde da Família (PSF) se expandia, enquanto o PAISM se encontrava enfraquecido. O principal objetivo do PSF era o de reorganizar a assistência a saúde, com atenção centrada na família e com um olhar para o ambiente físico e social propiciando para os profissionais de saúde uma visão mais completa de todas as necessidades dos usuários (PORTELLA, 2005).

Como parte integrante da atenção básica, o PSF possui suas ações controladas pelo município e tem como uma de suas obrigações suprir as necessidades referentes à saúde

da mulher, no entanto as ações estabelecidas nem sempre são cumpridas. O programa continuou a dar ênfase ao assistencialismo fornecendo soluções curativas para os problemas emergentes, tendo também como característica uma baixa resolubilidade das demandas (PORTELLA, 2005).

A NOAS 2001 (Norma Operacional de Assistência a Saúde) afirma que dentro da assistência a saúde da mulher, é de responsabilidade dos municípios ações voltadas ao pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e ações de planejamento familiar, neste está incluso o direito a consulta médica e de enfermagem, o fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais, bem como a realização de exames laboratoriais (BRASIL, 2004).

O projeto “Como estão as relações de gênero no PSF” realizado pelo SOS Corpo e pelo núcleo de Família, Gênero e Sexualidade, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE realizado em 2003, proporcionou um conhecimento a cerca do funcionamento do PSF na cidade do Recife o mais próximo possível da realidade. Dentre os vários resultados dessa pesquisa percebeu-se que a orientação a saúde reprodutiva é feita restringindo a autonomia feminina, onde muitas vezes a decisão pela escolha do método é feita principalmente pelo profissional de saúde, portanto não se configura como um adequado atendimento de planejamento familiar, além da educação em saúde possuir um caráter controlista e disciplinador (PORTELLA, 2005).

Em 2003 foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher juntamente com o movimento feminista, trabalhadoras rurais, mulheres negras, lésbicas e portadoras de deficiências, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM).

Essa política segue os mesmos princípios propostos no PAISM e tem como destaque de atuação na redução da mortalidade materna e a Política Nacional dos Direitos Reprodutivos e Sexuais (OLIVEIRA, 2005). Entre 2003 e 2007 ficou estabelecido pelo Ministério da Saúde que a saúde da mulher seria prioridade de governo (ARAÚJO, 2005).

O PNAISM tem como objetivo atender a todas as mulheres usuárias do SUS, podendo ser executado plenamente ou parcialmente pelo município, dependendo da situação existente. Dentre as várias ações presentes nessa política se encontram a existência de uma cartilha sobre o planejamento familiar para a orientação da população, a garantia de assistência a reprodução humana assistida e a melhor divulgação das informações sobre os métodos contraceptivos, bem como o acesso aos mesmos (ARAÚJO, 2005).

Sendo assim, o Brasil que a princípio não possuía uma política oficial que contemplasse o planejamento familiar passa por mudanças na legislação, alcança avanços importantes nessa área. No entanto, nem sempre o que está garantido nas leis se encontra efetivamente implementado.

Alguns dos problemas encontrados na implementação do planejamento familiar estão relacionados à produção, ao controle de qualidade, aquisição e distribuição de insumos e capacitação dos profissionais (BRASIL, 2004). De acordo com Bruce (1990), um adequado serviço de planejamento reprodutivo deve conter: informação sobre os métodos contraceptivos; oferta ampla e possibilidade de livre escolha dos mesmos; acompanhamento dos usuários; competência técnica profissional; boa relação interpessoal profissional-usuário (MOURA *et al*, 2007) e integração das ações de

planejamento reprodutivo às demais ações voltadas à saúde reprodutiva (SOUZA *et al.*, 2006).

Isto é necessário para assegurar o que as políticas de governo propõem, ou seja, o cumprimento de uma saúde reprodutiva adequada e um acesso a um planejamento reprodutivo de qualidade, estando isto incluso na atenção básica (OSIS *et al.*, 2006). Segundo a Lei número 9263, de Janeiro de 1996, a qual regula o art 226 da Constituição que dispõe sobre planejamento familiar, que os serviços do SUS devem oferecer meios e recursos para que a mulher exerça sua sexualidade e reprodução plenamente com cuidados à sua saúde (VIEIRA, 2006; COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

2.3 Necessidade Insatisfeita por Contracepção

Então, apesar de um grande número tanto de mulheres como de homens no Brasil referir ter conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivos, bem como um alto número também fazer referência ao seu uso a presença de necessidades insatisfeitas por contracepção existe e persiste.

Fazer uso de um método contraceptivo não significa estar satisfeita com ele. Esta insatisfação, juntamente com a dificuldade de acesso aos métodos pode contribuir para a descontinuação do uso e assim gerar uma necessidade insatisfeita por contracepção (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007). Essas necessidades insatisfeitas são reportadas tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos. Em países em desenvolvimento, estima-se que 13% das mulheres tiveram necessidades insatisfeitas no ano de 2000 (ROSS & WINFREY, 2002).

A primeira definição de necessidade insatisfeita por contracepção foi apresentada na década de 60 e era conceituada como a incoerência entre o comportamento reprodutivo, o não uso de contracepção, e o desejo da mulher em limitar o número de filhos. Neste princípio as pesquisas não consideravam as mulheres que não se encontravam em união nem aquelas que desejavam apenas espaçar os nascimentos dos filhos (SEDGH *et al*, 2007).

Segundo Bongaarts (1991) as necessidades insatisfeitas foram inicialmente mensuradas através da coleta de dados sobre conhecimento e práticas contraceptivas que as mulheres possuíam e suas intenções reprodutivas, o tamanho ideal de família para elas, o que de acordo com esse autor foi chamado de Kap – gap (hiato entre o conhecimento, a prática e atitudes). Para Westoff (1988) Kap – gap é a discordância entre as intenções reprodutivas e a prática contraceptiva das mulheres.

Com o passar dos anos o conceito sofreu alterações estando incluso não apenas as mulheres que desejavam limitar o número de filhos, mas também aquelas que desejavam espaçar os nascimentos, bem como as grávidas e amenorréicas que classificavam sua gravidez mais recente como não pretendida. Westoff também sugeriu que fosse verificado se as mulheres eram inférteis ou se estavam amamentando antes de classificá-las com necessidades insatisfeitas por contracepção. As Demographic Health Surveys (DHS) continham essas informações e por isso sua utilização foi estimulada (WESTOFF, 1988).

Dixon-Mueller e Germain sugeriram a inclusão no conceito de necessidade insatisfeita o não uso efetivo do método, o não uso constante de contracepção e o uso inapropriado de

acordo com a característica da mulher, bem como a inclusão das mulheres que não se encontravam em união e as sexualmente ativas. Outros pesquisadores ressaltaram a necessidade de perguntar as mulheres grávidas ou amenorréicas seus planos futuros de reprodução para que a resposta não ficasse atrelada a última gravidez; outros ainda sugeriram a inclusão do parceiro nessa estimativa de necessidades insatisfeitas. Existem ainda alguns que defendem a idéia de incluir o uso de métodos naturais como uma necessidade insatisfeita (SEDGH *et al*, 2007).

Westoff e Bankole (1995) realizaram um estudo incluindo mulheres que não se encontravam unidas. Diante disto fez-se necessário classificá-las como sexualmente ativas ou não antes de mensurar as necessidades insatisfeitas por contracepção. A classificação utilizada por esses autores considerava sexualmente ativas aquelas que tiveram relação sexual no mês anterior ao da pesquisa. Um aspecto que pode interferir nessa classificação é a negação de algumas mulheres quanto a sua sexualidade devido a questões sociais e culturais. Na América Latina a porcentagem de mulheres que não se encontravam em união e possuem necessidades insatisfeitas foi estimada em 5% (WESTOFF; BANKOLE, 1995; SEDGH *et al*, 2007).

Ainda dentro da revisão de literatura sobre o que deveria ser considerado, ou não, como necessidade insatisfeita, é importante refletir sobre as mulheres que se dizem inférteis. Westoff propôs classificar como inférteis aquelas que não engravidaram dentro do período de cinco anos que antecederam a pesquisa e que não estavam fazendo uso de nenhum método contraceptivo (CASTERLINE; EL-ZANATY; EL-ZEINI, 2003). A inclusão das mulheres que se consideraram inférteis sem utilizar esse critério proposto

por Westoff pode subestimar a proporção de mulheres com necessidades insatisfeitas, pois não se tem certeza se elas realmente o são (WESTOFF, 1988).

De forma geral, as necessidades insatisfeitas por contracepção são consideradas presentes em mulheres que não se encontram grávidas ou amenorréicas, não são inférteis, e desejam limitar ou espaçar nascimentos, mas não estão fazendo uso de contraceptivos; como também as mulheres grávidas ou amenorréicas as quais afirmam suas gravidezes como não desejadas ou não planejadas (RAM *et al*, 2003). A maioria dos estudos não considera as gravidezes decorrentes de falha do método como necessidade insatisfeita (CASTERLINE; EL-ZANATY; EL-ZEINI, 2003).

Vários são os fatores que podem estar contribuindo ou influenciando para o surgimento e ou dimensionamento das necessidades insatisfeitas por contracepção, e a religião pode ser um destes. Em um estudo realizado no Kuwait, entre mulheres unidas, constatou-se que a religião pode exercer influência nos comportamentos reprodutivos e para a presença de necessidade insatisfeita, pois um grande grupo desaprovava a contracepção por acreditar que o Islã proibia o uso de planejamento familiar. Nesse mesmo estudo também foi constatado que a opinião do marido quanto ao uso de contracepção possuía forte associação com a existência de necessidade insatisfeita (SHAH, M; SHAH, N; MENON, 2003).

O grau de autonomia da mulher também pode contribuir para a presença de necessidade insatisfeita, estudo realizado na Índia demonstrou que o perfil de mulheres com autonomia limitada, as quais não tomam decisões independentes, não possuem autonomia de decisão e enfrentam obstáculos para participar de forma igualitária nas

relações familiares, traz conseqüências para as decisões reprodutivas. Os resultados sugerem que quanto maior a autonomia feminina, maior o uso de contracepção e maior a comunicação do casal (JEJEEBHOY, 2002).

A situação conjugal é outro fator que pode corroborar para o surgimento de necessidades insatisfeitas. O estudo multicêntrico realizado na Europa concluiu que a necessidade insatisfeita é mais evidente em casais com união estável do que entre aqueles que não estão neste tipo de união (KLIJZING, 2000). Pesquisa realizada no Nordeste brasileiro, com mulheres em união estável, evidenciou que estas possuíam mais chances de interromper o uso após falha do método, efeitos colaterais, entre outros motivos, do que as que não se encontram em união estável (LEITE, 2003). Essa descontinuidade no uso de métodos contraceptivos pode contribuir com o surgimento de necessidades insatisfeitas (SEDGH, *et al* 2007). Logo, o fato de não viver em união estável pode fazer com que as mulheres tolerem mais os efeitos colaterais devido ao receio de uma gravidez indesejada (LEITE, 2003).

No Egito foi constatado que grande parte das gravidezes indesejadas ocorreu em mulheres que nunca haviam feito uso de contracepção na vida ou entre aquelas com recente iniciação no uso de contracepção (CASTERLINE; EL-ZANATY; EL-ZEINI, 2003). Sendo assim o não uso de contracepção aumenta a chance de aparecimento de necessidades insatisfeitas. De acordo com Boongarts e Bruce (1995) os principais motivos para o não uso de contracepção são: o medo de efeitos colaterais, um serviço de planejamento familiar inadequado, oposição do marido, a não aceitação cultural e social do uso de contraceptivos e o sexo infreqüente.

Outros fatores relacionados às necessidades insatisfeitas são a idade da mulher, o número de filhos vivos, a relação direta entre o status socioeconômico mais alto e o maior uso de contracepção, o nível educacional da mulher (SHAH *et al*, 2004).

O perfil das mulheres com necessidades insatisfeitas no mesmo estudo realizado no Kuwait eram de mulheres mais velhas e com paridade elevada (SHAH *et al*, 2004). Estudo realizado no Brasil corrobora com a idéia de que mulheres mais velhas teriam maior necessidade insatisfeita para limitar o número de filhos (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007). De acordo com Sedgh *et al* (2007) isto pode representar uma dificuldade das mulheres em encerrarem os nascimentos após o tamanho da família ser alcançado.

A escolaridade é um dos fatores que influencia na escolha e na adesão ao uso de métodos contraceptivos. Há evidências da relação entre o maior nível de instrução e maior uso de contraceptivo (PIROTTA; SCHOR, 2004; PNDS 1996), como também de maior participação dos parceiros na contracepção e maior uso de métodos masculinos (DUARTE *et al*, 2003). Sendo assim, a maior escolaridade poderá contribuir para reduzir os níveis de necessidades insatisfeitas. O mesmo estudo citado acima sobre o Brasil também discute sobre a relação entre a escolaridade da mulher e a necessidade insatisfeita por contracepção, e mostra que mulheres com maior nível de escolaridade possuem menor chance de não conseguirem limitar o número de filhos (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

Isto pode ser explicado pelo fato de que as mulheres com um nível de escolaridade maior teriam mais acesso à informação sobre os métodos, estariam mais aptas a

conhecer as características destes, o que possivelmente permitiria que elas escolhessem o método que melhor atendesse às suas necessidades (LEITE, 2003). Além disso, mulheres com maior nível de escolaridade e com formação profissional entendem a maternidade como uma escolha, que pode ser evitada através da contracepção ou facilitada pela concepção assistida (Scavone, 2001).

Quanto à situação econômica, achados de algumas pesquisas apontam para um aumento do uso de contraceptivos em mulheres de baixa renda (WAWER *et al.*, 1986 *apud* COSTA *et al.*, 1989). No entanto, mulheres de menor poder aquisitivo podem possuir maior dificuldade de acesso à informação e maior dificuldade para manter os cuidados com a sua saúde. Como consequência pode-se encontrar o aparecimento de necessidades insatisfeitas nessa parcela da população (INHORN; DUDGEON, 2004; SHAH *et al.*, 2004).

Ainda, constatou-se que na Ásia e na África a existência de necessidade insatisfeita por contracepção é inversamente proporcional a quantidade de bens materiais que era possuída, sendo incluídos no conceito de bens materiais o saneamento básico e presença de água potável (WESTOFF, 2006).

Uma das possíveis consequências decorrentes da presença de necessidades insatisfeitas por contracepção é a realização de aborto. Quando a gravidez não é pretendida e vista como um obstáculo a vida educacional e profissional algumas mulheres recorrem ao aborto. Estudo constatou que 26,7 % das mulheres entrevistadas que não desejavam a gravidez e estavam fazendo uso de contracepção recorreram ao aborto como solução (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006). E de acordo com Misago *et al.* (1998) estudo

realizado em Fortaleza mostrou que a maior parte das mulheres hospitalizadas no pós-aborto não faziam uso de contracepção.

