

## Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil

Young women's contraceptive practices:  
a household survey in the city of  
São Paulo, Brazil

Prácticas anticonceptivas en mujeres jóvenes:  
encuesta domiciliar en el municipio de  
São Paulo, Brasil

Julia Maria Olsen <sup>1</sup>  
Tania Di Giacomo Lago <sup>1</sup>  
Suzana Kalckmann <sup>1</sup>  
Maria Cecilia Goi Porto Alves <sup>1</sup>  
Maria Mercedes Loureiro Escuder <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00019617

### Resumo

Iniciativas para ampliar o acesso a contraceptivos ocorreram no Brasil na última década. No entanto, o último estudo de base populacional sobre anticoncepção foi realizado em 2006. Um inquérito domiciliar investigou a prática contraceptiva de mulheres com 15 a 44 anos, residentes no Município de São Paulo em 2015. Para o presente trabalho, foram selecionados os dados relativos às jovens com idade entre 15 e 19 anos. Foram objetivos: identificar a prevalência da anticoncepção, os contraceptivos adotados, suas fontes de obtenção e os diferenciais no uso da contracepção. As jovens integram a amostra probabilística do estudo. Diferenciais do uso de contracepção foram avaliados por meio de regressão logística múltipla. Foram entrevistadas 633 jovens, das quais, 310 (48,5%) haviam iniciado atividade sexual. Dessas, 60% relataram uso de contracepção de emergência pelo menos uma vez na vida. Esse uso foi diretamente proporcional à idade e ao número de parceiros na vida. A prevalência da anticoncepção foi de 81%. A chance de estar usando contraceptivo foi maior entre as residentes na região de saúde com melhor desenvolvimento social, as católicas, as que tiveram relação sexual nos últimos 30 dias e as que realizaram consulta ginecológica no último ano. Foi inversamente proporcional ao número de parceiros na vida. Preservativo masculino e pílula foram os métodos mais frequentes (28,2% e 23%). A maioria das mulheres comprou o contraceptivo na rede comercial de farmácias (75,2%), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fonte significativa apenas para a obtenção do anticoncepcional hormonal injetável. O apoio do Estado ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos segue insuficiente.

*Anticoncepção; Anticoncepcionais; Saúde Sexual e Reprodutiva; Adolescente*

### Correspondência

J. M. Olsen  
Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde.  
Rua Santo Antônio 590, São Paulo, SP 01314-000, Brasil.  
juolsen@hotmail.com

<sup>1</sup> Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, Brasil.



## Introdução

A prevalência da contracepção tem aumentado de forma acelerada nos últimos trinta anos no Brasil. Em 1986, 66,2% das mulheres em idade fértil em coabitação com um parceiro usavam algum contraceptivo <sup>1</sup>, passando para 76,7% em 1996 <sup>2</sup> e 80,6% em 2006 <sup>3</sup>. Na última *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (2006), constatou-se certa tendência de ampliação do *mix* de contraceptivos usados, com maior participação masculina, tanto pelo aumento do uso do preservativo masculino quanto pela maior proporção de homens vasectomizados <sup>3</sup>. Esse aumento também ocorreu entre as jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas e unidas, passando de 47,8% em 1986 a 66,1% em 2006, ano em que taxa similar foi observada entre as jovens sexualmente ativas e que não estavam unidas (66,9%) <sup>3</sup>.

Nos últimos dez anos, iniciativas para ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos (não comportamentais) foram implementadas no Brasil. Incluem-se aí a incorporação dos contraceptivos hormonais injetáveis na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), a ampliação da distribuição de contraceptivos na rede pública de saúde e a inclusão de anticoncepcionais hormonais orais (ACO) e injetáveis no programa Farmácia Popular do Brasil <sup>4</sup>, para fornecimento gratuito em unidades próprias ou subsidiado na rede comercial de drogarias. Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar introduziram a obrigatoriedade da cobertura de procedimentos em contracepção como dispositivo intrauterino (DIU) e esterilizações <sup>5,6</sup>. Além disso, chegaram ao mercado nacional outros contraceptivos como o adesivo intradérmico (*patch*), o anel vaginal e o implante subcutâneo, métodos de média e longa duração. Esses últimos, conhecidos como LARC (*long acting reversible contraceptives*), vêm sendo promovidos especialmente entre adolescentes em vários países, por não dependerem do uso diário <sup>7,8</sup>.

Além dessas mudanças, podem influenciar o padrão da anticoncepção transformações em curso na sociedade, como o maior acesso à informação decorrente da ampliação dos meios digitais, a crescente participação da mulher no espaço público, novas demandas para o enfrentamento das desigualdades nas relações de gênero e a ampliação das discussões sobre a responsabilidade dos homens na reprodução.

Pesquisas na última década identificaram maior frequência de anticoncepção entre jovens do que a observada em 2006. Em estudo de base populacional realizado em dois distritos da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 2009, 75% das mulheres com 10 a 19 anos, sexualmente ativas, faziam uso de algum método, das quais, 61,8% usavam a pílula, e 38,2%, o preservativo masculino <sup>9</sup>. No estudo nacional de base escolar, ERICA (*Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes*), realizado em 2013-2014, observou-se que, dentre os meninos e meninas com 12 a 17 anos que já haviam iniciado a vida sexual (N = 22.241), 80,3% deles e 85,2% delas afirmaram ter usado algum método na última relação sexual <sup>10</sup>. Outros estudos focalizaram práticas contraceptivas específicas. Nesse sentido, a *Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos* (PNAUM), inquérito domiciliar urbano nacional, realizado no fim de 2013 e 2014, identificou que 20,2% e 3,7% das mulheres de 15 a 19 anos utilizavam ACO e hormonais injetáveis, respectivamente <sup>11</sup>. Uma avaliação do uso da contracepção de emergência por jovens de 14 a 19 anos de escolas públicas em Pernambuco, em 2006, mostrou que 27,3% a haviam utilizado no último ano <sup>12</sup>. Essa porcentagem foi de 24,9% entre jovens em escolas públicas e de 32% entre os das privadas em São Paulo, em 2011 <sup>13</sup>.

Nenhum desses estudos identificou a prevalência da contracepção em mulheres jovens na população geral. Estão restritos à população de escolares ou usuários de serviços de saúde <sup>14,15</sup>.

Considerando que a cidade de São Paulo abriga grande heterogeneidade social, é importante identificar como a prática contraceptiva tem ocorrido entre as jovens em diferentes regiões e grupos sociais e, em que medida, as novas estratégias para a oferta de métodos estão operando.

Este trabalho objetiva descrever a prevalência da anticoncepção e dos contraceptivos adotados pelas mulheres de 15 a 19 anos, residentes no Município de São Paulo. Pretende-se também identificar os diferenciais do uso da contracepção e as principais fontes de obtenção dos métodos.

Espera-se poder contribuir com subsídios para maior adequação das políticas de apoio ao planejamento reprodutivo às necessidades e desejos das jovens.

## Método

O inquérito de base populacional intitulado *Ouvindo Mulheres: Contracepção no Município de São Paulo* investigou as histórias sexual, reprodutiva e contraceptiva de mulheres com 15 a 44 anos, residentes no município em 2015. Para o presente trabalho, foram selecionados os dados relativos às jovens com idade entre 15 e 19 anos.