No entanto, é importante ressaltar que comportamentos reprodutivos e intenções reprodutivas podem mudar de acordo com a situação na qual a mulher ou o casal se encontra (RAM *et al*, 2003). Também se faz relevante compreender que a necessidade insatisfeita não reflete necessariamente falha dos serviços de saúde, como também um baixo nível de necessidades insatisfeitas por não indica necessariamente um sucesso dos serviços (KLIJZING, 2000).

Apesar de no Brasil essa taxa 7,3% de necessidade insatisfeita entre todas as mulheres unidas não ser tão elevada quando comparada a taxa da América Latina que foi de 17% no mesmo ano (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007), sabe-se que a atenção à saúde reprodutiva no país ainda não é adequada; o acesso à informação e aos métodos contraceptivos reversíveis nos serviços públicos de saúde ainda não são uma realidade na maioria dos municípios brasileiros e a capacitação de profissionais também não se encontra adequada em várias localidades (OSIS *et al*, 2006).

Diante disto, freqüentemente a prevalência de necessidade insatisfeita tem sido interpretada como indicador de deficiência no acesso e/ou na qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo (SHAH *et al*, 2004). O conhecimento dos motivos que desencadeiam as necessidades insatisfeitas pode orientar gestores no desenvolvimento de políticas para as necessidades da saúde reprodutiva (SHAH *et al*, 2004; BERNSTEIN; EDOUARD, 2007).

Espera-se assim, com este estudo, contribuir para a análise da situação que favorece o surgimento de necessidade insatisfeita por contracepção e auxiliar no desenvolvimento de ações que diminuam a ocorrência de necessidade insatisfeita por contracepção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a presença de necessidades insatisfeitas por contracepção e analisar os fatores associados à prevalência desta necessidade entre mulheres grávidas cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário (D.S.) II, Recife.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Quantificar a proporção de mulheres com necessidades insatisfeitas por métodos anticoncepcionais;
2. Estimar a associação entre necessidades insatisfeitas e os fatores sócio-demográficos e econômicos, a história contraceptiva e a história reprodutiva;
3. Identificar as razões para o não uso de contracepção antes dessa última gravidez;
4. Descrever o perfil das mulheres com necessidades insatisfeitas por contracepção.

4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Este estudo consiste em uma análise secundária dos dados de uma pesquisa do tipo coorte intitulada “Aborto e violência de gênero” vinculada à linha de pesquisa violência de gênero e saúde do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da UFPE.

4.1 ÁREA DE ESTUDO

O Distrito Sanitário (DS) II situa-se na Região Norte do Recife. Limita-se ao norte e à leste com o município de Olinda; e com o DS III à oeste e ao sul. É composto pelos bairros do Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro, que estão distribuídos em três microrregiões.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de 2008 o DS II é composto por 173.738 habitantes, representando 14,48% da população do Recife, sendo composta por 53,5% de mulheres. Quanto ao abastecimento de água, 99,03% das residências possuem abastecimento pela rede pública, mas apenas 15,64% possuem ligação com sistema de esgoto. Quanto ao recolhimento de lixo, 96,46% são realizados através da coleta pública.

A densidade demográfica do DS II é de 144 hab/ha, já sua densidade domiciliar é de 3,79 hab/domicílio; 39,37% ganham até um salário mínimo ou não possuem rendimento. O DS II apresenta 60% de toda a sua população residente em Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS)³ (RIBEIRO, 2007).

O D.S.II é composto por 16 Unidades de Saúde da Família (USF), 03 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 02 Unidades de Saúde Tradicionais, 01 Policlínica, 04 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 02 residências terapêuticas e 01 maternidade. De acordo com a norma técnica e rotinas da cidade do Recife (2004) a cidade desenvolve ações de planejamento familiar em toda rede básica de saúde.

O protocolo seguido para o desenvolvimento de ações do planejamento familiar inicia-se com a participação de uma reunião educativa sobre todos os métodos existentes. As unidades recebem um kit com todo material necessário para a divulgação dessas informações. Essas reuniões podem ser coordenadas por qualquer profissional de nível superior que trabalhe na unidade de saúde.

As mulheres que optarem por usar diafragma, DIU ou realizar a esterilização feminina são encaminhadas para as unidades responsáveis por esse procedimento, existindo um fluxograma a ser seguido. Nas unidades básicas de saúde que possuem médico ginecologista em sua equipe a colocação do DIU pode ser realizada na própria unidade,

³ “As Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) são áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos espontaneamente, existentes, consolidados ou propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária. Para o reconhecimento de ZEIS pelo Poder Público, será necessário que o uso seja predominantemente habitacional; que apresente tipologia de população com renda familiar média igual ou inferior a (três) salários mínimos; tenha carência ou ausência de serviços de infra-estrutura básica; possua densidade habitacional não inferior a 30 (trinta) residências por hectare; e ser passível de urbanização.” Retirado do endereço eletrônico da prefeitura do Recife.

as que não possuem ginecologista em sua equipe encaminham as mulheres para a unidade de referência. Desde 2003 todas as unidades de saúde dispõem de contracepção de emergência.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta por todas as mulheres grávidas (1120) entre 18 e 49 anos de idade, com 31 semanas ou mais de gestação na época da entrevista, em união ou não, cadastradas no PSF do DS II do Recife.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Este é um estudo do tipo corte transversal, exploratório, que pretendeu verificar os possíveis fatores associados à necessidade insatisfeita por contracepção. Nos estudos transversais é possível mensurar a frequência com que os eventos de interesse aparecem, em quais os grupos de indivíduos dentre os expostos esses eventos aparecem com maior frequência, bem como os fatores associados ao desfecho estudado (Pereira, 1995).

No entanto, os estudos transversais possuem como desvantagem a impossibilidade de se estabelecer uma linha temporal dos fatos já que a causa e a consequência são observadas no mesmo momento histórico (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003).

4.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS ESTUDADAS:

4.4.1 VARIÁVEL DEPENDENTE:

Necessidade Insatisfeita:

Este estudo considerou como tendo necessidade insatisfeita por contracepção as mulheres que referiram que não pretendiam engravidar naquela ocasião ou não pretendiam engravidar em nenhum outro momento de sua vida reprodutiva e não estavam fazendo uso de métodos contraceptivos.

Nesta pesquisa para classificar as gravidezes como pretendidas ou não optou-se por designar como pretendidas aquelas que afirmaram na entrevista que *“estava querendo / ou estava tentando engravidar”*.

Dentro do grupo de mulheres com necessidade insatisfeita por contracepção existem aquelas com necessidade para espaçar os nascimentos dos filhos, ou seja, aquelas que não pretendiam engravidar no momento da pesquisa e aquelas com necessidade para limitar, ou seja, aquelas que não pretendiam mais engravidar em nenhum outro momento de suas vidas.

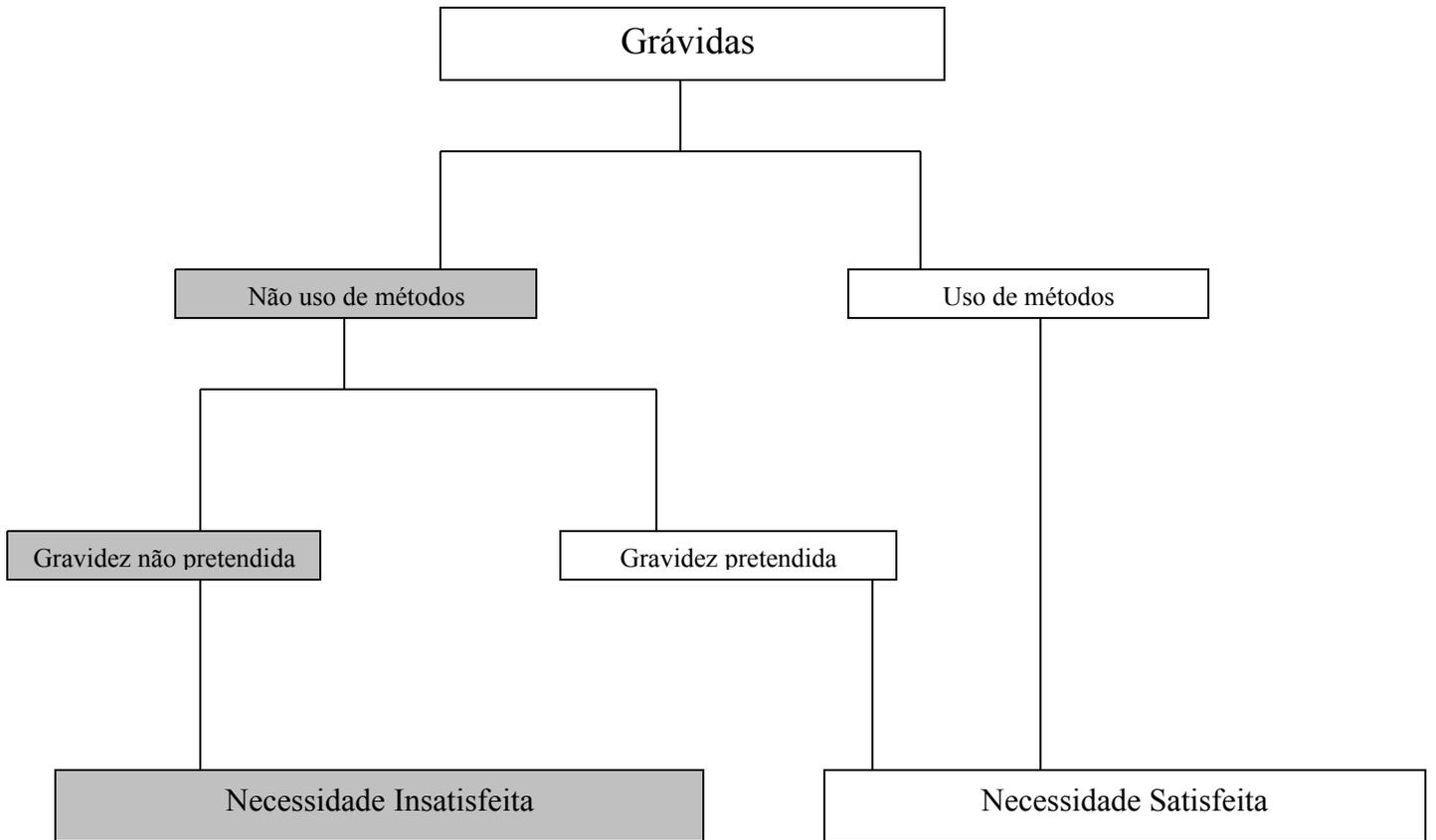
Dentre as mulheres com necessidades insatisfeitas (n=344) foram consideradas com necessidade para espaçar aquelas que responderam que pretendiam engravidar, mas não naquele momento e também aquelas que diziam não fazer diferença para elas terem

engravado ou não. Foram consideradas com necessidade para limitar aquelas que afirmaram que não pretendiam engravidar.

Quanto às necessidades insatisfeitas, este estudo considerou como definição operacional as mulheres que pretendiam engravidar naquele momento e não estavam fazendo uso de métodos contraceptivos; as mulheres que não pretendiam engravidar e estavam fazendo uso de método contraceptivo. No entanto, também considerou necessidade satisfeita 41 mulheres que afirmaram estavam fazendo uso de contraceptivo apesar da pretensão de engravidar, essa consideração foi feita devido ao fato de suas necessidades para contracepção estarem sendo atendidas.

Quanto à falha do método, esta não foi considerada como uma necessidade insatisfeita, visto que fazer uso de algum método contraceptivo exclui da categorização adotada pelo estudo, além disso, o questionário utilizado para a coleta de dados não permite distinguir se a falha foi do próprio método ou se foi falha no uso. Sugere-se, entretanto, que outros estudos investiguem esta falha do método, pois a falha no uso pode denotar uma falta de informação apropriada do funcionamento do método e isto pode ser decorrente de um serviço de planejamento reprodutivo inadequado o que estaria caracterizando uma necessidade insatisfeita por contracepção.

Fluxograma I – Necessidade Insatisfeita por métodos contraceptivos.



4.4.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES:

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS		
VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Idade	Anos completos informados pela entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> • 18-19 anos • 20-29 anos • 30-39 anos • 40-49 anos
Raça / Cor de pele	Auto-percepção das mulheres quanto a sua cor de pele	<ul style="list-style-type: none"> • Preta • Parda • Amarela / Indígena • Branca
Escolaridade	Anos de estudo informados pela entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 0 e 4 anos • Entre 5 e 7 anos • 8 anos ou mais
Situação conjugal e/ou relação afetivo-sexual	Existência ou não de parceiro afetivo-sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Casada ou Vive/mora junto com um homem • Tem um parceiro, mas não vive junto • Não tem parceiro
Tempo de relacionamento	Quantidade de tempo do relacionamento com o parceiro atual/ou mais recente de quem engravidou	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 ano • Entre 1 – 4 anos • 5 anos ou mais
Prática Religiosa	Se professava alguma crença religiosa ou não	<ul style="list-style-type: none"> • Não possui • Católica • Protestante • Espírita • Umbanda/Candomblé • Outra
Bens Materiais	Quantidade de bens materiais duráveis que possui (Questão 109).	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 0 e 4 bens • 5 ou mais bens
Renda da mulher	Se a mulher recebe alguma renda própria	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Inserção produtiva	Mulheres que estavam inseridas no mercado de trabalho, que de acordo com a classificação adotada neste estudo seriam a empregada, empregadora e autônoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Empregada • Autônoma • Empregadora • Aposentada • Dona de Casa • Estudante • Desempregada • Outro

Na construção da variável renda da mulher, aquelas que recebiam salário, aposentadoria, pensão, bolsa família, bem como qualquer outro benefício do governo foram consideradas com tendo renda própria. Mulheres que afirmaram receber “*ajudas*” ou “*mesadas*” não foram consideradas como tendo renda própria, por não se tratar de um rendimento permanente.

VARIÁVEIS DA HISTÓRIA REPRODUTIVA		
VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Número de vezes que já engravidou*	Quantas vezes já engravidou	<ul style="list-style-type: none"> • Uma • Entre 2 e 4 gravidezes • 5 ou mais
Uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas	Existência de outras gravidezes não pretendidas	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Paridade	Quantidade de partos tidos	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum • Entre 1 e 3 • 4 ou mais
Intenção reprodutiva	Quantidade de filhos vivos em relação ao número idealizado	<ul style="list-style-type: none"> • Número de filhos vivos > Pretendido • Número de filhos vivos = Pretendido • Número de filhos vivos < Pretendido
Aborto anterior	Um ou mais abortos espontâneos ou provocados referidos pela mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum • 1 ou mais
Pensou em abortar	Quando a mulher referiu ter cogitado a realização de aborto na gravidez estudada	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Tentativa de interromper a gravidez estudada	Tentativa de realização de aborto durante gravidez estudada	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Pretensão da gravidez	Intenção da mulher em relação à gravidez estudada	<ul style="list-style-type: none"> • Pretendia • Não - pretendia
Pretensão do Casal	Intenção do casal em relação à gravidez estudada	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos pretendiam • Ambos não pretendiam • Ela queria e ele não • Ela não queria e ele queria • Ela não queria, não sabe a posição dele • Ela queria, não sabe a posição dele

* Inclui gravidez atual

VARIÁVEIS DA HISTORIA CONTRACEPTIVA		
VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Uso de contracepção alguma vez na vida	Se já havia feito uso de contracepção anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca usou • Sim
Uso de contracepção no mês anterior a gravidez	Se estava fazendo uso de contracepção no mês anterior a essa gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Método contraceptivo utilizado no mês anterior a gravidez	Método utilizado no mês anterior a gravidez estudada segundo informação da entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> • Não usou • Pílula • Injeções • Implante (Norplant) • DIU (Dispositivo Intra-Uterino) • Diafragma/Espermicida • Tabela/Método do Muco • Camisinha • Coito interrompido • Outros
Decisão pelo método	Quem decidiu pelo último método usado	<ul style="list-style-type: none"> • Mulher • O parceiro • Os dois • Outra pessoa
Manifestação de desaprovação do parceiro quanto ao uso de contracepção	Relato de atitude de desaprovação, recusa ou tentativa de impedir o uso de métodos contraceptivos pelo parceiro atual ou mais recente.	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
Motivo para o não uso de contracepção antes da última gravidez	Motivo informado pela mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Mulher desejava ter um filho • O parceiro queria ter um filho • Os dois desejavam ter filhos • Ela pensava que não podia engravidar • Não pensavam sobre isso • Parceiro não queria • Dificuldade de acesso/disponibilidade de método nos serviços de saúde • Medo de efeitos adversos a pílula • Não se preocupavam em evitar • Acreditavam que o parceiro era infértil • Rompimento recente do relacionamento/Sem parceiro estável • Problemas de saúde • “Esqueceu” de tomar a pílula/injeção • Estava trocando de método • Não queria/gostava de usar o método • Outros

Responsabilidade quanto à contracepção	A opinião da mulher sobre o papel dela e do parceiro na contracepção quanto: uso, obtenção, responsabilidade em evitar filhos e escolha do método.	<ul style="list-style-type: none"> • Concorda • Discorda • Não sabe • Não quis responder
--	--	--

4.5 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2005 a março de 2006. As gestantes foram identificadas a partir dos registros do PSF, do pré-natal, dos agentes comunitários de saúde e por batedora contratada pela pesquisa.

Independente da idade gestacional da mulher quando identificadas, as entrevistas foram realizadas no terceiro trimestre de gestação (31 semanas ou mais); esta decisão foi tomada pela coordenação da pesquisa devido as considerações éticas existentes na identificação de mulheres grávidas em situação de violência.

Como seriam questionados aspectos sobre violência optou-se por escolher mulheres acima de 18 anos para que o termo de consentimento fosse assinado por elas sem a necessidade de autorização de terceiros. Esta opção pela idade também foi feita visto que de acordo com a Lei nº 8069, Art. 18 “*É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor*”, caracterizando assim uma obrigatoriedade de colocar a adolescente a salvo caso houvesse situação de violência.

Elas foram contatadas durante a consulta do pré-natal e a entrevista foi realizada antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF, ou agendada para a data e local mais conveniente.

As entrevistas com as gestantes que não faziam o pré-natal ou não faziam o acompanhamento na USF, e com aquelas que não freqüentavam o pré-natal com regularidade, foram feitas no local de preferência da entrevistada e aquelas que preferissem poderiam agendar suas entrevistas para a unidade de saúde.

As entrevistadoras possuíam nível superior e foram devidamente treinadas para a realização da entrevista. O treinamento compreendeu a leitura e discussão do questionário da pesquisa e do manual do entrevistador. Foi realizado um estudo piloto no DS IV para testar o desempenho das entrevistadoras.

A fim de garantir a confiabilidade da informação coletada foram também adotados os seguintes procedimentos:

- a) Acompanhamento do desempenho das entrevistadoras por meio da crítica dos questionários, com avaliação das informações obtidas e checagem da consistência interna dos dados. Quando ocorriam erros a entrevistadora voltava a conversar com a entrevistada para corrigir.
- b) Discussão dos casos e *feedback* sobre os achados do controle de qualidade através de reuniões semanais entre coordenadora de campo, equipe central e entrevistadoras, a fim de aprimorar o trabalho de campo e a condução das entrevistas.

O instrumento de coleta foi um questionário estruturado e pré-codificado aplicado em entrevista face a face. As questões utilizadas nesta análise estão expostas no anexo 1.

4.6 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram digitados no programa Epi-Info versão 6.04, com dupla entrada de dados, por digitadores independentes, após o qual foi utilizado o aplicativo *Validate* que permitiu a eliminação dos erros de digitação. Em seguida, foram realizadas a limpeza e checagem de consistência dos dados. A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.

4.7 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Foi analisada a frequência das necessidades insatisfeitas entre as mulheres estudadas e sua associação com as variáveis independentes: variáveis sócio-demográficas, variáveis da história contraceptiva e da história reprodutiva. Para análise de significância estatística foi utilizada como medida de associação a razão de chance (*odds ratio*) onde foram considerados para avaliar a significância estatística das associações encontradas os intervalos de confiança de 95% e os valores de p menor ou igual a 0,005.

Foi utilizado o modelo de Regressão Logística Múltipla não condicional empregando o procedimento *backward*. Nesta etapa da análise participaram todas as variáveis associadas na análise bivariada com o valor de p menor ou igual a 0,20. As variáveis

que na análise bivariada apresentaram ponte de corte que permitiam dicotomizá-las foram recategorizadas.

A variável *raça/cor da pele*, a qual foi apresentada na análise bivariada com quatro categorias, na regressão logística foi transformada em dicotômica visto que a *raça/cor de pele branca* foi a que apresentou um *p* estatisticamente significativo e por isso optou-se por essa nova categorização.

As variáveis *número de vezes que já engravidou* e *escolaridade* no modelo de regressão logística também foram incluídas como dicotômicas considerando os resultados da análise bivariada. A primeira ficou dividida entre uma e três gravidezes – quatro ou mais gravidezes, enquanto a segunda foi dividida entre nenhuma e quatro anos de estudo e cinco anos ou mais.

A variável *inserção produtiva* foi dicotomizada na análise bi e multivariada transformando-se em: sim, possui atividade produtiva rentável e não possui atividade produtiva rentável com fins de facilitar a análise visto que o n de algumas categorias consistia em números pequenos.

A variável *uso de contracepção alguma vez na vida* não entrou no modelo de regressão logística apesar de apresentar associação estatisticamente significativa, porque ela estava contida na variável *uso de contracepção no mês anterior a gravidez*, e esta última não poderia entrar no modelo visto que fez parte da construção da variável dependente. As variáveis *pensou em abortar* e *tentativa de interromper a gravidez estudada* também não entraram na análise de regressão logística porque tratavam-se de conseqüências da

presença de necessidade insatisfeita, sendo assim utilizadas apenas como variáveis descritivas.

A variável intenção reprodutiva foi criada combinando outras duas perguntas do questionário: número de filhos vivos (207) e se pudesse escolher quantos filhos gostaria de ter (222). A variável *pretensão do casal* foi criada combinando a resposta da mulher e do que ela relatou ser a resposta do companheiro quanto à intenção em relação à gravidez estudada.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista. Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e a folha de rosto dos questionários foram destacadas e guardadas imediatamente após a entrevista.

Esses questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo) o qual era lido no início da entrevista, momento que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e a natureza delicada e pessoal de algumas questões. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Dentre 1132 mulheres elegíveis para o estudo foram entrevistadas um total de 1120 mulheres devido a perda de 12 mulheres que não responderam ao questionário. Destas cinco não responderam porque eram moradoras de rua, três não responderam porque se mudaram da área de estudo e quatro não foram encontradas mesmo após várias tentativas de procura das entrevistadoras.

Observando-se as variáveis sócio-demográficas (Tabela 1) verificou-se que 14,1% tinham entre 18 – 19 anos e 20,3% tinham 30 anos ou mais; 60,6% consideraram a cor de sua pele como parda. Quanto à escolaridade 22,3 % freqüentaram escola até quatro anos e apenas 18 mulheres (1,6%) não freqüentaram escola. A maioria (72,6%) das mulheres estava casada/vivendo junto no início da gravidez e 45,3% possuíam entre um e quatro anos de relacionamento.

Em relação à prática religiosa, a diferença entre as percentagens das que possuíam e das que não possuíam religião é mínima, sendo 42,5% o total das mulheres que não possuíam religião no momento da entrevista. Dentre as que professaram alguma religião, predominaram as protestantes (28,8%) e as católicas (26,8%) (Tabela 1).

Mais da metade (57 %) possuía entre nenhum a quatro bens duráveis e 53,4% das mulheres afirmaram não terem rendimento próprio. Quanto à inserção no mercado de trabalho, prevaleceram as donas de casa (52,7%), 16,7% estavam empregadas e 7,3% eram autônomas (Tabela 1).

Tabelas 1 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis sócio- demográficas e econômicas, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 – 2006.

VARIÁVEIS	N=1120	%
Idade da Mulher em anos		
18 – 19	158	14,1
20 – 24	428	38,2
25 – 29	307	27,4
30 anos ou mais	227	20,3
Raça/Cor de pele*		
Preta	177	15,8
Parda	677	60,6
Amarela/Indígena	39	3,5
Branca	224	20,1
Escolaridade		
Não estudou	18	1,6
Entre 1 e 4 anos	250	22,3
Entre 5 e 7 anos	334	29,8
8 anos ou mais	518	46,3
Situação conjugal e/ou relação afetivo-sexual		
Casada ou vive/mora junto	813	72,6
Tem parceiro, mas não vive junto	189	16,9
Sem parceiro estável	118	10,5
Tempo de relacionamento**		
Menos de 1 ano	117	10,5
Entre 1 e 4 anos	506	45,3
5 anos ou mais	495	44,3
Prática Religiosa		
Não possui	476	42,5
Católica	300	26,8
Protestante	322	28,8
Espírita	20	1,8
Umbanda/Candomblé	1	0,1
Outra	1	0,1
Bens Materiais		
Entre 0 e 4	638	57
5 ou mais	482	43
Renda da mulher		
Sim	522	46,6
Não	598	53,4
Inserção produtiva####		
Empregada	187	16,7
Autônoma	82	7,3
Aposentada	3	0,3
Dona de casa	590	52,7
Estudante	62	5,5
Desempregada	196	17,5

* 3 valores perdidos

** 2 valores perdidos

Nenhuma empregadora

5.2 NECESSIDADE INSATISFEITA POR CONTRACEPÇÃO

Aplicando a definição de necessidade insatisfeita adotada na pesquisa foi encontrado que 30,7% das mulheres tiveram suas necessidades insatisfeitas por contracepção, enquanto que 69,33% tiveram suas necessidades insatisfeitas (Tabela2).

Tabela 2 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a necessidade insatisfeita por contracepção, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

Necessidade Insatisfeita por Contracepção	N	%
Insatisfeita	344	30,7
Satisfeita	776	69,3
Total	1120	100

Dentre aquelas com necessidade insatisfeita por contracepção 39% tinha necessidade insatisfeita para espaçar e 61% para limitar o número de filhos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a necessidade insatisfeita para espaçar/limitar o número de filhos, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

Necessidade Insatisfeita	N	%
Espaçar	134	39
Limitar	210	61
Total	344	100

5.3 HISTÓRIA REPRODUTIVA

A tabela 4 traz informações sobre a história reprodutiva das mulheres e mostra que 45,2% destas engravidaram entre duas a três vezes, 56,1% destas já tiveram entre um e três partos e 38,8% afirmaram terem tido uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas.

Ainda na tabela 4 a variável intenção reprodutiva mostra que 26,8% das mulheres afirmaram ter um número de filhos maior do que o pretendido. A grande maioria

afirmou nunca ter realizado um aborto (74,6%). Quanto a ter cogitado realizar um aborto e à tentativa de aborto na gravidez estudada, 26,9% pensaram em realizar um aborto e 13,8% afirmaram terem realizado alguma tentativa de aborto.

Dentre as mulheres que declararam ter tido um aborto anteriormente a gravidez estudada, 9,4% disseram ter induzido esse aborto. Entre as mulheres que realizaram um aborto anteriormente a gravidez estudada foi encontrada uma mediana igual a 5 (dados não apresentados em tabela).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis da história reprodutiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

VARIÁVEIS	N=1120	%
Número de vezes que já engravidou*		
Uma Gravidez	333	29,7
Duas a três gravidezes	506	45,2
4 ou mais	281	25,1
Uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas		
Sim	435	38,8
Não	685	61,2
Paridade		
Nenhuma	395	35,3
Entre 1 e 3	628	56,1
4 ou mais	97	8,7
Intenção reprodutiva		
Número de filhos Vivos > Pretendidos	300	26,8
Número de filhos Vivos = Pretendidos	324	28,9
Número de filhos Vivos < Pretendidos	496	44,3
Aborto anterior**		
Nenhum	833	74,6
Um ou mais	284	25,4
Pensou em Abortar		
Sim	301	26,9
Não	819	73,1
Tentativa de interromper a gravidez estudada		
Sim	155	13,8
Não	965	86,2

* Inclui gravidez atual

** 3 valores perdidos

5.4 HISTÓRIA CONTRACEPTIVA

Quanto à história contraceptiva dessas mulheres a maioria já fez uso de algum método contraceptivo alguma vez na vida (91,1%). No mês anterior a gravidez 34,2% das mulheres fizeram uso de contracepção e destas 58,4% afirmaram que elas mesmas decidiram qual método usar. Das mulheres entrevistadas 17,9% relataram que os companheiros manifestaram alguma vez desaprovação quanto ao uso de contracepção (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres estudadas segundo as variáveis da história contraceptiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

VARIÁVEIS	N=1120	%
Uso de contracepção alguma vez na vida*		
Sim	1019	91,1
Não	100	8,9
Uso de contracepção no mês anterior a gravidez		
Sim	383	34,2
Não	737	65,8
Decisão pelo Método**		
Mulher	223	58,4
Parceiro	25	6,5
Os dois	123	32,2
Outra pessoa	10	2,6
Manifestação de desaprovação do parceiro quanto ao uso de contracepção		
Sim	200	17,9
Não	920	82,1

* 1 valor perdido

** 2 valores perdidos. Percentuais calculados sobre o total de mulheres que usaram contracepção no ciclo que engravidaram.

Dentre as que fizeram uso de contracepção no mês que antecedeu a gravidez, a pílula e a camisinha foram os métodos mais utilizados (16,6% e 11,3%, respectivamente); apenas uma mulher fez uso de DIU e quatro mulheres se disseram esterilizadas, estas se encontram dentro da categoria “*outros*” (tabela 6). Estas quatro mulheres se

encontravam dentro da porcentagem das que não pretendiam a gravidez (dados não apresentados em tabela).