A amostra foi probabilística de delineamento complexo. As unidades amostrais foram selecionadas em dois estágios. No primeiro, foram sorteados os setores censitários, e, no segundo, os domicílios particulares permanentes. Foram incluídas na amostra todas as mulheres de 15 a 44 anos, residentes nos domicílios selecionados. A amostra foi estratificada pelas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município (Norte, Centro-oeste, Sudeste, Leste e Sul), tendo sido sorteados trinta setores em cada uma. Responderam ao estudo 75% dos domicílios ocupados e 77% das mulheres elegíveis, totalizando 3.985 mulheres, distribuídas em 3.081 domicílios.

Foram realizadas entrevistas “face a face” por entrevistadoras com, pelo menos, nível médio de escolaridade e devido treinamento. As participantes receberam esclarecimentos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as menores de 18 anos, pais ou responsáveis assinaram também o Termo de Assentimento.

As informações foram registradas em *tablets* com aplicativo desenvolvido pelo estudo, diariamente transferidas para o banco de dados, não permanecendo nos *tablets*. Após análise de consistência, os nomes foram substituídos por números de identificação, garantindo o anonimato das participantes.

Os dados foram ponderados pelo peso do delineamento, visando compensar as probabilidades distintas de seleção utilizadas nas coordenadorias. Esses pesos iniciais sofreram ajustes pelas taxas de resposta, uma vez que a ausência de resposta também não foi uniforme. Esteve associada ao nível socioeconômico do setor censitário, indicado pela renda média dos moradores no *Censo Demográfico* de 2010. Outro ajuste foi introduzido por pós-estratificação, visando igualar a distribuição por faixa etária da amostra àquela observada na população, considerando estimativas da Fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados) para 2015.

As mulheres foram descritas segundo características: (1) sociodemográficas – CRS de residência no Município de São Paulo, idade, cor autodeclarada, escolaridade esperada para a idade (ter iniciado o Ensino Médio para as jovens de 15 a 17 anos e ter o Ensino Médio completo para as jovens entre 18 e 19 anos), religião atual (segundo a classificação utilizada no Censo 2010), possuir renda própria, ter plano de saúde e classificação do poder de consumo segundo o *Critério de Classificação Econômica Brasil* de 2013<sup>16</sup>; (2) relativas à vida sexual – ter iniciado atividade sexual, idade à primeira relação sexual, atividade sexual nos últimos 12 meses, atividade sexual nos últimos trinta dias, número de parceiros sexuais na vida, situação de união (coabitar com parceiro); (3) reprodutivas – estar ou não grávida, número de gestações, idade na primeira gestação, filhos nascidos vivos, idade ao primeiro filho nascido vivo, antecedente de abortos, ocorrência de filho nascido vivo não planejado; (4) indicativas de conhecimento em reprodução – conhecimento do período fértil e conhecimento sobre contraceptivos.

A prática contraceptiva foi retratada pela prevalência da anticoncepção e dos tipos utilizados, anticoncepção na primeira relação sexual, uso da contracepção de emergência pelo menos uma vez, pelas fontes de obtenção e pela demanda não atendida. A prevalência foi estimada pela porcentagem de mulheres que disseram estar em uso de anticoncepção, dentre as que tiveram pelo menos uma relação heterossexual nos 12 meses anteriores e não estavam grávidas. Considerou-se uso de anticoncepção a resposta afirmativa à pergunta: “Você e/ou seu parceiro fazem alguma coisa ou usam algum método para evitar gravidez atualmente? Lembre-se isso inclui tabelinha e coito interrompido”. O tipo de método foi identificado por meio da pergunta: “O que você (ou seu companheiro) faz/usa atualmente para evitar gravidez?”, que admitia múltipla resposta. Quando mais de um método foi mencionado, optou-se pelo contraceptivo considerado mais eficaz, conforme padronizado nas pesquisas internacionais de demografia. A única exceção foi a associação de camisinha masculina e pílula, que, por ter sido frequentemente mencionada, foi tratada como “um método”. A demanda não atendida foi estimada pela proporção de mulheres que não queriam engravidar e não estavam em uso de contracepção porque não haviam conseguido obtê-la ou não sabiam onde procurar, dentre as que tiveram pelo menos uma relação heterossexual nos 12 meses anteriores e não estavam grávidas. A

frequência do uso da contracepção de emergência foi estimada pela proporção de mulheres que disseram ter utilizado a “contracepção de emergência ou pílula do dia seguinte” alguma vez na vida, dentre as que tiveram relação heterossexual. Foram considerados fonte do método, simultaneamente, tipo de estabelecimento e o financiamento do insumo. Assim, a obtenção em unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ou via programa Farmácia Popular do Brasil foi considerada como pública. O sistema de saúde suplementar foi considerado fonte quando os custos em serviço privado de saúde foram cobertos pelo plano de saúde. A aquisição na rede comercial de farmácias foi desagregada para captar a participação dos planos de saúde em eventuais descontos.

Buscou-se identificar os principais diferenciais associados ao uso de métodos e à utilização da contracepção de emergência, por meio de regressão logística múltipla. Foram selecionadas para o modelo inicial variáveis cujas associações com os desfechos foram significantes ao nível de 20% na análise bivariada. Em seguida, as não significantes a 5% foram excluídas uma a uma por ordem de significância (método *backward elimination*). Definiu-se por categoria de referência a com menor proporção do evento em questão, exceto nos casos da cor, em que se optou pela branca, e de religião, em que se tomou por referência a ausência de religião. Inicialmente, todas as variáveis selecionadas foram incluídas no modelo. O processamento dos dados levou em consideração, o planejamento amostral complexo. Stata versão 10.1 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) foi o programa utilizado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Heliópolis, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CAAE 35805514.7.0000.5449).

## Resultados

Foram entrevistadas 633 mulheres com idades entre 15 e 19 anos. Nas Tabelas 1 e 2, estão apresentadas as informações referentes a todas as jovens e às duas subpopulações expostas ao uso de anticoncepção: mulheres que iniciaram a vida sexual e tiveram algum relacionamento heterossexual (310) e as que tiveram relação heterossexual nos últimos 12 meses e não estavam grávidas na entrevista (248). Aproximadamente, 50% (316 mulheres) haviam iniciado a vida sexual, e, dessas, 94% tiveram apenas relações com homens, 4,1%, com homens e com mulheres, e 6 (2%), relações só com mulheres.

Considerando o total, a composição do grupo etário foi quase igualmente distribuída segundo idade simples. A distribuição proporcional das jovens segundo CRS foi próxima à distribuição projetada pela Fundação SEADE para o município em 2015: 20,1% na Norte; 8,9% na Centro-oeste; 19,6% na Sudeste; 26,3% na Sul e 25% na Leste (Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos – Brasil. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>, acessado em 15/Mar/2016). Esses valores populacionais estão incluídos nos intervalos de confiança observados nas distintas categorias dessa variável. Observa-se que a maioria tinha escolaridade esperada para a idade, pertencia à classe C, não tinha renda própria, plano de saúde e era negra (42,9% se autodeclararam pardas, e 14,5%, de cor preta). Quanto à religião, a maioria (51,6%) se declarou católica, 27,6%, evangélicas, e 6,6% afirmaram não ter religião (Tabela 1).

A composição dos outros dois subgrupos (mulheres que já iniciaram atividade sexual e as que tiveram relações nos últimos 12 meses) apresenta maior participação relativa de jovens com mais de 17 anos, de residentes na região Sul, que não atingiram a escolaridade esperada para idade, integrantes das classes D e E e com renda própria (Tabela 1).