Tabela 6 – Distribuição das mulheres estudadas segundo o tipo de método contraceptivo utilizado, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

<i>Uso de contracepção no mês anterior a gravidez</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Não usou	737	65,9
Usou	382	34,1
Pílula	186	16,6
Injeção	27	2,4
DIU	1	0,1
Tabela/Muco	15	1,3
Camisinha	127	11,3
Coito interrompido	21	1,9
Outros	5	0,4
Total	1119	100

Dentre aquelas que fizeram uso de contracepção no mês anterior à gravidez 89,3% (342) afirmaram que não pretendiam engravidar e 10,7% que pretendiam. Dentre as que não fizeram uso de contracepção 46,7% (344) afirmaram que não pretendiam engravidar. Ou seja, um total de 686 mulheres não pretendia a gravidez (tabela 7).

Das 41 mulheres que pretendiam a gravidez e estavam usando método 48,8% afirmaram que seus companheiros não queriam filhos/mais filhos ou queriam esperar um pouco mais, enquanto que 51,2% afirmaram que o companheiro também queria a gravidez. O questionário não incluiu questão que permitisse apreender a razão para estas mulheres estarem fazendo uso de contracepção dado que ambos queriam a gravidez (Tabela7).

Tabela 7 – Distribuição das mulheres estudadas segundo a pretensão da gravidez estudada e uso de contracepção no mês anterior esta gravidez, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

Pretensão da gravidez	Contracepção mês anterior		Total
	Usaram	Não Usaram	
Não-pretendida	342(89,3%)	344(46,7%)	686(61,3%)
Pretendida	41(10,7%)	393(53,3%)	434(38,8%)
Total	383(100%)	737(100%)	1120(100%)

Ao associar a pretensão do casal ao uso de contracepção no mês anterior à gravidez evidenciou-se que dentre aquelas que pretendiam engravidar e cujos companheiros também pretendiam 6,8% fizeram uso de contracepção, enquanto que dentre aquelas que não pretendiam a gravidez e cujos companheiros também não pretendiam 48,4% não usaram contracepção. A proporção de mulheres que não usou método contraceptivo quando pretendia a gravidez é maior do que quando o companheiro pretendia e ela não (tabela 8).

Tabela 8 – Prevalência do uso de contracepção segundo a pretensão do casal, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 – 2006.

Pretensão do Casal	Contracepção mês anterior		Total
	Usaram	Não Usaram	
Os dois queriam	24 (6,8%)	328 (93,2%)	352(100%)
Os dois não queriam	175 (51,6%)	164 (48,4%)	339(100%)
Ela queria/ Ele não	15 (20,8%)	57 (79,2%)	72(100%)
Ela não queria/ Ele queria	133 (47%)	150 (53%)	283(100%)
Ela não queria, não sabe posição dele	34 (53,1%)	30 (46,9%)	64(100%)
Ela queria, não sabe posição dele	2 (20%)	8 (80%)	10 (100%)
Total	383 (34,2%)	737 (65,8%)	1120 (100%)

A tabela 9 lista os motivos dados pelas mulheres para não terem usado método contraceptivo no mês que antecedeu a gravidez estudada. Excluída a proporção de mulheres que não fizeram uso de contracepção porque ela ou ela e o companheiro

queiram a gravidez, dentre os motivos citados chama a atenção o fato de 15,7% terem afirmado que acreditavam não poder engravidar, enquanto que 1,2% afirmaram acreditar que o parceiro era infértil, 2,3% não evitaram porque o companheiro não queria fazer uso de contracepção e 5,6% disseram terem tido dificuldade de acesso aos métodos nos serviços de saúde.

Dentre as mulheres que não estavam fazendo uso de contracepção no mês que antecedeu a gravidez existiram vinte três que afirmaram pretender a gravidez e ao responder a questão sobre o motivo de não estar usando método (mostrada na tabela 10) não responderam que ela e/ou o companheiro pretendiam ter um filho, responderam a outras alternativas, algumas afirmaram possuir dificuldade de acesso aos serviços de saúde, outras disseram que ter tido efeitos adversos a pílula e outras responderam que se encontravam em processo de troca de método.

Tabela 9 – Distribuição das mulheres estudadas segundo o motivo para não estar usando método no mês anterior a gravidez, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

Motivo para o não uso de contracepção antes da última gravidez	N	%
Mulher desejava ter um filho	55	7,5
O parceiro queria ter um filho	22	3,0
Os dois desejavam ter filhos	239	32,6
Ela pensava que não podia engravidar	115	15,7
Não pensavam sobre isso	58	7,9
Parceiro não queria o uso	17	2,3
Dificuldade de acesso/não disponibilidade de método nos Serviços de Saúde	41	5,6
Medo de efeitos adversos a pílula	55	7,5
Não se preocupavam em evitar	12	1,6
Acreditava que o parceiro era infértil	9	1,2
Rompimento do relacionamento/sem parceiro estável	23	3,1
Problema de saúde	25	3,4
“Esqueceu tomar a pílula/injeção	13	1,8
Estava trocando de método	18	2,5
Não queria fazer uso de métodos	23	3,1
Outros	9	1,2
Total	734	100,0

* 3 valores perdidos

Quando solicitadas a expressar a concordância ou discordância em relação a uma lista de afirmações que abordava o papel do homem e da mulher quanto à contracepção, dentre as 1057 entrevistadas que responderam a questão, 20,9% (221) afirmaram que apenas a mulher deveria ser responsável pelo uso do método; enquanto que 75,4% (797) afirmaram que a obtenção do método caberia ao homem (Gráficos 1 e 2). A maioria (76,9%) afirmou que a responsabilidade em evitar filhos deve ser do casal e 76,3% afirmaram que ambos devem escolher o método utilizado (Gráficos 3 e 4).

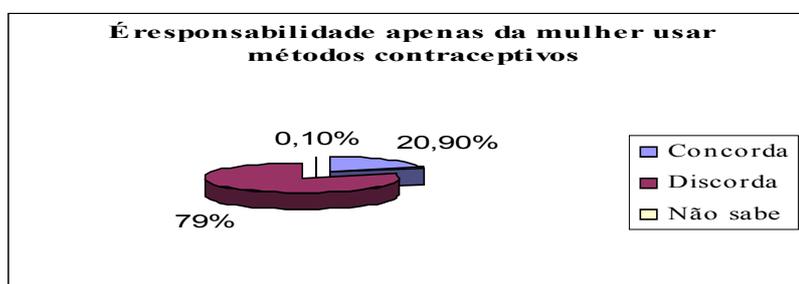


Gráfico 1- Distribuição da opinião das entrevistadas quanto a responsabilidade das mulheres em relação ao uso de método contraceptivo, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.



Gráfico 2- Distribuição da opinião das entrevistadas segundo a responsabilidade do homem em prover o método contraceptivo a ser usado pelo casal, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.



Gráfico 3- Distribuição das mulheres segundo a responsabilidade para evitar filhos, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

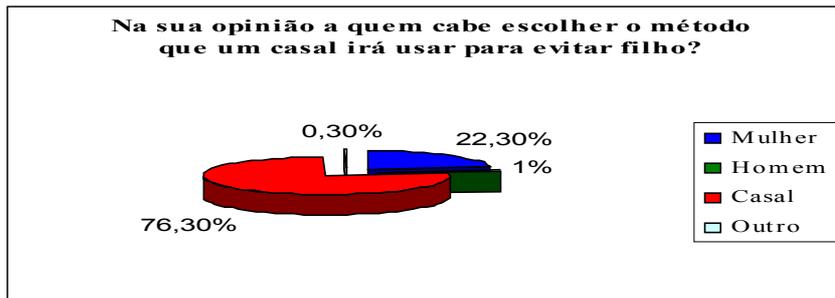


Gráfico 4- Distribuição das mulheres segundo a responsabilidade pela escolha do método contraceptivo, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

Ao cruzar essas informações mostradas nos gráficos acima foi verificado que dentre as 79% das mulheres que afirmaram que não é responsabilidade só dela usar métodos contraceptivos, 72% disseram que a responsabilidade em obter os métodos é do homem. Enquanto aquelas que afirmaram que é responsabilidade apenas da mulher usar métodos, 61,1% responderam que o homem é tão responsável quanto a mulher em evitar filhos (dados não apresentados nos gráficos).

5.5 ANÁLISE BIVARIADA

Na análise bivariada, a associação entre as variáveis relativas às características sócio-demográficas e econômicas das mulheres e a variável dependente necessidade insatisfeita por contracepção pode ser visualizada na tabela 10. Não houve associação significativa com a idade das mulheres. A variável raça/cor de pele mostrou associação significativa apenas com a categoria branca.

Quanto à escolaridade, as mulheres sem nenhuma escolaridade ou com até quatro anos de estudo possuíam 1,68 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção

do que aquelas com maior escolaridade. A religião apresentou um efeito protetor, as mulheres que possuíam religião tinham menos chance de ter necessidade insatisfeita (Tabela 10).

As mulheres que possuíam menor quantidade de bens duráveis tinham 1,57 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção do que aquelas que tinham maior quantidade de bens. A variável renda própria da mulher não apresentou associação significativa; enquanto que a variável atividade produtiva rentável demonstrou que as mulheres que não possuíam atividade tinham 1,35 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção (Tabela 10).

Aquelas que possuíam parceiro, mas não viviam junto tinha 1,84 mais chance de ter necessidade insatisfeita do que aquelas que viviam/estavam unidas, as que não possuíam parceiro fixo tinham uma chance ainda maior (2,44). Ao realizar o teste do qui quadrado para a tendência linear na variável situação conjugal foi encontrado um valor de p significativo ($p=0,000$) evidenciando um aumento constante da razão de chance. O tempo de relacionamento também apresentou uma associação estatisticamente significativa, aquelas que possuíam menos de um ano de relacionamento tinham 2,54 mais chances de ter necessidade insatisfeita por contracepção.

Tabela 10 – Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis sócio-demográficas e econômicas, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>NECESSIDADE INSATISFEITA % (n)</i>	<i>NECESSIDADE SATISFEITA % (n)</i>	<i>O.R (IC95%)</i>	<i>P-valor</i>
Idade (em anos)				0,733
≤19	33,5% (53)	66,5% (105)	1,29(0,81-2,04)	0,262
20-24	30,8% (132)	69,2% (296)	1,14(0,78-1,64)	0,481
25-29	30,9% (95)	69,1% (212)	1,14(0,77-1,69)	0,492
30 ou mais	28,2% (64)	71,8% (163)	1	
Raça / cor de pele*				0,120
Preta	33,3% (59)	66,7% (118)	1,27(0,88-1,84)	0,182
Parda	28,2% (191)	71,8% (486)	1	
Amarela/Indígena	38,5% (15)	61,5% (24)	1,59(0,78-3,24)	0,169
Branca	35,3% (79)	64,7% (145)	1,39(0,99-1,94)	0,045
Escolaridade				0,005
Entre 0 e 4 anos	38,1% (102)	61,9% (166)	1,68(1,21-2,32)	0,001
Entre 5 e 7 anos	30,8% (103)	69,2% (231)	1,22(0,89-1,66)	0,206
8 anos ou mais	26,8% (139)	73,2% (379)	1	
Situação Conjugal				0,000
Casada ou vive/mora junto	26,3% (214)	73,7% (599)	1	
Tem parceiro, mas não vive junto	39% (775)	60,3% (114)	1,84(1,31-2,6)	0,000
Sem parceiro estável	46,6% (55)	53,4% (63)	2,44(1,62-3,69)	0,000
Tempo de relacionamento				0,000
Menos de 1 ano	46,2% (54)	53,8% (63)	2,54(1,64-3,93)	0,000
Entre 1 e 4 anos	32,4% (164)	67,6% (342)	1,42(1,07-1,89)	0,012
5 anos ou mais	25,3% (125)	74,7% (370)	1	
Prática Religiosa (S/N)				0,003
Não	35,5% (169)	64,5% (307)	1,47 (1,14-1,9)	
Sim	27,2% (175)	72,8% (469)		
Posse de Bens Duráveis				0,001
Entre 0 e 4	34,8% (222)	65,2% (416)	1,575 (1,21 – 2,04)	
5 ou mais	25,3% (122)	74,7% (360)		
Renda da Mulher				0,729
Sim	31,2% (163)	68,8% (359)	1,046 (0,811-1,349)	
Não	30,3% (181)	69,7% (417)		
Inserção produtiva				0,056
Não	32,2% (274)	67,8% (577)	1,35(0,99-1,83)	
Sim	26% (70)	74% (199)		

* 3 valores perdidos

Na associação entre a variável dependente e as variáveis da história reprodutiva (tabela 11) verificou-se que as mulheres com quatro ou mais gravidezes anteriores a essa apresentaram chance 1,52 maior de terem necessidade insatisfeita por contracepção do que aquelas com menor número de gestações. As mulheres múltiparas que tiveram uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas possuíam 1,3 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção do que aquelas cujas gravidezes anteriores foram pretendidas.

As mulheres que tiveram quatro ou mais partos possuíam 2,41 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção do que aquelas que não haviam parido. Aquelas que tiveram maior número de filhos do que o pretendido possuíam 1,84 mais chance de ter necessidade insatisfeita do que aquelas que tiveram um número igual ou menor do que o pretendido.

As mulheres que cogitaram abortar possuem 2,57 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção. Já as mulheres que tentaram interromper a gravidez estudada apresentaram 1,95 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção (Tabela 11).

Tabela 11 - Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis da história reprodutiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>NECESSIDADE INSATISFEITA % (n)</i>	<i>NECESSIDADE SATISFEITA % (n)</i>	<i>O.R (IC95%)</i>	<i>P-valor</i>
Número de vezes que já engravidou[#]				0,026
Uma Gravidez	29,7% (99)	70,3% (234)	1,1(0,8-1,5)	0,55
Duas a três gravidezes	27,9% (141)	72,1% (365)	1	
4 ou mais	37% (104)	63% (177)	1,52(1,1-2,1)	0,007
Uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas				
Sim	34,3% (149)	65,7% (286)	1,30(1,01 – 1,69)	0,041
Não	28,5% (195)	71,5% (490)		
Paridade				0,000
Nenhuma	28,1% (111)	71,9% (284)	1	
Entre 1 e 3	29,6% (186)	70,4% (442)	1,08(0,81-1,44)	0,603
4 ou mais	48,5% (47)	51,5% (50)	2,41(1,49-3,89)	0,000
Intenção reprodutiva				
NV>P	40,7% (122)	59,3% (178)	1,84(1,39 – 2,43)	0,000
NV≤P	27,1% (222)	72,9% (598)		
Aborto (S/N) *				
Nenhum	31,5% (262)	68,5% (571)	1,17(0,86 – 1,57)	0,300
Um ou mais	28,2% (80)	71,8% (204)		
Pensou em Abortar				
Sim	46,2% (139)	53,8% (162)	2,57 (1,95 - 3,4)	0,000
Não	25% (205)	75% (614)		
Tentativa de interromper a gravidez estudada				
Sim	43,9% (68)	56,1% (87)	1,95(1,3-2,76)	0,000
Não	28,6% (276)	71,4% (689)		

* 3 valores perdidos

Inclui gravidez atual

Quanto a história contraceptiva, as mulheres que nunca usaram contracepção na vida possuíam 2,83 mais chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção do que as que já usaram alguma vez na vida. E aquelas cujos companheiros manifestaram desaprovação quanto ao uso de contracepção possuíam 2,03 mais chance de ter necessidade insatisfeita (tabela 12).

Tabela 12 - Número e proporção das mulheres estudadas com necessidade insatisfeita por contracepção e razão de chance (odds ratio) para as variáveis da história contraceptiva, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>NECESSIDADE E INSATISFEITA % (n)</i>	<i>NECESSIDADE SATISFEITA % (n)</i>	<i>O.R (IC95%)</i>	<i>P-valor</i>
Uso de contracepção alguma vez na vida*				
Não	53% (53)	47% (47)	2,83(1,86 - 4,29)	0,000
Sim	28,5% (290)	71,5% (729)		
Manifestação de desaprovação do parceiro quanto à contracepção				
Sim	44% (88)	56% (112)	2,038 (1,488 – 2,79)	0,000
Não	27,8% (256)	72,2% (664)		

* 1 valor perdido

5.6 ANÁLISE MULTIVARIADA

Com base nos resultados encontrados na análise bivariada foi realizada a análise de regressão logística com as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ao nível de 20% significância estatística. Na matriz de correlação onde foram incluídas todas as variáveis independentes não foi verificada nenhuma colinearidade. As variáveis que permaneceram no modelo final estão apresentadas na tabela 13.

As variáveis com maior força de associação com necessidade insatisfeita por contracepção foram *tempo de união e manifestação de desaprovação do parceiro*

quanto à contracepção. Pode-se perceber que nesse modelo a variável *situação conjugal* continuou apresentando um aumento gradativo da odds ratio entre as categorias.

Tabela 13 – Distribuição das variáveis controladas os possíveis confundimento, odds ratios ajustados e valor de p, Distrito Sanitário II – Recife, 2005 –2006.

VARIÁVEIS	O.R. Ajustada (IC95%)	P-valor
Situação Conjugal		0,006
Casada ou vive/mora junto	1	
Tem parceiro, mas não vive junto	1,57 (1,06 – 2,23)	0,012
Sem parceiro estável	1,77 (1,14 – 2,74)	0,011
Tempo de relacionamento		0,030
Menos de 1 ano	1,82 (1,13 – 2,90)	0,012
Entre 1 e 4 anos	1,31 (0,978 – 1,76)	0,070
5 anos ou mais	1	
Paridade		
4 ou mais	1,60 (0,97 – 2,62)	0,062
Entre 0 e 3 partos		
Número de filhos vivos pretendidos		
NV>P	1,52 (1,10 – 2,11)	0,010
NV≤P		
Manifestação de desaprovação do parceiro quanto à contracepção		
Sim	1,80 (1,3 – 2,5)	0,000
Não		
Posse de Bens Duráveis		
Entre 0 e 3	1,30 (0,98 – 1,71)	0,065
4 ou mais		
Prática Religiosa (S/N)		
Não	1,31 (1,00 – 1,71)	0,049
Sim		
Raça / cor de pele*		
Branca	1,41 (1,02 – 1,95)	0,035
Outras		

As variáveis: *número de vezes que já engravidou* (razão de verossimilhança = 0,028 / p=0,867), *inserção produtiva* (razão de verossimilhança = 0,051 / p=0,822), *nível de escolaridade* (razão de verossimilhança = 0,244 / p=0,621), e ter tido *uma ou mais gravidezes anteriores não pretendidas* (razão de verossimilhança = 0,562 / p=0,453) não permaneceram no modelo após a regressão logística (dados não apresentados em tabela).

6 DISCUSSÃO

A necessidade insatisfeita por contracepção encontrada nesse estudo foi de 30,7%, um percentual muito elevado quando comparado as estimativas realizadas no Brasil, onde foi encontrado um percentual de 2,6% de necessidade insatisfeita dentre as mulheres grávidas (PNDS, 1996). Com base na mesma pesquisa, Tavares e colaboradores (2007) encontraram que para o Nordeste o percentual de necessidade insatisfeita por contracepção entre todas as mulheres era de 12,9%. Em 2002, estudo evidenciou que para Recife esse valor foi de 7,3% (LACERDA *et al*, 2005).

Diante do elevado percentual encontrado, faz-se importante ressaltar que os resultados aqui apresentados dizem respeito a mulheres grávidas que levaram a gravidez a termo, enquanto que as pesquisas citadas tiveram como recorte populacional mulheres em idade fértil. Isto também provavelmente deve-se ao fato que a população estudada faz parte de um seguimento social em situação de pobreza e, portanto dependente dos serviços públicos de saúde para a obtenção de métodos contraceptivos, o que pode estar evidenciando uma dificuldade do PSF em atender a demanda de contracepção dessa população.

De acordo com Hita e Silva (1998) entre as mulheres de pior situação socioeconômica se encontram as maiores dificuldades para controlar a reprodução devido a uma dificuldade de acesso a informações e a serviços de saúde qualificados para atender as demandas de regulação de fecundidade da população. Mesma situação encontrada no presente estudo onde mulheres que referiram possuir até quatro bens duráveis possuíam maior chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção. Isto pode evidenciar que

o acesso aos métodos contraceptivos estar sendo mediado pelo poder de compra. Estudo realizado na Ásia e na África corrobora com estes achados visto que conclui que a existência de necessidade insatisfeita por contracepção é inversamente proporcional à quantidade de bens materiais (WESTOFF, 2006).

A maior prevalência da necessidade insatisfeita por contracepção para limitar o número de filhos encontrada neste estudo condiz com os resultados encontrados para o Brasil de abrangência nacional (TAVARES, LEITE, TELLES, 2007). Isto pode refletir o padrão de uso de contracepção observado no Brasil, no qual o encerramento da vida reprodutiva para um número expressivo de mulheres ocorre através da esterilização feminina, logo a necessidade para limitar seria mais elevada provavelmente devido ao não atendimento pleno da demanda pela esterilização cirúrgica no SUS.

Segundo Osis e colaboradores (2006) em uma avaliação do planejamento familiar no Brasil evidenciaram que a demanda por esterilização cirúrgica era superior a capacidade de atendimento oferecida pelo SUS. A preferência pela esterilização seria consequência do uso ineficaz do método contraceptivo e da dificuldade de acesso a outros métodos reversíveis além da pílula. Em pesquisa realizada entre mulheres usuárias do programa de planejamento familiar de um ambulatório de hospital universitário de São Paulo foi verificado que as mulheres que optaram pela esterilização referiram acreditar que esse era o método mais eficaz (SCHOR; CARVALHO, 2005). De acordo com a PNDS (2006) 29,1% das mulheres unidas se encontravam esterilizadas.

No entanto apesar dessa elevada taxa de necessidade insatisfeita encontrada no estudo, apenas 8,9% das mulheres nunca usaram contracepção na vida, corroborando com o

padrão brasileiro, onde 67,8% das mulheres faziam uso de contracepção em 2006 (PNDS, 2006). Isto caracteriza a mudança de comportamento em relação à regulação da fecundidade que vem ocorrendo no Brasil desde o século passado com um aumento do uso de contracepção.

A necessidade insatisfeita por contracepção encontra-se presente entre as mulheres que não pretendiam engravidar e não faziam uso de método, portanto, era de se esperar que entre as que nunca fizeram uso de contracepção houvesse uma prevalência mais elevada de necessidade insatisfeita por contracepção. Estudo realizado no Egito encontrou resultados semelhantes aos aqui apresentados (CASTERLINE; EL-ZANATY; EL-ZEINI, 2003).

Os métodos contraceptivos mais citados pelas mulheres foram a pílula e a camisinha, não diferindo do padrão de uso referido para o Brasil como um todo onde os métodos mais utilizados são a esterilização feminina e a pílula seguido da camisinha masculina (PNDS, 2006).

Esse padrão possivelmente é devido ao fato de serem esses os métodos mais divulgados e com maior facilidade de acesso nos serviços de saúde, além do escasso conhecimento sobre outros métodos como evidenciado em pesquisa realizada na periferia do Recife (FERNANDES, 2003). Por outro lado, isto pode ser devido a maior ampliação de distribuição da camisinha ocorrida no Brasil principalmente devido ao programa de controle de infecção ao HIV/AIDS como constatado em outro estudo realizado no Brasil (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Como a população de estudo da pesquisa é composta apenas de mulheres grávidas, não se esperava encontrar mulheres esterilizadas, entretanto, quatro destas se disseram laqueadas. Sabe-se que o acontecimento de uma gravidez após a esterilização é possível, mas raro, um exemplo disto foi um estudo realizado em Quebec onde 0,84% das mulheres esterilizadas engravidaram (TRUSSEL; GUILBERT; HEDLEY, 2003).

Uma provável explicação para esse fato seria a falha de comunicação entre o profissional de saúde e as mulheres, ou seja, elas acreditavam terem sido laqueadas e não o foram. Esta falha de comunicação pode evidenciar o desconhecimento das mulheres quanto a procedimentos realizados em seu próprio corpo. De acordo com Moreira e Araujo (2004) as mulheres possuem pouca ou quase nenhuma informação a respeito do funcionamento de seus corpos ou da atuação de métodos contraceptivos nestes.

Faúndes e Hardy (1996) exemplificam a falta de comunicação na escolha dos métodos contraceptivos, eles afirmam que os profissionais de saúde nem sempre disponibilizam todas as informações a respeito de todos os métodos disponíveis, prevalecendo assim a opinião deles em detrimento da decisão das mulheres e ressaltam que a obrigação ética é prestar informações corretas às mulheres, sem omitir ou distorcer quaisquer dados.

Ainda sobre os métodos contraceptivos, os dados da pesquisa indicaram uma alta proporção de uso ineficaz, já que 34,2% das mulheres estavam fazendo uso de contracepção no mês anterior a gravidez. Esta porcentagem é bastante elevada quando comparada a estimativa nacional, que de acordo com a PNDS (1996) 1,8% das mulheres unidas que engravidaram estavam fazendo uso de contracepção.

Entre as mulheres que não usaram contracepção no mês anterior a gravidez, vários foram os motivos citados, dentre estes surpreende o número de mulheres que acreditava que ela ou o parceiro eram inférteis (16,8%). Esse fato pode gerar necessidades insatisfeitas por contracepção, pois essas mulheres não fizeram uso de métodos contraceptivos por acreditarem que não havia risco de gravidez, o que sugere uma falta de conhecimento sobre sua fertilidade, sobre o próprio corpo e/ou uma ausência de diálogo entre o casal.

Faz-se também evidente dentre os motivos para o não uso de método uma falta de cobertura e de qualidade dos serviços de planejamento reprodutivo visto que 18,9% das mulheres afirmaram não ter feito uso de contracepção devido: a dificuldade de acesso aos métodos nos serviços de saúde, receio dos efeitos adversos da pílula, por encontrar-se em período de troca de método, ou por relatar 'problemas de saúde'. Esse quadro já havia sido identificado em pesquisa realizada por Osís e colaboradores (2006) onde foi verificado que a provisão dos insumos e a quantidade insuficiente para a demanda potencial eram pontos desfavoráveis na realização das ações de planejamento reprodutivo, assim como a capacitação inadequada dos profissionais de saúde para atuarem nessa área.

Um serviço adequado deveria garantir oferta de informação e de insumos, acompanhamento das usuárias e profissionais qualificados (MOURA *et al*, 2007). No entanto, nesse estudo foi identificada uma situação aquém da ideal, pois algumas das questões que contribuíram para o não uso de contracepção poderiam ter sido evitadas se o serviço de planejamento reprodutivo fosse mais eficiente, realizando o

acompanhamento dessas usuárias, fornecendo alternativas de contracepção quando o método utilizado no momento não fosse adequado as necessidades das mulheres.

Além desses motivos, existem razões de ordem cultural que contribuíram para o não uso de contracepção no mês anterior a gravidez, pois existiram mulheres que referiram manifestação de desaprovação do parceiro (2,3%) quanto ao uso. Além disso, algumas mulheres afirmaram que o companheiro escolheu qual método utilizar (6,5%) e uma elevada proporção (53%) que quando o companheiro pretendia a gravidez, mas ela não, não fizeram uso de contracepção. Isto demonstra que apesar dos avanços ocorridos na sociedade brasileira em relação a autonomia feminina ainda existe uma desigualdade, uma assimetria de papéis de gênero, onde a vontade masculina muitas vezes prevalece.

Outro dado deste estudo que confirma a influência da atitude do parceiro nas práticas contraceptivas foi o aumento da chance em apresentar necessidade insatisfeita por contracepção entre as mulheres cujos companheiros manifestaram desaprovação quanto ao uso de contracepção. Um estudo realizado no Kuwait demonstrou que a opinião do companheiro quanto ao uso de contracepção possuía forte associação com a existência de necessidade insatisfeita (SHAH, M; SHAH, N; MENON, 2003).

Essa influência do parceiro sobre atitudes das mulheres pode ser vista no uso efetivo de métodos contraceptivos e na satisfação com os mesmos (DUARTE *et al*, 2003). Em pesquisa realizada no Estado da Bahia fica evidente que em alguns seguimentos sociais persiste a percepção do homem como chefe de família e que cabe a ele decidir, entre outras questões, qual o método utilizar (ESPÍRITO- SANTO; TAVARES NETO, 2004).

Apesar da presença de certa submissão feminina as vontades de seus companheiros, nesse estudo o que prevaleceu foi a decisão das mulheres. Uma proporção significativa delas afirmou ter decidido qual método usar (58,4%), e 79,2% delas não fizeram uso de contracepção quando pretendia a gravidez, mas o companheiro não.

Entretanto esses dados levam ao questionamento se estes fatos retratam uma autonomia feminina, um aumento no poder de decisão das mulheres, ou seria resultado da responsabilidade da contracepção historicamente atribuída às mulheres pela sociedade na regulação da fecundidade, pois como afirma Pirotta (2004) a responsabilidade de contracepção ainda recaia principalmente sobre as mulheres.

Em estudo realizado numa unidade de saúde de Belo Horizonte, situada em região economicamente desfavorecida, verificou-se que as ações dos serviços de planejamento familiar são voltadas quase que exclusivamente para as mulheres e que é atribuído a elas o papel de procurar um serviço de planejamento reprodutivo (MOREIRA & ARAUJO, 2004). Ainda persistem os papéis de gênero onde a mulher é responsável pelos cuidados com os filhos e talvez isto influencie para que ela se preocupe mais em prevenir gravidezes não pretendidas.