A proporção de jovens que conhece o período fértil do ciclo menstrual foi cerca de 20%, independentemente de terem iniciado ou não a atividade sexual (Tabela 2).

## História reprodutiva e contraceptiva

Dentre as jovens que tiveram alguma relação heterossexual, 86,2% relataram que a primeira relação sexual foi desejada, 12,5% afirmaram que a relação foi consentida, mas não desejada, e 1,3% (4) iniciou a vida sexual por meio de um estupro. A idade média à primeira relação foi de 15,1 anos (IC95%: 14,9-15,3), e 33,9% das entrevistadas a tiveram antes dos 15 anos.

A maioria relata ter tido mais do que um parceiro sexual (53,1%). Quase um terço (27,8%) já engravidou pelo menos uma vez, 18,8% têm pelo menos um filho vivo, e 5,8% estavam grávidas na entrevista

**Tabela 1**

Distribuição percentual de todas as jovens com 15 a 19 anos, das que iniciaram a atividade sexual e das sexualmente ativas, segundo características demográficas, socioeconômicas. Município de São Paulo, Brasil, 2015.

Características	Todas (N = 633)		Com vida sexual iniciada *		Sexualmente ativas não grávidas *	
	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)	633	100,0	310	100,0	248	100,0
15	123	19,8	31	10,7	25	11,2
16	134	20,5	54	17,1	41	16,4
17	123	18,8	52	15,6	44	16,1
18	132	21,8	87	29,2	75	31,2
19	121	19,1	86	27,3	63	25,2
Região de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo	633	100,0	310	100,0	248	100,0
Norte	147	22,3	66	19,5	44	15,8
Centro-oeste	73	7,6	33	6,7	30	7,8
Sudeste	110	19,4	52	18,8	40	18,1
Sul	150	27,7	82	31,2	72	34,3
Leste	153	23,0	77	23,8	62	24,0
Cor da pele autodeclarada	630 **	100,0	308	100,0	247 **	100,0
Branca	231	37,6	103	34,3	81	33,5
Preta	97	14,5	46	14,3	35	13,4
Parda	272	42,9	141	45,5	113	45,8
Amarela	19	3,0	11	3,3	11	4,1
Indígena	11	1,9	7	2,6	7	3,2
Religião	628 **	100,0	307 **	100,0	245 **	100,0
Católica	326	51,6	165	53,3	141	56,6
Evangélicas pentecostais	177	27,6	89	29,0	65	26,9
Evangélicas de missão (protestantes)	40	6,6	13	4,5	11	4,8
Sem religião	42	6,6	26	8,3	18	7,2
Outras	43	7,6	14	4,9	10	4,5
Escolaridade esperada	629 **	100,0	307	100,0	245 **	100,0
Sim	440	70,3	176	57,6	149	60,5
Não	189	29,7	131	42,4	96	39,5
Classes de poder aquisitivo	633	100,0	310	100,0	248	100,0
A/B	219	35,5	105	34,2	82	33,5
C	354	54,9	162	51,7	129	51,0
D/E	60	9,6	43	14,1	37	15,5
Renda própria	632 **	100,0	310	100,0	248	100,0
Sim	176	27,7	104	33,2	87	34,5
Não	456	72,3	206	66,8	161	65,5
Posse de plano de saúde	631 **	100,0	310	100,0	248	100,0
Sim	192	30,4	227	27,3	181	27,3
Não	439	69,6	83	72,7	67	72,7

\* Excluídas as que tiveram relações sexuais só com mulheres;

\*\* Excluídas as sem informação.

(Tabela 2). Cerca de 4% das jovens informaram que tiveram um aborto, e 1% que provocou um aborto. Dentre as que já haviam engravidado, 61% tiveram, ao menos, um filho nascido de uma gestação não planejada. A média da idade na primeira gestação foi de 16,3 anos (IC95%: 16,0-16,7), e, no primeiro filho nascido vivo, de 16,7 anos (IC95%: 16,4-17,1).

**Tabela 2**

Distribuição percentual de todas as jovens com 15 a 19 anos, das que iniciaram a atividade sexual e das sexualmente ativas (tiveram relação sexual nos últimos 12 meses), segundo características reprodutivas e de atividade sexual. Município de São Paulo, Brasil, 2015.

Características	Todas (N = 633)		Com vida sexual iniciada *		Sexualmente ativas não grávidas *	
	n	%	n	%	n	%
Iniciou atividade sexual	633	100,0	310	100,0	248	100,0
Sim	316	49,5	310	100,0	248	100,0
Não	317	50,5	-	-	-	-
Teve relações sexuais	633	100,0	310	100,0	248	100,0
Só com homens	297	46,3	297	95,5	237	95,4
Com homens e mulheres	13	2,2	13	4,5	11	4,6
Só com mulheres	6	1,0	-	-	-	-
Não teve relações sexuais	317	50,5	-	-	-	-
Idade na 1ª relação heterossexual (anos)	631 **	100,0	308 **	100,0	247 **	100,0
Antes de 15	103	16,4	103	33,9	82	34,0
15-17	187	29,2	187	60,2	150	59,9
18-19	18	2,8	18	5,8	15	6,0
Não teve	323	51,6	-	-	-	-
Unida (mora com o parceiro sexual)	632 **	100,0	309 **	100,0	247 **	100,0
Sim	64	10,1	64	20,7	52	21,3
Não	568	89,9	245	79,3	195	78,7
Parceiros sexuais na vida	632 **	100,0	309 **	100,0	247 **	100,0
Nenhum	323	51,5	-	-	-	-
1	144	22,7	144	46,9	111	44,9
2 ou 3	107	16,8	107	34,6	87	35,6
4 ou mais	58	9,0	58	18,5	49	19,5
Gestações (inclui atual)	633	100,0	310	100,0	248	100,0
Nenhuma	544	86,5	221	72,2	188	76,1
1	79	11,9	79	24,6	53	21,1
2 ou mais	10	1,6	10	3,2	7	2,7
Filhos nascidos vivos	630 **	100,0	307	100,0	245	100,0
Nenhum	571	90,9	248	81,2	195	80,0
1 ou 2	59	9,1	59	18,8	50	20,0
Conhece o período fértil	632 **	100,0	310	100,0	248	100,0
Sim	126	20,5	64	20,7	52	20,6
Não	506	79,5	246	79,3	196	79,4
Grávida na entrevista	633	100	310	100,0	248	100,0
Sim	19	2,8	19	5,8	-	-
Não	291	45,8	291	94,2	248	100,0
Não tiveram relações heterossexuais	323	51,4	-	-	-	-

\* Excluídas as que tiveram relações sexuais só com mulheres;

\*\* Excluídas as sem informação.

A maioria mantinha um relacionamento afetivo (70,1%), e 20,7% estavam unidas, ou seja, residiam com o parceiro.

Todas conheciam, ao menos, dois métodos contraceptivos modernos e não cirúrgicos, mas, menos de 1% conhecia todos. A camisinha feminina, o implante, o adesivo e o anel vaginal foram os métodos menos conhecidos. Apenas 5,4%, 29,4%, 47% e 42,3%, respectivamente, já haviam ouvido falar neles. Quase todas (97,7%) haviam feito contracepção alguma vez na vida, e a grande maioria (80,7%) disse

ter usado alguma proteção na primeira relação sexual, sendo o uso da camisinha referido por 75,6% das jovens.

### **Uso de contracepção de emergência**

Aproximadamente, 60% das que tiveram relação heterossexual haviam usado contracepção de emergência alguma vez na vida. Os principais motivos para o uso desse tipo de contraceptivo foram: estar sem camisinha no momento da relação (30,4%), não confiar na contracepção em uso (16,6%), ter tido relação sem estar esperando ou preparada (16,3%), a camisinha ter estourado, furado ou ficado retida (16%) e ter usado a anticoncepção de rotina de maneira inadequada (9%).

À análise bivariada, associaram-se positivamente ao uso de contracepção de emergência ( $p < 0,05$ ) a idade, não ter escolaridade esperada para a idade e ter tido mais do que um parceiro sexual na vida. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na porcentagem de mulheres que já utilizaram esse contraceptivo, segundo CRS, classe de consumo, ter plano de saúde, cor, idade de início da atividade sexual, anticoncepção na primeira relação, estar em união, ter tido filho, conhecer o período fértil e o antecedente de consulta ginecológica (Tabela 3). O modelo inicial da análise multivariada incluiu, além de idade, escolaridade esperada para a idade, número de parceiros, uso atual de contracepção ( $p = 0,127$ ), ainda que a diferença parecesse estar relacionada à ausência de relações sexuais no ano precedente à entrevista, portanto, à ausência de informações sobre a prática contraceptiva atual. Permaneceram associadas ao uso de contracepção de emergência: a idade e o número de parceiros sexuais tidos. A chance de tê-lo feito foi maior para as que tinham 18 a 19 anos do que entre as com 15 a 17 (OR = 2,05; IC95%: 1,26-3,36); para as que tiveram 2 a 3 parceiros (OR = 2,77; IC95%: 1,48-5,19) e mais de 3 (OR = 11,12; IC95%: 3,17-39,03) quando comparadas às que tiveram um (Tabela 3).

### **Contracepção atual**

Para a análise da contracepção atual, foram consideradas as 248 jovens que tiveram alguma relação heterossexual nos 12 últimos meses e não estavam grávidas.

A prevalência de contracepção foi 81,1%, sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,377$ ) entre unidas (84,7%) e não unidas (80,1%) (Tabela 4). As principais razões para o não uso de anticoncepção foram a ocorrência esporádica de relações sexuais (65%) seguida pelo desejo de engravidar (9,5%). A demanda não atendida em contracepção foi pequena, uma vez que apenas 2,6% das jovens não estavam em uso de algum método por não saber onde obtê-lo ou por não ter conseguido obtê-lo.

Os métodos mais utilizados no momento da entrevista foram camisinha masculina (28,2%) e o ACO (23%). Seguiram-se a combinação de pílula e camisinha (14,7%) e os injetáveis (13,7%). Nenhuma mulher relatou laqueadura, vasectomia, usar DIU, camisinha feminina, implante, adesivo, anel ou diafragma. Embora a prevalência de uso não tenha sido estatisticamente diferente entre mulheres unidas e não unidas, a composição do *mix* de contraceptivos variou entre elas de forma significativa ( $p = 0,000$ ). Os métodos mais usados entre as primeiras foram ACO (30,8%) e injetáveis (28,9%), e, entre as não unidas, foi a camisinha (32%) seguida pela pílula (20,9%) e pela associação de ambos (17,1%) (Tabela 4).

À análise bivariada, associaram-se ao uso atual de método ( $p < 0,05$ ) a religião atual, a atividade sexual nos últimos trinta dias, o número de parceiros na vida, ter realizado consulta ginecológica no último ano. Na análise multivariada, foram incluídas, além dessas, CRS, faixa etária, cor, classe de consumo, posse de plano de saúde e o uso de anticoncepção na primeira relação sexual (todas com  $p < 0,20$ ). A chance de estar usando contraceptivo foi maior entre as residentes na CRS Centro-oeste, (OR = 6,19; IC95%: 1,06-35,98), católicas quando comparadas às sem religião (OR = 3,36; IC95%: 1,09-10,32), as que tiveram relação sexual nos últimos trinta dias (OR = 10,38; IC95%: 4,30-25,03), as que tiveram menos de quatro parceiros na vida – dois ou três parceiros (OR = 4,41; IC95%: 1,46-13,32) e um parceiro (OR = 7,50; IC95%: 2,46-22,88) e entre as que realizaram consulta ginecológica no último ano (OR = 3,96; IC95% 1,28-12,30) (Tabela 5).

**Tabela 3**

Proporção de mulheres com 15 a 19 anos que já iniciaram vida sexual \* e que usaram contracepção de emergência alguma vez na vida, segundo variáveis selecionadas e medidas de associação estimadas por meio de análise bi e multivariada. Município de São Paulo, Brasil, 2015.

Variável (n)	Usaram contracepção de emergência		Bivariada			Modelo final		
	n *	%	OR	Valor de p	IC95%	OR	Valor de p	IC95%
Mulheres em análise (10)	188	60,4						
CRS (310)		p = 0,548						
Norte (66)	34	52,1						
Sudeste (52)	29	57,4						
Sul (82)	52	63,0						
Leste (77)	50	64,5						
Centro-oeste (33)	23	65,8						
Idade [anos] (310)		p = 0,013						
15-17 (137)	69	49,8	1,00			1,00		
18-19 (173)	119	68,4	2,19	<b>0,000</b>	1,39-3,44	2,05	<b>0,000</b>	1,26-3,36
Cor da pele autodeclarada (308)		p = 0,428						
Branca (103)	63	61,6						
Preta (46)	33	69,4						
Parda (141)	81	57,3						
Outra (18)	9	50,0						
Escolaridade esperada (307)		p = 0,047						
Sim (176)	98	55,3	1,00					
Não (131)	88	67,1	1,65	0,480	1,00-2,71	NS	NS	
Religião (308)		p = 0,25						
Sem religião (77)	39	49,6						
Católicas (94)	59	63,0						
Evangélicas pentecostais (101)	64	63,4						
Outras religiões (36)	25	68,2						
Classes de poder aquisitivo (310)		p = 0,342						
D/E (43)	22	50,4						
C (162)	102	62,9						
A/B (105)	64	60,6						
Posse de plano de saúde (310)		p = 0,333						
Sim (83)	47	55,8						
Não (227)	141	62,1						
Parceiros sexuais na vida (309)		p = 0,000						
1 (144)	72	49,1	1,00			1,00		
2 ou 3 (107)	66	61,6	<b>3,00</b>	<b>0,000</b>	1,65-5,47	2,77	<b>0,000</b>	1,48-5,19
4 ou mais (58)	49	85,7	<b>11,45</b>	<b>0,000</b>	3,20-40,99	11,1	<b>0,000</b>	3,17-39,0
Unida [mora com parceiro] (309)		p = 0,660						
Não tem parceiro ou não mora (245)	146	59,8						
Mora com parceiro (64)	42	62,8						
Teve filho (307)		p = 0,818						
Não (248)	149	60,1						
Sim (59)	37	61,7						
Idade na 1ª relação sexual [anos] (186)		p = 0,818						
Até 15 (198)	122	60,6						
16-19 (110)	64	59,1						
Contracepção na 1ª relação (309)		p = 0,220						
Não (59)	33	53,7						
Sim (250)	155	62,1						

(continua)



**Tabela 3 (continuação)**

Variável (n)	Usaram contracepção de emergência		Bivariada			Modelo final		
	n *	%	OR	Valor de p	IC95%	OR	Valor de p	IC95%
Uso de método contraceptivo atualmente (310)		p = 0,127						
Não teve relação nos últimos 12 meses (19)	7	35,9	0,36	0,110	0,10-1,27	NS	NS	
Sim (217)	132	65,11	1,07	0,790	0,63-1,82	NS	NS	
Não (74)	30	63,35	1,00					
Conhece período fértil (310)		p = 0,991						
Sim (64)	40	60,4						
Não (246)	148	60,3						
Última consulta ao ginecologista (306)		p = 0,968						
Há mais de 12 meses (53)	32	60,4						
Nunca foi (58)	36	61,9						
Nos últimos 12 meses (195)	118	60,0						

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde; NS: não significante no modelo final.