Paradoxalmente, ao serem questionadas quanto a responsabilidade de obtenção e uso do método contraceptivo, a maioria das mulheres afirmaram que o parceiro deveria partilhar com elas a responsabilidade pela contracepção e pela escolha do método a ser utilizado. A contradição, no entanto persiste quando elas afirmam que cabe ao parceiro a obtenção dos métodos, ou seja, ainda permanece a concepção de que cabe ao homem o papel de provedor da família.

Isto evidencia que as mulheres desejam romper com a responsabilização feminina pela contracepção e esperam dividir essa responsabilidade com seus companheiros. As mulheres estão solicitando mais a participação masculina na ação contraceptiva (MARCOLINO; GALASTRO, 2001), e aos poucos se observa uma mudança comportamental, na qual os homens estão mais cientes da existência de métodos contraceptivos, e com maior participação nesta área (DUARTE *et al*, 2003).

Da mesma forma que as atitudes dos parceiros influenciam na prática contraceptiva, a situação conjugal também se encontra associada. De acordo com os achados deste estudo as mulheres sem parceiro estável ou com parceiro, mas que não viviam em união possuem maior chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção. Como também mulheres com menor tempo de relacionamento têm maior chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção. O achado encontrado no presente estudo pode ser explicado relacionando-o a questões culturais. Também se faz importante ressaltar que a maior parte dos estudos realiza as pesquisas apenas entre mulheres unidas.

Quanto a associação entre mulheres que não se encontram unidas e o uso de contracepção, Hita e Silva (1998) constataram que estas possuem certa resistência em fazer uso de contraceptivos por causa de valores culturais. Como também Bonzon *et al* (2003) afirma que o uso de contracepção por adolescentes não é totalmente aceito socialmente (HEILBORN, 2006).

Outra possível explicação para esse achado seria o fato de mulheres que não se encontram em união terem uma vida sexual menos freqüente, o que levaria a um uso inconstante de métodos contraceptivos, visto que este é um dos motivos citados pelas

mulheres para o não uso de contracepção na PNDS de 1996, o que aumentaria a chance de necessidade insatisfeita por contracepção.

Outro aspecto da vida cultural que apresentou associação com as necessidades insatisfeitas por contracepção foi a religião. Este estudo evidenciou que as mulheres que não possuíam religião tinham maior chance de ter necessidade insatisfeita por contracepção. Romo e colaboradores (2004), em um estudo sobre questões culturais e religiosas entre mulheres latino-americanas residentes nos Estados Unidos, concluiu que a religião não era fator determinante para o não uso de métodos contraceptivos. Atualmente a religião não exerce mais forte influência na decisão de não usar métodos contraceptivos.

De acordo com Machado (1996) em um estudo realizado no Brasil, os pastores de igrejas protestantes, com base no princípio religioso do livre arbítrio, não têm influenciado na decisão quanto ao uso ou não de contracepção, deixando esse encargo aos profissionais de saúde. Por outro lado, apesar da clara proibição da igreja, grande parte das católicas fazia uso de métodos. Entretanto, a influência da prática religiosa sobre o uso de contracepção é um aspecto pouco estudado que necessita de maiores investigações, devendo ser alvo de estudos futuros.

As mulheres que tiveram quatro filhos ou mais e aquelas com número de filhos vivos maior do que o número de filhos pretendidos possuíam maior prevalência de necessidade insatisfeita por contracepção. Isto pode denotar uma historia recorrente de necessidades insatisfeitas, de regulação da fecundidade traçando assim um perfil de

reprodução. De acordo com Sedgh *et al* (2007) isto pode representar uma dificuldade das mulheres em encerrarem os nascimentos após o tamanho da família ser alcançado.

Esta associação de paridade e o número de filhos com necessidades contraceptivas insatisfeitas foram identificados em estudos realizados no Brasil (TAVARES *et AL*, 2007), na Bolívia (Calle *et al*, 2006) e em alguns países abaixo do deserto do Saara, da África e da Ásia, como reportado em relatório assinado por Westoff e Bankole (1995), sendo a associação positiva, a medida que aumenta o número de filhos aumenta também as necessidades insatisfeitas por contraceção. Um exemplo é o Kuwait onde mulheres com maior nível de paridade possuíam mais chance de ter necessidade insatisfeita por contraceção (SHAH *et al*, 2004).

Um aspecto de grande importância associado à necessidade insatisfeita por contraceção é o recurso ao aborto, principalmente devido ao fato deste ser ilegal no Brasil e de muitas mulheres o realizarem de forma insegura, especialmente aquelas com menor poder aquisitivo, como é caso desta pesquisa, composta por mulher de baixo poder sócio-econômico. Muitas mulheres optam por realizar abortos para alcançar o objetivo de evitar gravidezes não pretendidas, o que pode ser resultado de um uso inconstante de métodos contraceptivos, ou até mesmo sua ausência, consequência muitas vezes de um serviço de planejamento reprodutivo inadequado (COSTA, S., 1999; RAVIDRAN & MISHRA, 2001)

Este fato pode ser evidenciado neste estudo, dentre as mulheres com maior chance de necessidade insatisfeita por contraceção uma proporção importante pensou ou tentou realizar um aborto, ainda que todas as entrevistadas estivessem no final da gravidez, o

que pode subestimar esse número, especialmente diante do alto número de gravidezes não pretendidas. Misago *et al* (1998) em estudo realizado em Fortaleza mostrou que 12,3% das mulheres hospitalizadas no pós- aborto faziam uso de pílula e a maior parte delas não faziam uso de contracepção.

Diante dos resultados apresentados nesse estudo pode-se verificar que apesar da alta prevalência de uso contraceptivo evidenciada no Brasil, isto não significa um atendimento de planejamento reprodutivo adequado.

Este estudo colabora para traçar o perfil das mulheres que possuem necessidade insatisfeita por contracepção e assim contribuir para uma melhora na atuação dos serviços de planejamento reprodutivo. Sua contribuição torna-se ainda mais relevante devido ao fato de existirem poucos estudos que retratem a situação de mulheres que apresentam necessidades insatisfeitas em Recife, além de não haver trabalhos que permitam comparabilidade com o presente estudo.

7 CONCLUSÃO

A necessidade insatisfeita por contracepção encontrada nesse estudo foi elevada quando comparada a outros estudos realizados sobre esse assunto. As mulheres com menor poder aquisitivo, com cor de pele branca, com situação conjugal mais instável, cujo parceiro manifestou desaprovação, com maior nível de paridade, um número de filhos maior do que o pretendido e que não possuíam religião apresentaram uma chance maior de ter necessidade insatisfeita por contracepção.

Evidenciou-se também que os serviços de saúde contribuem para o surgimento dessas necessidades insatisfeitas, e isto ficou claro ao se analisar os motivos dados pelas mulheres para o não uso de contracepção no mês anterior a gravidez estudada.

O uso de contracepção também é influenciado pela atitude do parceiro, apesar de ainda existir certa submissão feminina às vontades do companheiro, foi encontrado alto percentual de mulheres que tomavam decisões independentes de seus parceiros, o que poderia denotar autonomia feminina ou seria a responsabilização da contracepção que ainda recai sobre as mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Araújo, M. **Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, Belo Horizonte, MG, n° 27, set. 2005.

Bernstein, S. & Edouard, L. **Targeting Access to Reproductive Health: Giving Contraception More Prominence and Using Indicators to Monitor Progress.** Reproductive Health Matters, 15(29), p.186-191, 2007.

Berquó, E. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil** *In*: Questões da Saúde Reprodutiva. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, R.J., 1999. Griffin, K & Costa, S.H.

Bongaarts, J. **The KAP – Gap and the Unmet Need for Contraception.** Population and Development Review Volume 17, número 2, Junho, 1991.

Bongaarts, J & Bruce, J. **The causes of unmet need for contraception and the Social Content of Services.** Studies in Family Planning. Volume 26, número 2, Mar – Abr, 1995.

Calle, M; Rodrigues, R; Leite, I. **Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais na Bolívia, 1998.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9), p. 1989-1996, 2006.

Casterline, J; El-Zanaty, F & El-Zeini, L. **Unmet need an unintended fertility: longitudinal evidence from Upper Egypt.** International Family Planning Perspective, 29(4), p. 158-166, 2003.

Costa, A.N. **Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil.** *In* Questões da Saúde Reprodutiva. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 1999. Giffin, K. & Costa, S.H.

Costa, S.H. **Aborto Provocado.** *In*: Questões da Saúde Reprodutiva. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, R.J., 1999. Griffin, K & Costa, S.H.

Costa, A.M; Guilhem, D.; Silver, L.D. **Planejamento familiar: autonomia das mulheres sob questão.** Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 6 (1), p. 75-84, jan/mar, 2006.

Costa, S. H.; Martins, I. R.; Pinto, C. S.; Freitas, S. R. S. **A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5 (2), p. 187 – 206, Abr/Jun, 1989.

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/a05.htm>, acessado em julho de 2008.

Dixon-Muller, R & Germain, A. **Fertility Regulation Health in the Millennium Development Goals: the search for a perfect indicator.** American Journal of Public Health, 2007.

Duarte, G.A.; Alvarenga, A.T.; Osis, M.J.D.; Sousa, M. H.; Faúndes, A. **Participação masculina no uso de métodos contraceptivos.** Cad de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ,19 (1), p. 207-216, jan-fev, 2003.

Espírito-Santo, D. C. & Tavares Neto, J. **A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 20 (2), p. 562-569, mar-abr, 2004.

Faúndes, A. & Hardy, E. **Ética Médica e Planejamento Familiar no Brasil.** Bioética. Volume 4 n°2, p. 221 - 226, 1996. Brasília, Conselho Federal de Medicina.

Fernandes, M.F.M. **Mulher, Família e Reprodução: um estudo no caso sobre planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S253-S261, 2003.

Griffin, K. **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 18 (suplemento) 103-112, 2002.

Giffin, K. **Esfera de Reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classes e de gênero.** Revista de Saúde Coletiva. Vol. 4, nº 1, 1994.

Heilborn, M.L. **Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis.** In O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Heilborn, M.L.; Aquino, E.M.L.; Bozon, M.; Knauth, D.R. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Hita, M.G. & Silva, M. G. **Esterilização feminina no Nordeste brasileiro: uma esterilização voluntária?** In Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe: Temas e problemas. Bilac, E.D. & Rocha, M.I.B. Editora 34. São Paulo, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/fecundidade_mortalidade/tabela_fecundidade_1.shtm, acessado em Julho de 2008.

Inhorn, M. & Dudgeon, M. **Men's influences on Women's reproductive health: medical anthropological perspective.** Social Science & Medicine (59) 1379-1395, 2004.

Jejeebhoy, S. **Convergence and Divergence in Spouses' Perspectives on Women's Autonomy in Rural India.** Studies in Family Planning, 33(4), p. 299-308, 2002.

Klijzing, E. **Are there unmet need family planning needs in Europe?** Family Planning Perspective, 32(2), p. 74-81 & 88, 2000.

Lacerda, M.A.; Ribeiro, P.M.; Caetano, A.J.; Machado, C.J. **Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002.** Revista brasileira Estudos Populacionais, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 113-129, jan./jun. 2005.

Leite, I. C. **Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):1005-1016, jul-ago, 2003.

Machado, M.D.C. **Sexual Values and Family Planning among Charismatic and Pentecostal Movements in Brazil.** Reproductive Health Matters, London. Nº 8, November, 1996.

Marcolino, C. & Galastro, E.P. **As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar.** Revista Latina-am Enfermagem. 2001 Maio; 9(3): 77-82.

Menezes, G.; Aquino, E.L.; Silva, D.O. **Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (7): 1431 – 1446, Julho, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF, 2004.

Misago, C.; Fonseca, W.; Correia, L.; Fernandes, L. M.; Campbell, O. **Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil.** International Journal of Epidemiology, 27: 833 – 839, 1998.

Moura, E.R.F.; Silva, R.M.; Galvão, M. T. G. **Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (4), P. 961-970, 2007.

Moreira, M.H.C. & Araújo, J.N.G. **Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino?** Psicologia em Estudo, Maringá, v9, n. 3, p. 389-398, set/dez 2004.

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), 2001.

Normas Técnicas e Rotinas: Atenção aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, Recife – 2004.

Olinto, M. T. A. & Galvão L. W. **Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP. Fev, volume 33 (1), P. 64-72, 1999.

Oliveira, F. **Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, Belo Horizonte, MG, n° 27, set 2005.

Osis, M. J. D.; Faúndes, A.; Makuch, M. Y.; Mello, M. B.; Sousa, M. H.; Araújo, M. J. **O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa.** Cadernos de Saúde Pública. Campinas, SP, nov 2006.

Osis, M.J.; Duarte, G.A.; Crespo, E.R.; Pádua, K.S.; Crespo, E.R. **Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6), p.1586-1594, Nov/Dez, 2004.

Patarra, N.L. **Mudanças na Dinâmica Demográfica.** *In* Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. Ed. Hucitec NUPENS/USP, São Paulo, 1995. Monteiro, C.A.

Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, 1996. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEFAM) & Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro Internacional Inc. Março, 1997.

Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde da criança e da mulher, 2006. Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Ciência e Tecnologia. Realização da Pesquisa: CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Julho, 2008.

Pirotta, K.C.M. **NÃO HÁ GUARDA CHUVA CONTRA O AMOR: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP.** Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, SP, 2002.

Pirotta, K. C. M. & Schor, N. **Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários.** Revista de Saúde Pública, 38 (4), p. 495-502, 2004.

Pitanguy, J. **O movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos.** *In* Questões da Saúde Reprodutiva. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 1999. Giffin, K. & Costa, S.H.

Portella, A.P. **O programa de Saúde da Família e a Saúde da Mulher.** Jornal da Rede Feminista de Saúde, Belo Horizonte, MG, nº 27, set 2005.

Ram, T; Nangia, P; Saha, U & Khan, N. **Can women's childbearing and contraceptive intentions predict contraceptive demand? Findings from a longitudinal study in Central India.** International Family Planning Perspective, 29(1), p. 25-31, 2003.

Ravindran, TK. S. & Mishra, US. **Unmet Need for Reproductive Health in India.** Reproductive Health Matters, Volume 9, nº 18, Novembro, 2001.

Ribeiro, M.V.B. **Transtornos Mentais Comuns em mulheres grávidas e sua associação com fatores sócio-demográficos, econômicos, antecedentes reprodutivos, intenção de engravidar e antecedentes pessoais e familiares de doença mental, Distrito Sanitário II, Recife/PE.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Integrado de Pós – Graduação em saúde coletiva do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, 2007.

Ribeiro, P.M.; Caetano, A.J.; Santos, T.F. **Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR): Relatório descritivo.** UFMG/Cedeplar, Belo Horizonte, 2004.

Romo, L.F.; Berenson, A.B. Segars, A. **Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States.** Contraception, 69, p.219 – 225, 2004.

Ross, J. & Winfrey, W. **Unmet Need for contraception in the developing world and the Former Soviet Union: an updated estimate.** International Family Planning Perspective, 28 (3), p. 138-143, 2002.

Scavone, L. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., Volume 5, número 8, Fevereiro, 2001.

Schor, N. & Carvalho, M. L. O. **Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, SP, 39(5), p. 788-94, 2005.

Shah, M.A; Shah, N.M & Menon, I. **Unmet need for contraception in Kuwait: a developing country without a family planning program.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, 83, p. 335-338, 2003.

Shah, M.A; Shah, N.M; Chowdhury, I & Menon, I. **Unmet need for contraception in Kuwait: issues for health care providers.** Social Science & Medicine, 59, p.1573-1580, 2004.

Sedgh, G.; Hussain, R.; Bankole, A. & Singh, S. **Women with an Unmet Need for Contraception in Developing Countries and their Reasons for not using a method.** Guttmacher Institute. Occasional Report N° 37, Junho 2007.

Simões, C.C.S. **A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas.** Fundo de População das Nações Unidas (UNFA). São Paulo: Editora Arbeit Factor e Editora e Comunicação, 2006.

Souza, J. M. M.; Souza, F.; Pelloso, S. M.; Uchimura, N. S. **Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá – PR.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 28(5), p.271-7, 2006.

Tavares, L.; Leite, I & Telles, F. **Necessidades Insatisfeitas por métodos anticoncepcionais no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, 10(2), p.139-48, 2007.

Trussell, J.; Guilbert, E.; Hedley, A. **Sterilization Failure, Sterilization Reversal, and Pregnancy After Sterilization Reversal in Quebec.** Obstetrics & Gynecology Vol.101, n° 4, Abril, 2003.

Vieira, E.M. **Fórum: juventude, contracepção e morte materna. Questão pendentes.** Cadernos de Saúde Pública. Campinas, SP, nov 2006.

Westoff, C.F. **Is the KAP- Gap Real?** Population and Development Review, Volume 14, número 2, Junho, 1988.

Westoff, C.F. **The Potential Demand for Family Planning: A new Measure of Unmet Need and Estimates for five Latin American Countries.** International Family Planning Perspectives, Vol. 14, n° 2, Junho, 1988.

Westoff, C.F. & Bankole, A. **Unmet Need: 1990 – 1994.** Demographic and Health Surveys Comparative Studies (DHS). n° 16. Calverton, Maryland: Macro International Inc, Junho, 1995.

Westoff, C.F. **New estimates of unmet need and the demand for family planning.** DHS Comparative Reports No 14. Calverton, Maryland: Macro International Inc, Dezembro, 2006.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DA MULHER

**PESQUISA SOBRE SAÚDE DAS MULHERES GRÁVIDAS
E SUAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA**

QUESTIONÁRIO DA MULHER

**ESTUDO CONDUZIDO PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PIPASC) DA UFPE**

**CONFIDENCIAL
(uma vez preenchido)**

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][]
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA []
RESULTADO***	_____	_____	_____	RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
Questionário completado?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____ A mulher não estava em casa02 A mulher adiou a entrevista03 A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar ⇒ Retornar ⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____ Questionário concluído06		⇒ Retornar	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para o DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFPE. Nós estamos realizando uma pesquisa em Recife intitulada "Saúde das mulheres grávidas e suas experiências de vida" para investigar suas experiências de vida durante a gravidez e no pós-parto. Você foi selecionada para participar desta pesquisa.

Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e você poderá sentir-se constrangida. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Todas vocês receberão uma lista com informação sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife.

Você só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil.

Serão realizadas duas entrevistas. A primeira, no final da gravidez e a segunda, três meses após o parto. Cada entrevista dura mais ou menos uma hora.

Quer fazer alguma pergunta? Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

[] NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

[] CONCORDA EM SER ENTREVISTADA _____ → AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente continue a conversar a sós. Podemos continuar a entrevista aqui ou você gostaria de mudar de lugar?

Assinatura da entrevistada

Nome da entrevistadora

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR SE A ENTREVISTADA PREFERIR NÃO ASSINAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistadora

Pesquisador responsável: Ana Bernarda Ludermir
Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar
Departamento de Medicina Social / PIPASC
Telefone: 81-21263766

DATA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][]

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]	
		Minutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Além de você, que outras pessoas vivem na casa em que você mora? (CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HÓSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA)	Número total de pessoas na residência [][]	
102	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora? (CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HÓSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA)	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai 04. Mãe 05. Filhos/ Filhas 06. Nora / Genro 07. Neta / Neto 08. Irmã / Irmão 09. Tia / Tio 10. Avó / Avô 11. Sobrinhas / Sobrinhos 12. Enteadas / Enteados 13. Sogra / Sogro 14. Cunjhada / Cunjhado 15. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
103	Quem chefia o domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 88. Não sabe 89. Não quis Responder	
104	A casa em que você mora é:	01. PRÓPRIA (COMPRADA, HERDADA, CONSTRUÍDA) 02. PRÓPRIA (POR TÍTULO DE POSSE) 03. INVADIDA 04. ALUGADA 05. CEDIDA/EMPRESTADA 06. OUTROS : _____ 89. Não quis responder	
105	Quantos cômodos tem na sua casa?	Nº de cômodos [][]	
106	Onde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar?	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA FORA DA CASA 03. SEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRA: _____ 89. Não quis Responder	

107	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder			
108	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	01. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 02. LIGAÇÃO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 03. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 04. Outro: _____ 89. Não quis responder			
109	Nesta casa existem quantos destes itens? (REGISTRE A QUANTIDADE DE CADA ITEM ENTRE OS COLCHETES)	[] TELEVISÃO COLORIDA [] VÍDEO-CASSETE [] DVD [] RÁDIO [] CARRO DE PASSEIO [] TELEFONE [] ASPIRADOR DE PÓ [] MAQ. DE LAVAR ROUPA [] GELADEIRA [] FREEZER [] COMPUTADOR			<u>NR</u> 89 89 89 89 89 89 89 89 89 89
110	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:	1. TERRENO 2. CASA 3. APARTAMENTO 4. EMPRESA/ NEGÓCIO 5. TERRA	<u>SIM</u> 01 01 01 01 01	<u>NÃO</u> 02 02 02 02 02	<u>NR</u> 89 89 89 89 89
111	Nas últimas 4 semanas alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	a) 01. SIM 02. NÃO 89. NR b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável 89. Não quis responder			
112	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [][] Mês [][] Ano [][][][]			
113	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [][]			
114	Em que religião você foi criada?	01. NENHUMA 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder			

115	Atualmente, você tem alguma religião ou culto?	01. NÃO ⇒ PASSE PARA Q.117 02. CATÓLICA 03. PROTESTANTE 04. ESPÍRITA 05. UMBANDA / CANDOMBLÉ 06. OUTRA _____ 89. Não quis responder
116	Com que frequência você freqüentou culto religioso nas últimas quatro semanas?	Nº de vezes [] [] Não aplicável 88
117	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe
118	Você sabe ler e escrever?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder
119	Você já freqüentou a escola?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.121 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.121
120	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. (CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).	01. Primeiro Grau Menor, _____ Ano 02. Primeiro Grau Maior, _____ Ano 03. 2º grau/Secundário/Técnico, _____ Ano 04. Universitário Incompleto, _____ Ano 05. Universitário completo, _____ Ano 88. Não aplicável 89. Não quis responder Nº de anos de instrução [] []
121	Atualmente você está casada ou vive com alguém? (ANOTE NO BOX A)	1. ATUALMENTE CASADA ⇒ passe p/ Q.126 2. VIVE/MORA JUNTO COM UM HOMEM ⇒ passe p/ Q.126 3. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 4. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 5. OUTRO _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
122	Você alguma vez já foi casada ou viveu com um companheiro do sexo masculino?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ SEÇÃO 2 88. Não aplicável 89. Não quis responder
123	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. Divorciada 02. Separada 03. Viúva ⇒ passe para Q.128 88. Não aplicável 89. Não quis responder

SEÇÃO 2 – HISTORIA REPRODUTIVA E CONTRACEPTIVA

Agora eu gostaria de falar sobre alguns fatos e situações vividas pela maioria das mulheres: seus relacionamentos e seus parceiros, gravidezes e filhos que teve.

201	Quantas vezes você já engravidou? Considere, inclusive, qualquer gravidez que você teve mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto.	Número total de vezes que engravidou [] [] Inclua a gravidez atual e se ela estiver grávida pela primeira vez ⇒ passe p/Q. 207
202	Quando você engravidou pela PRIMEIRA vez, quantos anos você tinha?	Idade em anos[] [] Não aplicável88 Não lembra 99
203	De quantos parceiros você engravidou? Considere todas as vezes que você engravidou, estivesse ou não vivendo com o pai da criança, mesmo que não tenha tido uma criança viva ou tenha resultado em aborto.	Número de parceiros de quem engravidou [] [] Não quis responder 89 Se for a 1ª gravidez 01
204	Você já pariu uma criança? Quantas? EXPLORE: pode ter sido uma criança nascida viva ou morta.	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.207 88. Não aplicável Número de partos [] [] Não aplicável88
205	De quantos parceiros você teve filhos?	Número de parceiros de quem teve filhos [] [] Nenhum 00 Não quis responder 89
206	Quando nasceu o seu PRIMEIRO filho, quantos anos você tinha?	Idade em anos.....[] [] Não aplicável 88
207	Você já fez alguma coisa ou tentou de alguma forma evitar gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q. 212 89. Não quis responder ⇒ p/ Q. 212
208	Quais os métodos para evitar gravidez que você já usou?	01. NUNCA USOU 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
209	Quantos anos você tinha quando usou pela primeira vez, algum método para evitar gravidez?	Idade em anos[] [] Nunca usou 00 99. Não lembra

210	No último mês antes de engravidar, você usou algum método para evitar gravidez? Qual? EXPLORE: E seu marido ou companheiro?	01. NÃO ESTAVA USANDO 02. PÍLULAS 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – Dispositivo Intra-Uterino 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA / MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA 09. COITO INTERROMPIDO 10. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder Não quis responder	
211	Quem decidiu usar esse método?	01. VOCÊ 02. O PARCEIRO 03. OS DOIS 04. OUTRA PESSOA : _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
Você disse já ter engravidado [nº de vezes], eu gostaria de saber algumas informações sobre as suas outras gravidezes (cheque Q.201). Se ela referiu apenas uma gravidez, esta é a gravidez atual, passe para a SEÇÃO 3.			
212	1ª Gravidez	a) Quando engravidou pela primeira vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 99. Não lembra 88. Não aplicável (mulheres na 1ª gravidez)
		b) Quando engravidou pela primeira vez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. NÃO HAVIA PENSADO NO ASSUNTO 06. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra
		c) A sua 1ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217			
213	2ª Gravidez	a) Quando engravidou pela segunda vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra

		b) Na sua 2ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 2ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				
214	3ª Gravidez	a) Quando engravidou pela terceira vez, você EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 3ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 3ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO OU MORTO 02. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 03. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				
215	4ª Gravidez	a) Quando engravidou pela quarta vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Na sua 4ª gravidez, antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 4ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 89. Não quis responder 88. Não aplicável 99. Não lembra	
Caso seja a última gravidez, passe p/ a Q. 217				

216	5ª Gravidez	a) Quando engravidou pela quinta vez, você estava fazendo algo ou usando algum método para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fazia alguma coisa?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		b) Antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR 02. QUERIA ENGRAVIDAR 03. NÃO ESTAVA QUERENDO 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
		c) A sua 5ª gravidez resultou em:	01. FILHO NASCIDO VIVO 02. FILHO NASCIDO MORTO 03. ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL) 04. ABORTO PROVOCADO 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
HAVENDO MAIS DE CINCO GRAVIDEZES USE A FOLHA ADICIONAL				
		PERGUNTE:	(TOTALIZE O NÚMERO DE EVENTOS)	
217		Só para confirmar: Você já deu à luz a [número]crianças vivas?	217) N° de nascidos vivos [] []	
221		Você já teve [número]crianças nascidas mortas? Você teve [número] abortos, [número] abortos que foram espontâneos (natural) e [número] foram provocados?	218) N° de natimortos..... [] [] 219) N° de abortos [] [] 220) Aborto espontâneo [] [] 221) Aborto provocado [] [] Se nenhum registre 00	
222		Caso você pudesse escolher, quantos filhos você gostaria de ter?	N° de filhos..... [] [] Nenhum 00 89. Não quis responder 99. Não sabe	
223		Que idade você tinha quando teve relações sexuais com uma pessoa do sexo masculino pela primeira vez?	Anos (idade aproximada) ... [] [] 89. Não quis responder 99. Não sabe	
224		Como você descreveria sua primeira experiência sexual: você queria, não queria, mas acabou acontecendo, ou foi forçada a fazer sexo?	01. QUERIA ⇒ passe p/ Q.226 02. NÃO QUERIA, MAS ACONTECEU 03. FOI FORÇADA ⇒ passe p/ Q.225 89. Não quis responder ⇒ passe p/ SECCÃO 3	
225		Como você foi forçada?	01. HOVE VIOLÊNCIA FÍSICA 02. HOVE AMEAÇA DE VIOLÊNCIA 03. HOVE OUTRO TIPO DE AMEAÇA 04. HOVE MUITA INSISTÊNCIA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	

226	Quem foi essa pessoa com quem você teve a primeira relação?	01. NAMORADO 02. MARIDO OU COMPANHEIRO 03. PESSOA COM QUEM FICOU 04. AMIGO 05. VIZINHO 06. DESCONHECIDO 07. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não lembra	
SEÇÃO 3 – GRAVIDEZ ATUAL			
301	Eu gostaria de saber sobre esta sua gravidez atual. Você lembra a data da sua última menstruação?	Data: ____ / ____ / ____	
302	Aproximadamente, com quantas semanas de gravidez você está?	[II] semanas ou [II] meses	
303	Antes de saber que estava grávida, você	01. ESTAVA TENTANDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 02. ESTAVA QUERENDO ENGRAVIDAR ⇒ passe p/ Q.305 03. QUERIA ENGRAVIDAR, MAS NÃO AGORA 04. NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 05. NÃO FAZIA DIFERENÇA 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.305	
304	Por que você não estava querendo engravidar agora?	01. NÃO VIVE JUNTO COM O PARCEIRO 02. ESTAVA SE SEPARANDO 03. NÃO QUER TER FILHOS / MAIS FILHOS 04. NÃO QUER TER MAIS FILHOS COM O COMPANHEIRO ATUAL 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
305	Na época em que você ficou grávida, seu marido / companheiro	01. QUERIA A GRAVIDEZ 02. QUERIA ESPERAR MAIS UM POUCO 03. NÃO QUERIA FILHOS/MAIS FILHOS 04. NÃO FAZIA DIFERENÇA 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder 99. Não sabe	
306	Como você reagiu quando soube que estava grávida?	01. FICOU CONTENTE 02. ACEITOU 03. QUIS FAZER UM ABORTO 04. TENTOU FAZER UM ABORTO 05. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	
307	E o pai da criança, como reagiu quando soube que você estava grávida?	01. FICOU CONTENTE ⇒ passe p/ Q.309 02. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.309 03. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.309 04. FICOU CONTRARIADO / NÃO GOSTOU 05. SUGERIU / QUIS QUE FIZESSE UM ABORTO 06. NÃO FICOU SABENDO DA GRAVIDEZ ⇒ passe p/ Q.309 07. SUMIU QUANDO SOUBE DA GRAVIDEZ 08. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	