\* Exclui mulheres que não tiveram relações heterossexuais.

**Tabela 4**

Distribuição percentual de mulheres de 15 a 19 anos que tiveram pelo menos uma relação sexual \* nos últimos 12 meses e não grávidas, segundo prática contraceptiva atual e estado marital. Município de São Paulo, Brasil, 2015.

Variável	Unidas		Não unidas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faz contracepção atualmente (p = 0,377)						
Sim	44	84,7	156	80,1	200	81,1
Não	8	15,3	39	19,9	47	18,9
Total **	52	100,0	195	100,0	247	100,0
Contracepção atual (p = 0,000)						
Não usa	8	15,3	39	19,9	47	18,9
Pílula	17	30,8	42	21,0	59	23,0
Injetável	14	28,9	20	9,6	34	13,6
Camisinha masculina	8	14,4	60	32,0	68	28,3
Pílula e camisinha	3	5,9	32	17,1	35	14,7
Outros	2	4,7	2	0,5	4	1,4
Total	52	100,0	195	100,0	247	100,0

\* Exclui mulheres que tiveram relação sexual só com mulheres;

\*\* Exclui uma mulher com estado marital desconhecido.

### Fontes de obtenção

A maioria das mulheres comprou o contraceptivo na rede comercial de farmácias (75,2%), 23,6% obteve no SUS ou na farmácia popular, e as demais obtiveram gratuitamente de outra forma (1,2%). A farmácia popular foi citada por apenas cinco mulheres (1,8%), sendo quatro usuárias de pílula e uma de injetável. Os planos de saúde só foram referidos como razão para desconto no preço da pílula adquirida na farmácia e por apenas duas mulheres (1,4% das usuárias de contracepção). A predominância

**Tabela 5**

Prevalência de contracepção em mulheres de 15 a 19 anos sexualmente ativas \* nos últimos 12 meses e não grávidas, segundo variáveis selecionadas e medidas de associação estimadas por meio de análise bi e multivariada. Município de São Paulo, Brasil, 2015.

Variável (n)	Em uso de contracepção		Bivariada			Modelo final		
	n **	%	OR bruto	Valor de p	IC95%	OR ajustado	Valor de p	IC95%
Mulheres em análise (248)	201	81,1						
CRS (248)		p = 0,12						
Norte (44)	33	74,3	1,00			1,00		
Sul (72)	54	75,4	1,06	0,901	0,42-2,70	0,74	0,567	0,27-2,07
Leste (62)	51	82,7	1,66	0,200	0,76-3,63	1,60	0,425	0,50-5,13
Sudeste (40)	35	89,9	3,07	0,072	0,90-10,49	1,90	0,412	0,40-8,96
Centro-oeste (30)	28	94,6	6,09	0,084	0,78-47,39	<b>6,19</b>	<b>0,043</b>	<b>1,06-35,98</b>
Idade [anos] (248)		p = 0,190						
15-17 (110)	84	76,8	1,00			1,00		
18-19 (138)	117	84,4	1,63	0,192	0,78-3,41		NS	
Cor da pele autodeclarada (247) ***		p = 0,091						
Branca (81)	72	89,6	1,00			1,00		
Preta (35)	29	81,8	0,52	0,283	0,16-1,72		NS	
Parda (113)	85	74,9	0,35	0,026	0,14-0,88		NS	
Outras (18)	14	78,3	0,42	0,230	0,10-1,75		NS	
Escolaridade esperada (245) ***		p = 0,80						
Sim (149)	121	80,9						
Não (96)	78	82,0						
Religião (246) ***		p = 0,005						
Sem religião (57)	46	80,0	1,00			1,00		
Evangélicas pentecostais (81)	57	70,2	0,59	0,188	0,27-1,30	0,49	0,175	0,17-1,38
Católicas (80)	73	91,1	2,575	0,046	1,02-6,52	<b>3,36</b>	<b>0,035</b>	<b>1,09-10,32</b>
Outras religiões (28)	23	83,7	1,28	0,615	0,48-3,43	1,66	0,439	0,46-6,04
Classes de poder aquisitivo (248)		p = 0,15						
D/E (37)	26	70,8	1,00			1,00		
C (129)	108	83,9	2,15	0,069	0,94-4,91		NS	
A/B (82)	67	81,6	1,82	0,210	0,71-4,70		NS	
Posse de plano de saúde (248)		p = 0,08						
Não (181)	142	78,0	1,00			1,00		
Sim (67)	59	89,2	2,33	0,081	0,90-6,03		NS	
Unida [mora com parceiro] (247) ***		p = 0,38						
Não tem parceiro ou não mora (195)	149	80,1						
Mora com parceiro (52)	44	84,7						
Teve relação sexual há 30 dias (248)		p = 0,00						
Não (74)	42	58,2	1,00			1,00		
Sim (174)	159	91,1	7,34	0,00	3,63-14,86	<b>10,38</b>	<b>0,000</b>	<b>4,30-25,03</b>
Parceiros sexuais na vida (247) ***		p = 0,01						
4 ou mais (49)	33	65,6	1,00			1,00		
2 ou 3 (87)	71	82,7	2,51	0,01	1,21-5,21	<b>4,41</b>	<b>0,009</b>	<b>1,46-13,32</b>
1 (111)	96	86,4	3,34	0,00	1,43-7,82	<b>7,50</b>	<b>0,001</b>	<b>2,46-22,88</b>
Teve filho (245) ***		p = 0,25						
Não (195)	155	79,7						
Sim (50)	44	87,6						

(continua)

Tabela 5 (continuação)

Variável (n)	Em uso de contracepção		Bivariada			Modelo final		
	n **	%	OR bruto	Valor de p	IC95%	OR ajustado	Valor de p	IC95%
Idade na 1ª relação heterossexual [anos] (247)		p = 0,456						
Até 15 (160)	127	79,4						
16-19 (87)	73	84,1						
Contracepção na 1ª relação (247) *		p = 0,16						
Não (49)	36	73,4	1,00			1,00		
Sim (198)	165	83,3	1,80	0,17	0,78-4,15		NS	-
Conhece o período fértil (248)		p = 0,83						
Sim (52)	42	80,0						
Não (196)	159	81,4						
Última consulta ao ginecologista (245) ***		p = 0,01						
Há mais de 12 meses (41)	30	67,2	1,00			1,00		
Nunca foi (50)	36	73,7	1,37	0,602	0,42-4,48	1,55	0,539	0,37-6,44
Nos últimos 12 meses (154)	134	87,9	3,53	0,008	1,39-8,95	<b>3,96</b>	<b>0,018</b>	<b>1,28-12,30</b>

CRS: Coordenadoria Regional de Saúde; NS: não significativa no modelo final.

\* Exclui mulheres que tiveram relação sexual só com mulheres;

\*\* Número de mulheres sem ponderação;

\*\*\* Exclui mulheres com informação prejudicada.

da compra em farmácias foi ainda maior entre as usuárias de camisinha (84,1%) e de ACO (80,2%). O sistema público foi mais frequentemente citado apenas como fonte dos injetáveis (60,3%), especialmente pela obtenção em unidades de saúde (58,1% das usuárias desse método). A maioria das usuárias de ACO (70,7%) e/ou de camisinha (64,3%) nunca procurou o SUS para obtê-los. Os motivos mais referidos para essa não procura, entre as usuárias de ACO e de camisinha, foram, respectivamente: ser mais fácil ou rápido comprar na farmácia (21,1% e 28,7%), não saber que podia obter no SUS (20,7% e 6,2%), nunca ter pensado nisso (16,5% e 16,2%), usar outro tipo ou marca de pílula (15,9%), não confiar na camisinha do SUS (9,1%) e não frequentar o SUS (9% para ambos).

A principal fonte de obtenção do contraceptivo de emergência foi a farmácia privada: 94,2% referiram ter comprado o último contraceptivo de emergência em uma farmácia, sem a apresentação de receita. Nenhuma das jovens referiu ter obtido o método no SUS.

## Discussão

A proporção de jovens que já havia iniciado a vida sexual foi similar à verificada no país em 2006 (55%), a idade média na 1ª relação sexual e a proporção de jovens que a vivenciou antes dos 15 anos também foram semelhantes (15,2 anos e 16,9%<sup>17</sup>, respectivamente).

A frequente menção à utilização de algum método anticoncepcional na primeira relação já havia sido verificada em 2006 (80,3%), mas a referência ao uso da camisinha era um pouco menor no país (67%) (Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: baco de dados. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/banco\\_dados.php](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php), acessado em 19/Abr/2016). Já em 2006, a quase totalidade das jovens sexualmente ativas havia usado algum método contraceptivo (96%), valor muito próximo ao encontrado no estudo.

O surpreendente foi verificar tão alta prevalência da prática contraceptiva, maior presença de métodos modernos, em especial de injetáveis na cidade de São Paulo, quando comparadas às jovens brasileiras, em 2006<sup>3</sup>, e em 2014<sup>11</sup>. Enquanto 66,3% das jovens unidas e 66,9% das não unidas usavam

algum contraceptivo no Brasil em 2006<sup>3</sup>, esses valores foram, respectivamente, 84% e 80% em São Paulo. Passada uma década, é possível que esse incremento tenha ocorrido também no país, ainda que a maior escolaridade feminina e o maior acesso aos serviços de saúde, nessa cidade, possam ter influenciado positivamente os resultados.

Ter tido atividade sexual no último mês influenciou fortemente o uso atual de contraceptivos. Isso provavelmente resulta da associação entre a ocorrência de relações esporádicas e a alta prevalência do uso de preservativo masculino, cujo uso é coito-dependente. De fato, o principal motivo relatado para não praticar contracepção no momento da entrevista foi ter relações sexuais esporádicas, o que não exclui a possibilidade de uso de um método de barreira, como a camisinha, quando o evento acontece. Além disso, o fato de a prevalência da contracepção ter sido menor entre as jovens com maior número de parceiros na vida e que essas tenham recorrido mais aos contraceptivos de emergência pode sugerir uma forma diferente de lidar com a anticoncepção.

Diferentemente do observado neste estudo, a interferência da religião no uso da contracepção não foi captada em nenhuma das pesquisas nacionais de demografia e saúde. O que elas têm revelado é que as católicas tendem a usar anticoncepção com a mesma frequência que as demais mulheres, em dissonância com o discurso da hierarquia católica. Difícil entender, no entanto, porque o fariam mais frequentemente do que as que não professam religião. Por outro lado, as jovens pentecostais apresentaram a menor prevalência de anticoncepção, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. As restrições das denominações pentecostais à prática sexual fora do casamento podem atuar como um obstáculo à informação para a prevenção da gravidez indesejada<sup>18</sup>.

É compreensível que o atendimento médico ginecológico no ano anterior se associe positivamente ao uso de contraceptivo, uma vez que ele propicia a conversa sobre sua necessidade, sobre as alternativas disponíveis e a indicação de um produto. Embora não se tenha encontrado estudo brasileiro que permita comparação a esse respeito, outra medida de acesso a serviços de saúde – ter fácil acesso a transporte para alcançá-los – teve papel semelhante em análise dos dados obtidos para as adolescentes em 2006<sup>19</sup>. É interessante observar que a escolaridade não tenha sido um diferencial e que não tenha sido possível verificar associação estatística entre classe de consumo e praticar anticoncepção. No entanto, residir na região Centro-oeste ganhou importância na análise multivariada. Essa é a região de saúde da capital com melhor infraestrutura, melhor padrão educacional e melhores condições de deslocamento. Ou seja, o contexto social e econômico mais favorável, do qual a região é uma síntese, talvez seja mais efetivo para o desenvolvimento de atitudes e obtenção dos meios para a regulação da fecundidade, do que cada um desses atributos individualmente.

É importante notar também que o fato de menos de 3% das mulheres não praticar anticoncepção por não ter obtido um insumo sugere que o não uso vai além das dificuldades de acesso aos métodos, devendo haver também fatores culturais e comportamentais, não abordados neste estudo. A ambiguidade do desejo pela gestação e a ausência de perspectivas de vida para além da maternidade podem ser alguns desses fatores<sup>20</sup>.

A camisinha e o ACO se mantiveram como os métodos mais utilizados pelas jovens no município, o que se assemelha ao perfil dos países desenvolvidos<sup>21</sup>. O uso do injetável foi duas vezes maior do que no Brasil, em 2006, (6,8%) e mais elevado ainda entre as jovens unidas (28,9% *versus* 6,8% no Brasil)<sup>11</sup>. Esse aumento pode ser decorrente da maior oferta, aceitabilidade e acesso a esse contraceptivo. Os demais métodos de média duração, como anel e adesivo e os LARC – implante e DIU, estiveram ausentes. Os LARC têm maior efetividade do que a camisinha e a pílula, pois não dependem da aderência e do uso correto diário e têm sido associados a impactos positivos no controle da vida reprodutiva, na redução das taxas de gestação não planejada e abortos na adolescência<sup>22,23,24</sup>. Embora o DIU de cobre seja ofertado gratuitamente no SUS, é poucas vezes oferecido às mulheres, particularmente às que não tiveram filhos. Anel, adesivo e implante não foram incorporados pelo Ministério da Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo iniciou recentemente um projeto para uso do implante em adolescentes em 2016<sup>25</sup>.