308	Qual o motivo para ele não ter aceito a gravidez?	01. ELE TEM OUTRO RELACIONAMENTO 02. VOCÊS ESTAVAM HÁ POUCO TEMPO JUNTOS. 03. VOCÊS ESTAVAM SE SEPARANDO 04. ELE NÃO QUERIA TER FILHOS / MAIS FILHOS 05. NÃO ACREDITOU QUE O FILHO ERA DELE 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
309	Só para confirmar, quando engravidou dessa última vez, você estava fazendo algo para evitar gravidez? EXPLORE: E o seu parceiro fez alguma coisa? (CONFIRA Q.210)	01. Sim ⇒ passe p/ Q.311 02. Não estava usando 03. Nunca usou 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.312	
310	Quando engravidou dessa última vez, por que motivo vocês não estavam evitando?	01. VOCÊ DESEJAVAM TER UM FILHO 02. O PARCEIRO QUERIA TER UM FILHO 03. VOCÊS DOIS DESEJAVAM TER UM FILHO 04. VOCÊ PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAR 05. NÃO PENSAVAM SOBRE ISSO 06. O PARCEIRO NÃO QUERIA 07. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
311	Seu marido / companheiro sabia que você estava usando um método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
312	Alguma vez seu marido / companheiro atual / mais recente se recusou ou tentou impedi-la de usar algum método para evitar a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.314 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.314	
313	De que maneira ele demonstrou não permitir que você usasse algum método para evitar a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / POR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATER EM VOCÊ / AGREDIR VOCÊ 06. PEGOU OU DESTRUIU O MÉTODO 07. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
314	Depois que você engravidou dessa última vez, você pensou em interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.327 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.327	
APENAS PARA AS MULHERES QUE RESPONDERAM EM Q.306 código 3 ou 4 (quis ou tentou fazer um aborto) ou em Q.307 código 5 (companheiro quis fazer um aborto) ou em Q.314 disse ter pensado em fazer um aborto (código 1) CHEQUE Q.306, Q.314 e Q.307			
315	Você chegou a conversar com o seu parceiro sobre a possibilidade de interromper a gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	
316	Quanto à idéia de interromper a gravidez, você diria que seu companheiro:	01. DEU APOIO ⇒ passe p/ Q.318 02. FOI INDIFERENTE ⇒ passe p/ Q.318 03. ACEITOU ⇒ passe p/ Q.318 04. NÃO APROVOU 05. OUTRO _____ ⇒ passe p/ Q.318 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.318	

317	De que maneira ele demonstrou não aprovar que você interrompesse a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. FALOU QUE NÃO APROVAVA 02. GRITOU / FICOU COM RAIVA 03. AMEAÇOU BATER EM VOCÊ 04. AMEAÇOU LARGAR VOCÊ / PÔR VOCÊ PARA FORA DE CASA 05. BATEU EM VOCÊ / AGREDIU VOCÊ 06. OUTRA: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
318	Você fez alguma tentativa de interromper essa gravidez?	01. Sim 02. Não ⇒ passe p/ Q.327 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.327
319	De que forma você tentou interromper essa gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. USOU CITOTEC 02. USOU OUTRO MEDICAMENTO 03. TOMOU CHÁS E INFUSÕES 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
320	Com quanto tempo de gravidez você estava, quando tentou interromper essa gravidez? EXPLORE: Quantas semanas ou meses de gravidez?	[] [] SEMANAS OU [] [] MESES 88. Não aplicável
321	Você estava vivendo com o pai da criança?	01. Sim 02. Não 88. Não aplicável 89. Não quis responder
322	Afora o seu companheiro, você conversou com mais alguém sobre interromper a gravidez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Irmã(s) 02. Amiga(s) 03. Mãe dela 04. Mãe dele 05. Padre / líder religioso 06. Outra pessoa: _____ 07. Não falou com ninguém ⇒ passe p/ Q.324 88. Não aplicável 89. Não quis responder ⇒ passe p/ Q.324 99. Não lembra ⇒ passe p/ Q.324
323	Alguma dessas pessoas a apoiou na decisão de interromper a gravidez?	01. Não teve apoio 02. Irmã(s) 03. Amiga(s) 04. Mãe dela 05. Mãe dele 06. Outra pessoa: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra
324	Depois desta tentativa de aborto, você procurou alguma forma de atendimento médico?	01. SIM, E FOI ATENDIDA 02. SIM, MAS NÃO FOI ATENDIDA 03. NÃO PROCUROU 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável

SEÇÃO 5 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE

ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 5 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA, BOX A

Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.

501	Há quanto tempo você está / esteve com o seu companheiro atual / último companheiro?	Nº DE ANOS [][] ou Nº DE MESES [][]	
502	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?	01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA 02. NA CASA DE AMIGOS 03. NO TRABALHO 04. VIZINHAÇA 05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA 06. FESTA / BAR / RESTAURANTE 07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA) 08. Outro: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não lembra	
503	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	ANOS [][] Não Sabe 99	
504	Em que ano ele nasceu? Explore você sabe o mês de aniversário dele?	Mês [][] ANO [][][][] Não Sabe 99	
505	Ele sabe ler e escrever?	01. Sim 02. Não ⇒ passe para Q.507 99. Não sabe	
506	Qual a último grau e série que ele completou na escola? (MARQUE O GRAU MAIS ALTO. CASO NECESSÁRIO CONSULTE A TABELA DE ESCOLARIDADE NO FINAL DO QUESTIONÁRIO)	01. Não frequentou escola 02. Primeiro grau menor _____ anos 03. Primeiro grau maior _____ anos 04. Secundário / Técnico _____ anos 05. Univ. completo _____ anos 06. Univ. incompleto _____ anos 88. Não aplicável 99. Não sabe	
507	Atualmente seu marido / companheiro / namorado está trabalhando, procurando emprego ou desempregado, aposentado ou estudando? (PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: "Durante o relacionamento de vocês ele estava trabalhando....?")	01. TRABALHANDO ⇒ passe p/ Q.509 02. PROC. EMPREGO / DESEMPREGADO 03. APOSENTADO ⇒ passe p/ Q.509 04. ESTUDANTE ⇒ passe p/ Q.509 88. Não aplicável 99. Não sabe	
508	Quando ele saiu do seu último emprego? (PARA O PARCEIRO ATUAL)	01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES ⇒ passe p/ Q.510 88. Não aplicável 99. Não sabe	
509	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia? (ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).	_____ _____ _____	

635	Mudança de emprego (dela)	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
636	PARA AS QUE TÊM MARIDO / COMPANHEIRO Desemprego do marido / companheiro	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
637	Algum outro problema?	01. Sim (especifique:) 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
SEÇÃO 7 – HISTÓRIA CONTRACEPTIVA ATUAL			
Agora eu gostaria de falar sobre métodos para evitar gravidez			
701	Depois desse seu último parto, você está usando algum método para evitar gravidez? <u>Explore:</u> E seu companheiro? PARA QUEM DIZ TER OU ESTAR USANDO, LEIA AS ALTERNATIVAS E MARQUE O MÉTODO UTILIZADO. (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	A. 01. NUNCA USOU NA VIDA ⇒ Q. 704 02. NÃO ESTÁ USANDO ⇒ Q. 704 03. ESTÁ USANDO 89. Não quis responder B. 01. PÍLULA 02. INJEÇÕES 03. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 04. DIU – Dispositivo intra-uterino 05. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 06. TABELA / MÉTODO DO MUCO 07. CAMISINHA MASCULINA 08. CAMISINHA FEMININA 09. COITO INTERROMPIDO /GOZAR FORA 10. COMPANHEIRO FEZ VASECTOMIA 11. LIGADURA DAS TROPAS 12. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
702	Qual o método para evitar gravidez que você e seu companheiro usaram na <u>última relação</u> sexual? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. NÃO USARAM NENHUM MÉTODO ⇒ Q.704 02. PÍLULA 03. INJEÇÕES 04. IMPLANTE DE ADESIVO (NORPLANT) 05. DIU – DISPOSITIVO INTRA-UTERINO 06. DIAFRAGMA / ESPERMICIDA 07. TABELA/ MÉTODO DO MUCO 08. CAMISINHA MASCULINA 09. CAMISINHA FEMININA 10. COITO INTERROMPIDO/ GOZAR FORA 11. COMPANHEIRO FEZ VASECTOMIA 12. LIGADURA DAS TROPAS 13. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
703	Quem decidiu sobre o método para evitar gravidez que vocês usaram na última relação sexual?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. OS DOIS 04. Outra pessoa: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

704	<p>APENAS PARA QUEM <u>NÃO ESTÁ USANDO</u> OU NUNCA USOU ALGUM MÉTODO:</p> <p>Por que, você e seu companheiro não estão usando método para evitar gravidez?</p> <p>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p>	<p>01. NÃO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS DEPOIS QUE A CRIANÇA NASCEU.</p> <p>02. ESTÁ SEM COMPANHEIRO ATUALMENTE</p> <p>03. VOCÊ NÃO QUER USAR.</p> <p>04. O PARCEIRO NÃO QUER USAR</p> <p>05. O PARCEIRO NÃO QUER QUE VOCÊ USE.</p> <p>06. VOCÊ / VOCÊS NÃO SABEM COMO OBTER OS MÉTODOS.</p> <p>07. VOCÊ PENSA QUE NÃO IRÁ ENGRAVIDAR AGORA.</p> <p>08. ESTÁ AMAMENTANDO.</p> <p>09. VOCÊ ESTA QUERENDO ENGRAVIDAR NOVAMENTE.</p> <p>10. SEU PARCEIRO ESTÁ QUERENDO OUTRO FILHO.</p> <p>11. NÃO PENSARAM SOBRE ISSO</p> <p>12. Outro:</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>88. Não aplicável</p>	
705	<p>PARA TODAS:</p> <p>Alguma vez, você recebeu de um profissional de saúde orientação sobre como evitar gravidez?</p> <p>Se SIM, Explore: Em que momento isso aconteceu?</p> <p>(ACEITE E UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p>	<p>01. NO PRÉ-NATAL</p> <p>02. NA MATERNIDADE</p> <p>03. NA CONSULTA DO PUERPÉRIO</p> <p>04. CONSULTA COM GINECOLOGISTA</p> <p>05. NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR</p> <p>06. NUNCA RECEBEU</p> <p>07. Outro:</p> <p>89. Não quis responder</p>	
706	<p>Você sabe o que é contracepção de emergência? Pílulas tomadas no dia seguinte depois de uma relação sexual desprotegida (ou seja, quando não foi usando método para evitar gravidez).</p> <p>Se SIM, Explore: B) VOCÊ JÁ USOU ALGUMA VEZ?</p>	<p>A.</p> <p>01. SIM</p> <p>02. JÁ OUVIU FALAR, MAS NÃO SABE O QUE É.</p> <p>03. NUNCA OUVIU FALAR ⇒ Q.707</p> <p>04. Outro:</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>B.</p> <p>01. JÁ USOU</p> <p>02. NUNCA USOU</p> <p>03. Outro:</p> <p>89. Não quis responder</p> <p>88. Não aplicável</p>	
<p>VOU LER UMA LISTA DE AFIRMAÇÕES E GOSTARIA DE SABER SE VOCÊ CONCORDA OU DISCORDA DE CADA UMA DELAS. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.</p> <p>Com relação ao uso de métodos para evitar a gravidez você acha que:</p>			
707	<p>É responsabilidade apenas da mulher usar métodos contraceptivos</p>	<p>01. CONCORDA</p> <p>02. DISCORDA</p> <p>03. NÃO SABE</p> <p>89. Não quis responder</p>	
708	<p>O homem deve ser responsável por comprar ou obter os anticoncepcionais para a parceira.</p>	<p>01. CONCORDA</p> <p>02. DISCORDA</p> <p>03. NÃO SABE</p> <p>89. Não quis responder</p>	
709	<p>O homem é tão responsável quanto a mulher por evitar filhos</p>	<p>01. CONCORDA</p> <p>02. DISCORDA</p> <p>03. NÃO SABE</p> <p>89. Não quis responder</p>	
710	<p>Na sua opinião a quem cabe escolher o método que um casal irá usar para evitar filhos?</p>	<p>01. A MULHER</p> <p>02. AO HOMEM</p> <p>03. AOS DOIS</p> <p>04. Outro:</p> <p>05. NÃO SABE</p> <p>89. Não quis responder</p>	

SEÇÃO 10 – AUTONOMIA FINANCEIRA

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho ou alguma atividade que você faz para ganhar dinheiro. Precisamos dessas informações para compreender a situação financeira das mulheres hoje em dia.

1001	Você tem alguma renda/recebe algum dinheiro?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder	
1002	Qual a sua ocupação atual? (principal ocupação na semana anterior) Considere como ocupação toda atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você o tenha realizado em sua casa.	_____ _____ _____	
1003	Descreva o que você faz e há quanto tempo	_____ _____ _____ _____	
1004	Você é	01. EMPREGADA 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA ⇒ passe p/ Q.1006 03. EMPREGADORA ⇒ passe p/ Q.1006 04. APOSENTADA ⇒ passe p/ Q.1006 05. DONA DE CASA ⇒ passe p/ Q.1006 06. ESTUDANTE ⇒ passe p/ Q.1006 07. DESEMPREGADA ⇒ passe p/ Q.1006 09. OUTROS _____ ⇒ passe p/ Q.1006	
1005	No seu trabalho você tem carteira assinada?	01. Sim 02. Não 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
1006	Você contribui para a Previdência Social (INSS)?	01. Sim 02. Não 89. Não Quis responder	
1007	Você está ou esteve procurando emprego no último ano? Se SIM, pergunte: Há quanto tempo?	a) 1. Sim 2. Não b) Tempo (em meses)[II]	
1008	Você tem alguma fonte de renda?	01. Não ⇒ passe para Q.1010 02. Ocupação principal 03. Outra ocupação 04. Pensão 05. Benefício 06. Aposentadoria 07. Aluguel 08. Outras: _____ _____	

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 027/2005-CEP/CCS

Recife, 28 de fevereiro de 2005.

Ref. Protocolo de Pesquisa n.º 303/2004-CEP/CCS

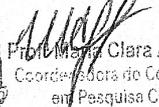
Título "Violência na gravidez: Determinantes e conseqüências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados ."

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 28 de fevereiro de 2005.

Ressaltamos que ao pesquisador responsável deverá apresentar relatório, em 30/ 10/ 2005.

Atenciosamente,


Prof. Maria Clara Albuquerque
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa CCS/UFPE

A
Profa. Ana Bernarda Ludimir
Dep. Medicina Social CCS/UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cid. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 3271 8588; cepccs@npd.ufpe.br