O acesso à maior variabilidade de métodos favorece a liberdade de escolha e, com isso, maior congruência entre a vontade da mulher, sua fase de vida e o método utilizado, possibilitando maiores chances de prevenção de gestações não planejadas<sup>21</sup>. Outros países têm investido nessa ampliação: na Colômbia, o implante subdérmico é fornecido gratuitamente à população desde 2008; no México, os implantes, o adesivo e o DIU com levonorgestrel são disponibilizados gratuitamente; na Inglaterra,

ra, há 15 tipos de métodos contraceptivos fornecidos gratuitamente pelo serviço de saúde nacional, incluindo os anéis vaginais, adesivos e todos os LARC.

A proporção de jovens que usou o contraceptivo de emergência alguma vez na vida foi seis vezes maior que a observada no Brasil em 2006 (10,4%)<sup>3</sup>. Essa tendência tem sido apontada por outros autores<sup>12,26,27,28</sup>. Isso pode ser explicado pelo maior conhecimento das mulheres sobre o método, por sua ação efetiva e segura quando a relação sexual não foi planejada e pela disponibilidade em farmácias. Embora já se tenha associado positivamente o uso da contracepção de emergência a jovens em melhor situação social<sup>13</sup>, nenhum dos indicadores socioeconômicos utilizados atuou como diferencial em nosso estudo. Os únicos fatores que se associaram a essa experiência foram ter maior idade e maior número de parceiros sexuais na vida e ambos podem estar refletindo o maior tempo de exposição à atividade sexual. A juventude é o período em que a busca por um parceiro e por emoções é mais intensa e em que os encontros são mais frequentes, inesperados e fugazes. A probabilidade de uma relação sexual inesperada é grande e provavelmente ocorre na vida da maioria das pessoas. Aliás, o grande benefício da contracepção de emergência é exatamente o de evitar que esse contexto leve à gravidez. E é por isso que o fácil acesso à contracepção de emergência tem sido estratégia privilegiada para a redução da gestação indesejada na adolescência em vários países, há mais de duas décadas. Atualmente, ela está incluída no rol de medicamentos essenciais para a saúde das mulheres e crianças e no manual de planejamento familiar da Organização Mundial da Saúde (OMS). Diversas organizações em todo o mundo apoiam políticas públicas que ampliem seu uso, havendo 148 países com, ao menos, um tipo de contracepção de emergência disponível (International Consortium on Emergency Contraception. EC status and availability: countries with at least one EC. <http://www.cecinfo.org/country-by-country-information/status-availability-database/countries-with-at-least-one-ec-pill-brand-registered/>, acessado em 27/Mai/2016).

A introdução da “pílula do dia seguinte” no sistema público brasileiro é mais recente e sofreu resistência de instituições religiosas e de políticos conservadores. Sua comercialização foi aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999, mas seu fornecimento a municípios por parte do Ministério da Saúde foi irregular até 2004. A partir de então, a pasta ampliou a distribuição da “pílula do dia seguinte” para dispensação em unidades básicas de saúde e a difusão de informações técnicas por meio de publicações dirigidas a profissionais do setor<sup>29</sup>. Apesar disso, as dificuldades encontradas no setor público são quase impeditivas do acesso. Essa pílula deve ser ingerida em até cinco dias após a relação sexual desprotegida, e sua eficácia é menor a cada dia. O funcionamento da maioria das unidades apenas em horário “comercial” aliado à necessidade de atendimento médico ou de enfermeiro para a obtenção da “pílula do dia seguinte” tem tornado esse acesso muito difícil<sup>27</sup>. Não surpreende, portanto, que quase todas as jovens que a utilizaram disseram tê-la comprado em farmácia. Aliás, a farmácia foi fonte predominante de todos os contraceptivos, mediante pagamento não subsidiado, exceto no caso do injetável. Mesmo havendo disponibilidade gratuita de ACO e camisinha masculina nas unidades públicas de saúde, a maioria das usuárias nunca procurou o SUS para obtê-los. O desconhecimento dessa oferta e a falta de praticidade para a obtenção foram as principais barreiras. A “farmácia popular” foi raramente apontada como local de aquisição de ACO ou injetáveis. O subsídio da anticoncepção por meio desse programa facilitaria muito a vida das mulheres, que poderiam utilizar a ampla rede comercial de farmácias, facilitando seu acesso geográfico. No entanto, falta divulgar esse direito e informar a população sobre os produtos disponíveis para que a iniciativa seja efetiva, embora permaneça a limitação imposta pela necessidade de apresentação de prescrição médica.

Apesar da alta frequência de uso de métodos contraceptivos no município, quase 19% das jovens que iniciaram a vida sexual já tiveram, pelo menos, um filho, fruto de gravidez não planejada. Esse paradoxo, no entanto, não é exclusividade brasileira e tem se tornado tema prioritário de pesquisa na área da reprodução em países desenvolvidos<sup>30</sup>. Por outro lado, é impossível não pensar em uso inadequado da contracepção diante do fato assustador de que 80% das jovens não sabem identificar o período fértil no ciclo menstrual.

O delineamento transversal do estudo para responder ao principal objetivo – traçar o panorama das práticas contraceptivas de mulheres jovens no Município de São Paulo – implica em limitações. A primeira é não possibilitar o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis associadas. O número de adolescentes sexualmente ativas entrevistadas limitou o poder analítico de alguns resultados dificultando a análise mais aprofundada de alguns aspectos da prática contraceptiva. Ainda, a

abordagem quantitativa, ao passo que permite retratar a situação da anticoncepção na população feminina, não capta a complexidade do manejo da vida sexual e reprodutiva, que não é uma experiência puramente racional.

### Considerações finais

O estudo trouxe à tona o crescimento da prevalência da anticoncepção entre mulheres jovens e, em particular, a frequência considerável do uso da camisinha masculina para dupla proteção, especialmente associada à pílula. O uso do preservativo masculino foi apontado por quase 50% das mulheres não unidas, indicando que a necessidade de proteção contra DST vem sendo incorporada por parte dessa geração, ainda que essa prática não seja tão frequente no contexto de “casamento”. Além disso, pela primeira vez, estimou-se a proporção de jovens que já utilizou a contracepção de emergência em um inquérito de base populacional.

Porém, ainda é pequena a diversidade de contraceptivos utilizados, dentre os métodos de média e longa duração, apenas os hormonais injetáveis estão presentes. O sistema público não incorporou a oferta de novas opções como os adesivos, o anel vaginal e os implantes. E o DIU, embora disponível, permanece pouco conhecido e aparentemente pouco ofertado.

A disponibilidade gratuita de alguns contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como a oferta subsidiada de pílula e injetáveis no programa Farmácia Popular do Brasil, não tem se mostrado eficiente.

Da mesma forma, embora quase um terço das jovens estudadas tenha declarado possuir plano de saúde, ele praticamente não foi referido como fonte. É possível afirmar que a quase universalização da contracepção nesse segmento da população ocorreu às custas de financiamento próprio e individual da mulher.

Mas, acima de tudo, é preciso romper as barreiras estruturais para o acesso à prescrição de contraceptivos no SUS e para sua obtenção gratuita. É urgente que o Estado divulgue amplamente a disponibilidade de anticoncepcionais na farmácia popular via todos os tipos de mídia e incluir no programa a pílula do dia seguinte.

É estarrecedor constatar que, passados mais de trinta anos da introdução da atenção à anticoncepção ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas não contam com o Estado para exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

### Colaboradores

J. M. Olsen participou da análise e interpretação dos dados, desenvolvimento e revisão do artigo. T. D. G. Lago e S. Kalckmann colaboraram no planejamento e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, desenvolvimento e revisão do artigo. M. C. G. P. Alves e M. M. L. Escuder contribuíram no planejamento e delineamento do estudo, amostragem, análise e interpretação dos dados e revisão do artigo.

### Agradecimentos

Os autores agradecem o financiamento do estudo ao Departamento de Ciência e Tecnologia, Ministério da Saúde e Programa de Pesquisa para o SUS/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (PPSUS/FAPESP; processo 2014/50115-1) e à Cooperação Técnica entre Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS Brasil; Carta Acordo nº BR/LOA/15000060.001).

## Referências

1. Amorim FA, Bonifácio GMO. Tendências e diferenças na prevalência dos métodos contraceptivos: uma análise a partir das DHS's realizadas no Brasil. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. População e desenvolvimento: decifrando conexões, 2010. [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/do\\_cs\\_pdf/tema\\_5/abep2010\\_2594.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/do_cs_pdf/tema_5/abep2010_2594.pdf) (acessado em 28/Out/2016).
2. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.
3. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Portal da Saúde. Programa Farmácia Popular. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil> (acessado em 28/Out/2016).
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de procedimentos e eventos em saúde. Resolução Normativa RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008 e anexos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 192, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências. [http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas\\_publicas/cp\\_31\\_docapoiio\\_rn192\\_planejamento\\_familiar.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/consultas_publicas/cp_31_docapoiio_rn192_planejamento_familiar.pdf) (acessado em 28/Out/2016).
7. Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell Jr. DR. Contraception technology: past, present and future. *Contraception* 2013; 873:319-30.
8. Bahamondes L, Bahamondes MV. New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. *Int J Womens Health* 2014; 6:221-34.
9. Duarte HH, Bastos GAN, Del Duca GF, von Eye Cortela H. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. *Rev Paul Pediatr* 2011; 29:572-6.
10. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 Suppl 1:15s.
11. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 Suppl 2:14s.
12. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:551-62.
13. Chofakian CBN, Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1525-36.
14. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:269-78.
15. Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, Cargomo-Figuera FA, Seerig LM, Mesenburg MA, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:25-41.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil. [www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01](http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01) (acessado em 14/Out/2016).
17. Garcia S, Koyama M. Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. In: Ministério da Saúde, organizador. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 106-33.
18. Silva CG, Santos AO, Licciardi DC, Paiva V. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicol Estud* 2008; 13:683-92.
19. Rozenberg R, Silva KS, Bonan C, Ramos EG. Contraceptive practices of Brazilian adolescents: social vulnerability in question. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18:3645-52.
20. Brandão ER. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1063-71.
21. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014.
22. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long acting reversible contraception. *Hum Reprod Update* 2011; 17:121-37.
23. Connolly A, Pietri G, Yu J, Humphreys S. Association between long-acting reversible contraceptive use, teenage pregnancy, and abortion rates in England. *Int J Womens Health* 2014; 21:961-74.
24. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med* 2014; 371:1316-23.

25. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Rede Municipal adquire implantes contraceptivos de longa duração para ampliar gama do planejamento reprodutivo. <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=211815> (acessado em 03/Mar/2016).
26. Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP, Bastos LL, Vidal NVB, et al. "Bomba hormonal": os riscos da contracepção de emergência na perspectiva dos balconistas de farmácias no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00136615.
27. Figueiredo R. Panorama da distribuição gratuita, venda e uso da contracepção de emergência no Brasil. In: Figueiredo R, Borges ALV, Paula SHB, organizadoras. *Panorama da contracepção de emergência no Brasil*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2016. p. 83-101.
28. Sousa SRGR, Franca C, Colares V, Nóbrega ABS. Conhecimento e uso da contracepção de emergência na adolescência. *Adolesc Saúde* 2016; 13 Suppl 2:167-73.
29. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
30. Bajos N, Le Guen M, Bohet A, Panjo H, Moreau C; the FECOND group. Effectiveness of family planning policies: the abortion paradox. *PLoS One* 2014; 9:e91539.



## Abstract

The last decade has witnessed initiatives to expand access to contraceptives in Brazil. However, the last population-based study on contraception was undertaken in 2006. A household survey in 2015 investigated contraceptive practices in women 15 to 44 years of age living in the city of São Paulo. The current study selected data on young women 15 to 19 years of age. The objectives were to identify the prevalence of contraception, the contraceptives used, sources, and differences in contraceptive practices. The young women are part of a probabilistic study sample. Differences in contraception use were compared by multiple logistic regression analysis. A total of 633 young women were interviewed, of whom 310 (48.5%) were sexually initiated. Of these, 60% reported emergency contraception use at least once in their lives. Emergency contraception use was directly proportional to age and lifetime number of partners. Prevalence of contraception was 81%. The odds of current contraception use were higher among young women residing in the health district of the city with the better social conditions, Catholics, those who reported sexual relations in the previous 30 days, and those with history of an obstetrics and gynaecology visit in the previous year, and inversely proportional to the lifetime number of sex partners. Male condoms and the pill were the most common methods (28.2% and 23%). Most of the women purchased their contraceptives in retail pharmacies (75.2%), and the Brazilian Unified National Health System (SUS) was only a significant source for injectable hormonal contraceptives. Government support for women's sexual and reproductive rights is still insufficient.

Contraception; Contraceptive Agents; Sexual and Reproductive Health; Adolescent

## Resumen

En la última década hubo en Brasil iniciativas para ampliar el acceso a anticonceptivos. No obstante, el último estudio de base poblacional sobre anticoncepción se realizó en 2006. Una encuesta domiciliaria investigó la práctica contraceptiva de mujeres de 15 a 44 años, residentes en el municipio de São Paulo en 2015. Para el presente estudio, se seleccionaron los datos relativos a las jóvenes con edad entre 15 y 19 años. Los objetivos fueron: identificar la prevalencia de la anticoncepción, los métodos anticonceptivos adoptados, sus fuentes de obtención y los diferenciales en el uso de métodos anticonceptivos. Las jóvenes integran la muestra probabilística del estudio. Los diferenciales del uso de métodos anticonceptivos fueron evaluados mediante regresión logística múltiple. Se entrevistaron a 633 jóvenes, de las cuales 310 (48,5%) habían comenzado su actividad sexual. De éstas, un 60% informaron el uso de métodos anticonceptivos de emergencia por lo menos una vez en la vida. Este uso fue directamente proporcional a la edad y al número de parejas en su vida. La prevalencia de métodos anticonceptivos fue de un 81%. La oportunidad de estar usando algún método anticonceptivo fue mayor entre las residentes en la región de salud con un mejor desarrollo social, las católicas, las que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 30 días y las que fueron a una consulta ginecológica durante el último año. Fue inversamente proporcional al número de parejas en su vida. El preservativo masculino y la píldora fueron los métodos más frecuentes (28,2% y 23% respectivamente). La mayoría de las mujeres compró el contraceptivo en la red comercial de farmacias (75,2%), el Sistema Único de Salud (SUS) fue una fuente significativa solamente para la obtención del anticonceptivo hormonal inyectable. El apoyo del Estado al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sigue siendo insuficiente.

Anticoncepción; Anticonceptivos; Salud Sexual y Reproductiva; Adolescente

Recebido em 07/Fev/2017

Versão final reapresentada em 19/Jun/2017

Aprovado em 05/Jul/2017